

TESIS DOCTORAL

La construcción de la profesión médica en Mallorca durante la segunda mitad del siglo XIX



Eva Canaleta-Safont

Dirección:

Dra. Isabel Moll Blanes (UIB)

Dr. Alejandro Miquel Novajra (UIB)

Febrero 2013



**Universitat de les
Illes Balears**

TESIS DOCTORAL

**LA CONSTRUCCIÓN DE LA PROFESIÓN
MÉDICA EN MALLORCA DURANTE LA
SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX**

EVA CANALETA-SAFONT

Programa de Doctorado de Historia – Historia del Arte
Departament de Ciències Històriques i Teoria de les Arts
Febrero de 2013

Fotografía de portada: Socios numerarios de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma (s.f.). De pie (de izquierda a derecha): Francisco Sancho, Juan Munar, Enrique Fajarnés, José Róver, Jaime Escalas Adrover, Pedro Jaume Matas, Eugenio Losada. Sentados: Domingo Escafi, Antonio Frontera, Victor Valenzuela, Antonio Mayol, Gabriel Martorell y Tomás Darder. Por gentileza de la Reial Academia de Medicina de les Illes Balears.

TESIS DOCTORAL

LA CONSTRUCCIÓN DE LA PROFESIÓN MÉDICA EN MALLORCA DURANTE LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX

Doctoranda:

Eva Canaleta-Safont

Directores:

Dra. Isabel Moll Blanes (Catedrática d'Història Contemporània, Universitat de les Illes Balears)

Dr. Alejandro Miquel Novajra (Profesor titular d'Antropologia Social)

Esta tesis ha sido financiada mediante el proyecto de investigación del Plan Nacional I+D+I (BHA 2002 03783): *La acción de la Administración y de la Iglesia en el proceso de dotación de servicios públicos en España (1845-1930). Un análisis regional.*

Als meus pares, Amadeu i Anna Maria

A la memòria de la meva iaia i ésser de llum, Teresa Estrada Ciurans

AGRAÏMENTS

Una tasca com aquesta no pot ser el treball d'una sola persona. Molts de vosaltres hi heu col·laborat directament i, d'una manera o altra, les vostres idees, suggeriments i crítiques formen part d'aquest treball –del que només jo en sóc responsable-. D'altres també hi sou, d'una manera diferent però tan o més important. A tots i totes us en vull donar les gràcies.

El meu primer agraïment –estic segura de què els puristes disculparan que no sigui “*acadèmicament correcta*” - és pels meus pares per tot el recolzament que només ells poden donar.

Vull donar les gràcies als meus directors. A la Dra. Isabel Moll per haver confiat en mi, per ensenyar-me el valor de la Història i, en un àmbit més personal, per les seves frases amb poder taumatúrgic (*Tens cinc minuts... Biel dixit*). Al Dr. Miquel, bé, si m'ho permets, Àlex, gràcies per ser el meu mestre i amic; et dec més del què et penses. A tots dos: moltes gràcies per la paciència i comprensió durant aquesta llarga etapa.

El meu agraïment als diversos membres del GIHS: en primer lloc a na Joaneta (la Dra. Pujadas-Móra), per la seva ajuda acadèmica però especialment pels nostres “retroba-ments” i les converses “intranscendents” que tan ens agraden. Al Dr. Pere Salas, que un dia em va demanar si els ocells es preguntaven si sabien perquè volaven. Al Dr. Joan March i a la Dra. Gallego per respondre sempre a les meves peticions. Al Dr. Miquel Marín, veritable exemple de generositat acadèmica i intel·lectual.

Aquesta feina no s'hagués fet sense el recolzament, generositat i amor per la Història, el coneixement i la professió mèdica del Dr. Alfonso Ballesteros que com a president de la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears em van donar accés a tota la documentació històrica de la corporació: *he aprendido mucho de ti, Alfonso*. Les meves gràcies a l'actual president, el Dr. Anguera, per permetre'm continuar amb la meva investigació donant-me totes les facilitats. I, ¡no podia ser d'una altra manera!, gràcies a en Manel i al Sr. Falcón per la seva companyia, amabilitat i ajuda durant tantes hores passades junts a l'Acadèmia.

El meu agraïment a totes les persones que durant aquest temps han contestat a les meves preguntes, dubtes o que amb el seu magisteri m'han permès que veiés les coses de manera diferent: al Dr. Perdiguero, la Dra. León, al Dr. Zarzoso, al Dr. Martínez-Vidal, el Dr. Comelles, al Dr. Bernabeu. Gràcies al Dr. Arrizabalaga per acollir-me al CSIC a Barcelona. El meu agraïment també a Josep Miquel Vidal, *in memoriam*.

Moltes vegades diem que hi ha coses que no haurien estat possibles si no fos per altres persones. Moltes vegades no és més que una frase feta. Els que em coneixeu sabeu que una de les meves qualitats no és precisament tenir la vista d'un *lince*. Gràcies Dudu per haver sigut els meus ulls en aquell munt de documents enrevessats. Gràcies per l'interès que hi vas posar i per la passió i empatia amb la que arribares a viure la professió mèdica del segle XIX. Sense tu aquesta tesi no hagués sortit. Crec que som les úniques dones del planeta amb “*novios*” metges del segle XIX.

La feina de d'historiadora només es pot entendre amb la de tota una sèrie de professionals, així doncs, gràcies a tots els bibliotecaris i arxivers amb els que he tingut el plaer de treballar durant aquest anys però especialment al personal de la Fundació Bartolomé March i de l'Arxiu Històric del Regne de Mallorca, a na Laura Marcus de la Biblioteca Lluís Alemany, al Dr. Danon de la Fundació Uriach, a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, al personal de la biblioteca de la Facultat de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid i a Nacho de la Real Academia Nacional de Medicina.

Gràcies a tots els que m'acompanyeu fa molt de temps i que m'heu demostrat que signifiquen l'amistat i l'amor. Gràcies a les meves germanes, Aina i Cristina, i als meus "germans" polítics, Miquel i Roser. Sí Xic, va caure però tot i així pots dir-me *Willis*, *Bruce Willis* per haver evitat el veritable *Armageddon*. Als meus nebots, Ariadna i Miquel, pels somriures que ho curen tot. Gràcies a na Carmen Carrasco i al seu *latin lover* desaprofitat, en José Luís, per tots aquests anys de veritable amistat i pel vostre suport en moments en què realment us necessitava. A Anna Llevadot, perquè sempre ets allà. A Tonina Vilar, per ser un pou de saviesa i compartir-la amb jo. A Xavi Hernández, "assassí d'arbres", guaridor d'ànimes. A Magda García, que sempre escolta. A Jaume Cervera, tot tendresa. A Javier Coble, per compondre la banda sonora d'aquesta tesi i de bona part de la meva vida. A Maite Gómez, per a qui desitjo que trobi el millor. A Sara Saglieti, tu sí què ets una metgessa de veritat. A Assumpta López, quant he d'aprendre de tu!. A Isa Macià, tu ets tot amor. Al Dr. Rossell, per tants de consells acadèmics, no tan acadèmics, la teva veu i, sobretot, per fer-me riure tant. A Eugenio Calciati, per la teva impagable conversa i humanitat. A Jesús Arce per posar-me amb contacte amb el món militar que hi ha en aquesta tesi. A l' "equip invisible" de la Joaneta, per acollir-me com a una més. Segur que em deixo algú, però sap que és al meu cor. Ah!, i a en Lucas i la Guina, per la seva constant, silenciosa i incondicional companyia gatuna.

En aquesta tesi hi ha part, força gran, del què he après durant els darrers anys en el món professional. El meu agraïment especialment a dues persones de l'ISTAS (Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud): a la Dra. María López-Jacob, per tot el que m'ha ensenyat de salut laboral, per confiar en mi en tants de treballs de camp i per compartir l'amistat. Al Dr. Pere Boix, per ensenyar-me què significa el compromís social, polític i personal i també que el coneixement sense transferència no té sentit. Pere, et desitjo el millor en la teva nova etapa. Gràcies a l'Esteve Boix per la seva ajuda tècnica en el disseny gràfic d'aquesta tesi; estaràs d'acord amb mi que ha estat una experiència "inoblidable", tu ja m'entens...

Gràcies al PAS de la Universitat de les Illes Balears, especialment a na Malen Ripoll, na Marga Bordoy i tot l'equip del servei de Documentació. Des d'aquí el meu reconeixement pels treballadors públics sense la feina del quals moltes coses no funcionarien a la universitat ni a altres instàncies de l'Administració. I per acabar, i com deia una amiga, aquesta tesi és fruit d'una educació pública i de qualitat que hem fet entre tots i que no podem deixar que ens arrabassin.

De bell nou, gràcies a tothom.

Vallgorguina, febrer de 2013.

Índice de Contenidos

Capítulo 1. El Marco de la Investigación	1
1.1. Presentación	1
1.1.1. Estructura de la tesis.....	4
1.1.2. Limitaciones del estudio.....	5
1.2. El marco teórico: la Teoría de las Profesiones	6
1.2.1. Primer periodo: los inicios (Escuela definidora)	9
1.2.2. Periodo clásico (Escuela evolutiva)	12
1.2.3. Periodo revisionista y de consolidación de la disciplina (ca. 1970 – actualidad).....	16
1.3. Método	25
1.4. Las fuentes de la investigación	31
1.4.1. Las fuentes documentales.....	31
1.4.2. Las fuentes bibliográficas.....	34
Los discursos inaugurales	34
Los discursos de doctorado de la Facultad de Medicina de Madrid	35
1.5. Relación de las fuentes de la investigación	37
1.5.1. Las fuentes documentales.....	37
1.5.2. Las fuentes bibliográficas.....	40
1.6. El modelo teórico de la profesionalización de la medicina en la Mallorca del siglo XIX y su “caja de herramientas”	50
1.6.1. La profesión.....	51
1.6.2. El proceso de profesionalización.....	55
1.6.3. Pierre Bourdieu, las profesiones y sus herramientas teóricas	59
1.6.4. Los agentes profesionalizadores.....	65
Capítulo 2. Profesiones, Sociedad y Medicina	69
2.1. El punto de vista de los agentes	69
2.1.1. Las profesiones en el siglo XIX: su significado	69
2.1.2. Las profesiones en los censos de población del siglo XIX	71
2.1.3. Los médicos y otras profesiones	75
2.1.4. Género, vocación y construcción profesional.....	76
2.1.5. <i>¿Dónde me encuentro?:</i> la percepción de los médicos de su situación en la sociedad	81
2.1.6. La autodenominada “clase médica”	84
2.2. La profesión médica: los componentes de su definición	87
2.2.1. La Ciencia	93
2.2.2. El Arte.....	115
Capítulo 3. Profesión, Sociedad y Medicina en Mallorca (ca. 1850-1900)	133
3.1. El punto de vista de los médicos mallorquines sobre su profesión	133
3.2. La asistencia sanitaria en la Mallorca de la segunda mitad del siglo XIX	143
3.2.1. Los profesionales sanitarios de Mallorca: su número y procedencia	149
3.2.2. Las corporaciones médicas mallorquinas	160
Sociedad Frenológica Mallorquina (1844 - ¿)	161
Academia Médico – Militar de las Islas Baleares.....	165
Academia Quirúrgica de Mallorca (1847 -1868).....	168

Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma (1831- actualidad).....	170
El Colegio Médico- Farmacéutico (1882 – actualidad).....	172
3.3. La función de las asociaciones en el proceso de profesionalización.....	175
3.3.1. Las asociaciones médicas en el ámbito español del siglo XIX.....	175
3.3.2. Asociaciones y legislación española durante el siglo XIX.....	178
3.3.3. El discurso médico español sobre las asociaciones.....	181
3.3.4. La “clase médica” balear y su discurso sobre las asociaciones.....	185
3.3.5. <i>Building Respectability</i> : la construcción del profesional ideal.....	194

Capítulo 4. La Relación de los Médicos con los Pacientes

y la Clientela	207
4.1. La relación del médico con los particulares: pacientes, parientes, allegados y asistentes.....	209
4.1.1. La práctica de la visita médica, con especial referencia a las visitas a mujeres, niños/as y personas ancianas.....	213
4.1.2. La praxis en Mallorca.....	222
4.2. Los honorarios médicos.....	229
4.2.1. La <i>Tarifa</i> de honorarios de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma	232
4.2.2. Pacientes, médicos y honorarios: la función de la Academia como mediadora de conflictos	241
4.2.3. La cuantía de los honorarios	242
4.2.4. “Estado de riqueza” y derecho de no asistir al enfermo	248
4.3. La relación con otros profesionales	252
4.4. Las relaciones con las colectividades.....	255
4.4.1. Las Sociedades de Socorros Mutuos.....	255
4.4.2. El caso mallorquín	257
4.4.3. Sociedades de Socoros, médicos y opinión pública	270
4.5. La relación médicos-Administraciones	274
4.5.1. Médicos, epidemias y Administración.....	280

Capítulo 5. Las Relaciones Profesionales en el Campo de la Salud..... 289

5.1. Intrusismo y medicina.....	291
5.1.1. El delito del intrusismo: el marco legal.....	291
5.1.2. El intrusismo: una definición médica.....	300
5.1.3. Las causas del intrusismo según los médicos españoles.....	307
5.1.3. El intrusismo en Mallorca	313
El intrusismo de los no-profesionales o curanderos.....	317
Intrusismo profesional	333
5.2. Las relaciones intraprofesionales.....	340
5.2.1. Deontología médica en Mallorca: de la Academia de Medicina al Colegio Médico-Farmacéutico	346
5.2.2. El Colegio Médico-Farmacéutico y los problemas profesionales	353
5.2.3. El Colegio Médico Oficial de Baleares y la colegiación obligatoria	355
5.2.4. Las Normas de Deontología Médica del Colegio Provincial de Médicos de Baleares	368
5.3. La relación con otras profesiones	371
5.3.1. Los cirujanos	371
5.3.2. Los abogados.....	374

Capítulo 6. Conclusiones	377
ANEXOS.....	385
BIBLIOGRAFÍA CITADA	397

Índice de Anexos

ANEXO 1. La ceremonia de investidura del grado de doctor en la Universidad Central (s. XIX)	385
ANEXO 2. Juntas directivas del Colegio Médico-Farmacéutico (1882-1904).....	388
ANEXO 3. Títulos de los discursos inaugurales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma durante la segunda mitad del siglo XIX.....	390
ANEXO 4. Títulos de los discursos inaugurales del Colegio Médico-Farmacéutico (1882-1903).....	393
ANEXO 5. Listado de operaciones quirúrgicas según <i>Tarifa de Honorarios</i> de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Plama (1889)	394

Índice de Mapas

Mapa 1. Número de médicos por universidad de licenciatura (1869-1923).....	152
Mapa 2. Número de médicos por lugar de nacimiento (1869-1923).....	153

Índice de Esquemas

Esquema 1. Principales categorías y subcategorías de análisis	29
Esquema 2. Tipología documental.....	36
Esquema 3. Mapa conceptual del modelo teórico para el estudio de la profesión médica en Mallorca (s. XIX)	51
Esquema 4. Genograma profesional de los titulados mallorquines en Medicina y Cirugía. Part Forana (1869-1923)	159
Esquema 5. Instituciones y legislación competente en materia de intrusismo profesional médico (ámbito provincial, siglo XIX)	300

Índice de Diagramas

Diagrama 1. Elementos y procesos de la construcción del campo profesional médico.....	59
Diagrama 2. Modelo teórico para el estudio de la profesión médica en Mallorca (s. XIX)	67

Índice de Tablas

Tabla 1. Corrientes teóricas sobre las profesiones.....	9
Tabla 2. Fuentes documentales de la investigación	32
Tabla 3 El proceso (clásico) de profesionalización y sus etapas.....	55
Tabla 4. Las formas del capital según P. Bourdieu	62
Tabla 5. Los problemas percibidos por los médicos sobre su profesión.....	83
Tabla 6. Las cualidades del médico del ochocientos según diversos autores.....	117
Tabla 7. Distribución de los médicos baleares según islas (1848-1923)	151
Tabla 8. Distribución de los profesionales sanitarios baleares por titulación (1848-1923).....	151
Tabla 9. Distribución de los licenciados en Medicina y Cirugía nacidos en Baleares según universidad (1848-1923).....	152
Tabla 10. Número de licenciados en Medicina en las principales localidades mallorquinas (1869-1923).....	153
Tabla 11. Ocupaciones de los progenitores masculinos de los licenciados mallorquines (1869-1923)	154
Tabla 12. Ocupaciones desagregadas del grupo 2: profesionales (1869-1923)	155
Tabla 13. Ocupaciones desagregadas del grupo 4: profesionales de bajo nivel y empleados (1869-1923).....	156
Tabla 14. Profesiones desagregadas del grupo 8 (1869-1923).....	157
Tabla 15. Profesiones sanitarias de los ascendientes de los titulados mallorquines en Medicina y Cirugía (1869-1923)	158
Tabla 16. Socios de la Sociedad Frenológica Mallorquina.....	162
Tabla 17. Junta Directiva de la Sociedad Frenológica Mallorquina.....	163
Tabla 18. Memorias presentadas en la Academia Médico-Militar de Mallorca (1851).....	167
Tabla 19. Clasificación de los pacientes en función de su renta anual	234
Tabla 20. Precios de los servicios médicos según tarifa aprobada (1889).....	234
Tabla 21. Coste del desplazamiento a los municipios de la <i>Part Forana</i>	235
Tabla 22. Honorarios mínimos fijados (1921)	239
Tabla 23. Tipología de los clientes profesionales	252
Tabla 24. Médicos asociados del Colegio Médico-Farmacéutico	269
Tabla 25. Listados de los principales informes emitidos por la Real Academia de Palma en materia de Salud Pública.....	276
Tabla 26. El marco legal del intrusismo profesional en el siglo XIX español.....	293
Tabla 27. Los códigos penales españoles y el delito-falta del intrusismo.	294
Tabla 28. Nómina de los curanderos de más notoriedad en el distrito de Palma (1846)	319
Tabla 29. Resumen de los principales expedientes de intrusismo no-profesional.....	320

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1. Ejemplo base de datos “Expedientes AGA”.....	30
Ilustración 2. Las corporaciones medicoquirúrgicas mallorquinas (s. XIX).....	175
Ilustración 3. La práctica médica en Mallorca (s. XIX).....	208

Capítulo 1. El Marco de la Investigación

1.1. Presentación

La profesión médica, nadie dudaría de ello, es la profesión por antonomasia. En todos los estudios sobre las profesiones constituye una referencia obligada y, en el ámbito coloquial, cuando pensamos en una profesión con prestigio y alto estatus social aparece la figura del “hombre” con la bata blanca y el fonendoscopio colgado al cuello. Es la imagen habitual en los medios y la que hemos interiorizado desde que, inmersos en un mundo medicalizado, tenemos uso de razón. Es tan habitual que no somos conscientes de que en otras épocas, y en la actualidad en otras culturas, esta no es la normalidad.

Hace unos años, realizando un trabajo de campo, los informantes decían que cuando eran niños –mis informantes frisaban los 90 años– había “enfermedades de médicos” y otras que no requerían de su atención porque había otros recursos. Sin embargo, *es senyor metge* era toda una institución, una autoridad, posiblemente más en asuntos terrenales (sociales, morales, de reconocimiento) que en los puramente físicos. Hoy en día ¿qué pensamos cuando tenemos que definir o describir a los médicos? Ya avanzada esta tesis y, debo confesarlo, con ganas de interactuar con personas vivas después de meses encerrada con “mis médicos muertos”, decidí mandar un correo electrónico a mis amistades preguntándoles cómo describirían en pocas palabras al “médico”. Gran parte de las respuestas muestran al médico como “una persona que cura”, “personal de la salud cuyo objetivo prioritario es prevenir y tratar dolencias físicas y psíquicas”. Pero hay otro orden de respuestas que nos presentan al profesional en su vertiente menos técnica: “servidor de la sociedad”, “responsable”, “una persona que ayuda, escolta, aconsella... alleuja i cura”, “vocación”, “conocimiento”, “escucha”, “qui cura malats, dolències i penes”, “persona que investiga al pacient”, “alguien que cura males humanos”; “confianza, professionalitat, discreta empatía”; “asertivo, previsor, sabio, experimentado, comprensivo”. Y finalmente, porque se merece una transcripción literal: “Trans-especialista de la salut. I dic “trans” perquè no només s’espera d’ell els resultats d’un professional especialista, sino també la curació d’impossibles, focus d’esperances

vàries, etc.". También les pregunté acerca de qué consideraban que era un "profesional" y una "profesión". Las respuestas fueron de lo más variado resaltando la vocación, la formación, el servicio público, el trabajo bien hecho y, por supuesto, la remuneración acorde con el perfil.

Este "trabajo de campo cibernético", que solo tiene el valor de un mero *divertimento*, me permitió constatar de qué manera el discurso médico y el de algunas ciencias sociales forma parte de nuestro acervo cultural, porque en muchas de las respuestas de mis amigos me parecía leer el argumentario de "mis" médicos del siglo XIX y por extensión la construcción teórica que los sociólogos han hecho del término "profesión". Sin embargo, no quedaban tan claras ciertas aproximaciones, digamos, más bien "políticas" del término.¹

El objetivo de esta tesis no es buscar continuidades o discontinuidades del discurso médico, sino averiguar de qué manera en una época concreta y en un espacio concreto se construyó un discurso que, en mayor o menor medida, puede que perviva. Este discurso no es otro que el del profesionalismo, que la gran mayoría de los estudiosos de las profesiones coinciden en situar en el siglo XIX como consecuencia de la revolución industrial y el advenimiento del Estado liberal. Las profesiones, por tanto, serían fruto de la Modernidad, de una civilización en la que, como señala Perkin (1989), el capital humano, creado por la educación –*los expertos*–, cada vez tienen mayor control sobre los símbolos de poder: la tierra y el capital. Es evidente que hablar de la profesión médica significa retroceder a la Edad Media, cuando junto con la Teología y el Derecho se convirtió en profesión universitaria. Las profesiones son lo que Abbott (1988) calificaba para el panorama del ochocientos como "important but peculiar social creatures" (p. 3). I.K. Zola (1981) sostenía que la medicina se estaba convirtiendo en una de las principales instituciones de control social tomando el relevo, en un proceso de cientos de años, a la religión y el derecho.

¹ "[...] los conflictos epistemológicos son siempre, inseparablemente, conflictos políticos: es por eso que una investigación sobre el poder en el campo científico podría comprender solo cuestiones de tipo epistemológico" (Bourdieu, 2008: 15)

Esta tesis doctoral ha sido financiada gracias a una beca FPI² y está adscrita a un proyecto de investigación que ha analizado la función del Estado y la Iglesia en la provisión de servicios sociales en la Mallorca del siglo XIX; es decir, “el derecho y la religión” a los que alude Zola. De este modo, y en función de este contexto nuevo en el que la medicina empezaba a adquirir nuevas funciones de control, el objetivo de este trabajo era describir cómo se construyó la profesión que, con fuerza en el siglo XX, ha llevado a cabo el proceso de medicalización que describía Zola en el artículo referido.

Los principales objetivos de este trabajo son los siguientes:

- Analizar el proceso de profesionalización de la medicina mallorquina durante la segunda mitad del siglo XIX. Así, la unidad de análisis básica y preferente es la que constituye el grupo de los profesionales médicos titulados, es decir, aquellos que tenían la sanción estatal para ejercer la Medicina. De este modo, este trabajo constituye un estudio de caso sin que se haya obviado el marco general sin el cual no es posible la contextualización del caso balear.
- La historia de la medicina ha establecido que la profesión médica legal durante el siglo XIX tenía escasas capacidades curativas; asimismo, se hallaba en un “mercado de la salud” en la que competían diversos sanadores y terapias. Atendiendo a esta afirmación, una de los objetivos de la tesis es analizar los mecanismos que condujeron a los profesionales de la medicina a posicionarse socialmente en un lugar preeminente con respecto a otros sanadores.
- Esta “posición” en el campo de la salud solo puede entenderse desde una perspectiva relacional y por lo tanto el análisis pretende establecer dos tipos de mecanismos. En primer lugar, la construcción elaborada desde el interior de la profesión por los propios médicos. En segundo lugar, respecto al exterior, es decir, respecto al objeto de su actividad: los pacientes y otros clientes, las Administraciones y las colectividades.

² *La acción de la Administración y de la Iglesia en el proceso de dotación de servicios públicos en España (1845-1930). Un análisis regional*, Dirección General de la Investigación Científica y Técnica, Ministerio de Educación y Ciencia, BHA2002-03783.

En resumen, el objetivo de esta tesis es analizar el proceso de profesionalización de la Medicina en la Mallorca de la segunda mitad del siglo XIX partiendo de la premisa que este proceso es un *continuum* sin otro fin que crear y recrear una identidad profesional, una “community within a community” (Goode, 1957).

1.1.1. Estructura de la tesis

Esta tesis doctoral tiene una estructura interna que la divide en dos ámbitos complementarios: el más general, es decir, el que abarca la profesión médica española del periodo comprendido entre 1850 y 1900, aproximadamente; y otro más local centrado en Mallorca, especialmente en la ciudad de Palma.

El primer capítulo expone el marco conceptual de la investigación y el modelo teórico para el estudio de la profesión médica en Mallorca partiendo de la propuesta de Burrage et al (1990) sobre los diferentes agentes profesionalizadores. En este capítulo, asimismo, se exponen el método y las fuentes de la investigación con su relación. La razón, quizás no frecuentemente seguida, por la cual las fuentes aparecen en el inicio obedece a mi convicción de que toda investigación debe mostrar claramente, sin ambages, el laboratorio del que nace y cuyos matraces, probetas, pipetas y fórmulas magistrales no son sino las teselas que componen el mosaico final. Un lenguaje sin su léxico y su sintaxis puede ser candoroso y dulce o ruidoso y restallante, pero difícilmente comunicará exactamente lo que quiere explicitar si no es previamente presentado al oyente. Mi pizarra, con sus fórmulas, es mi caja de herramientas heurísticas; las fuentes, escritos, declaraciones, discursos de “mis médicos”, los frascos, vasos y principios activos.

El capítulo segundo analiza el punto de vista de varios agentes sobre el concepto profesión en la sociedad española del siglo XIX, con especial atención al de los protagonistas de esta historia: los médicos, que dividían, intelectualmente, la actividad profesional en Ciencia y Arte.

La profesión, la sociedad mallorquina y sus asociaciones médicas son el objeto del capítulo tercero donde se presenta la situación sanitaria mallorquina del periodo estu-

diado y el panorama científico-médico. Pero, básicamente, las asociaciones mediante las cuales la profesión médica construyó su identidad profesional y apoyó sus reivindicaciones. De este modo, este capítulo analiza cómo se fue construyendo “el médico ideal” y los mecanismos imprescindibles que hicieron ganar prestigio y respetabilidad al universo médico.

El cuarto capítulo está dedicado a la relación de los médicos con sus pacientes y los distintos tipos de clientela. Esta relación se analiza desde dos ópticas: desde la praxis médica y desde los mecanismos para imponer su autonomía, autoridad y reivindicaciones retributivas tanto frente a los pacientes particulares como frente a las mutualidades. Por esta razón, este capítulo está dedicado, en gran parte, a los honorarios médicos.

Las relaciones de los médicos con otros profesionales y otros agentes del campo de la salud se recogen en el capítulo quinto. Una parte está dedicada al intrusismo profesional y no-profesional, es decir, los denominados “curanderos”. El resto del capítulo analiza las relaciones intraprofesionales, con una especial atención a los problemas deontológicos. Puesto que la profesionalización de cualquier ocupación no puede entenderse sin la concurrencia en el propio campo de otras profesiones u ocupaciones, el capítulo termina con una breve mención a los cirujanos y a los abogados. Finalmente, en el capítulo sexto se exponen las conclusiones.

1.1.2. Limitaciones del estudio

Este estudio presenta varias limitaciones. Por la elección metodológica cabe señalar que no se tratará la figura de los médicos titulares puesto que son una especie de cuerpo burocrático que precisaría de un análisis distinto al que se ha llevado a cabo. La investigación afronta la construcción de la figura del profesional *liberal*, la del profesional en un sentido amplio y sociológico del término. Esta elección y su consiguiente limitación significan que la medicina rural mallorquina apenas está presente en este estudio. Sin embargo, opino que estos médicos titulares no solo recibieron el influjo de esta parte de la profesión, sino que fueron parte activa de ella aunque serán necesarios nuevos estudios para hacer su valoración.

En relación con lo anterior, pero en un plano distinto, para esta tesis, las relaciones de los médicos con la Administración se han analizado únicamente entendiendo al Estado como “cliente” de los expertos. Sin duda, la relación médico-Estado y el proceso de “gubernamentalidad”, acuñado por M. Foucault, merecería mucha más atención. Sin embargo, al entender la profesionalización como un mecanismo doble, desde dentro y desde fuera, he optado por la primera opción.

La otra limitación viene impuesta por otra índole de problemas. En primer lugar, hasta el momento no ha sido posible localizar la documentación de la Junta Provincial de Sanidad y la generada por los subdelegados. Asimismo, en la actualidad algunos de los documentos que aportarían información de gran valor al estudio de la profesión médica están en proceso de catalogación por lo que ha sido imposible su consulta. Sin embargo, hay una serie de limitaciones que vienen impuestas por ciertas prácticas que quisiera denunciar desde estas páginas, no solo por las repercusiones que tienen en mi trabajo –que entiendo en un segundo orden–, sino por lo que podríamos denominar “malas prácticas” de ciertos sectores que se consideran depositarios de la documentación que unas personas legaron a las futuras generaciones –muchas veces plenamente conscientes de ello y con la esperanza de que así fuera para dejar constancia de su trabajo–. El expolio de ciertos archivos privados y la asunción de que hay ciertos temas que son patrimonio personal creo que debería ser una práctica –científicamente– destinada a desaparecer. Convencida como estoy de que esto es una entelequia de inocente amante de la extensión y no la restricción del conocimiento, hago constar aquí mi rechazo a dichas prácticas.

1.2. El marco teórico: la Teoría de las Profesiones

“An industrializing society is a professional society” (J. Goode 1960: x, énfasis original)

“The professions dominate our world. They heal our bodies, measure our profits, save our souls. Yet we are deeply ambivalent about them. For some, the rise of professions is the story of knowledge in triumphant practice. [...] For others, it is a sadder chronicle of monopoly and malfeasance, of unequal justice administered by servants of power [...]. (Abbott 1988:1)

“The world we have gained and may be about to lose is consequence of a myriad human activities which have only one thing in common: they are increasingly

professional. The twentieth is not, *pace* Franklin D. Roosevelt, the century of common man but of the uncommon and increasingly professional expert” (Perkin 1989:2)

Estas frases de destacados estudiosos de las profesiones ilustran la importancia conferida a dicha categoría a lo largo del siglo pasado. Pero como señala Johnson (1972), en uno de los primeros ensayos críticos de la sociología de las profesiones, esta importancia no se vio reflejada en los análisis teóricos. El estudio de este tipo de ocupaciones, si bien ha tenido un importante desarrollo en la sociología anglosajona, nunca ha ocupado una posición destacada dentro de la sociología, hecho que suele relacionarse con el escaso peso que tuvieron las profesiones en los trabajos de los sociólogos clásicos y “padres fundadores” de la disciplina. La mayoría de los sociólogos describieron las ocupaciones profesionalizadas como “sirvientes, muy estimados” (Rodríguez, 1981) de la política y las consideraron distintas al resto de ocupaciones por su orientación al servicio a la comunidad por medio de la aplicación del conocimiento, especialmente esotérico, y por complejas habilidades (Freidson, 1983) Otros teóricos sociales enfatizan más características: los economistas resaltan el monopolio del mercado laboral³; los politólogos tratan las profesiones como gobiernos privados privilegiados⁴; y, por su parte, los encargados de diseñar políticas consideran que los profesionales tienen una visión restringida de lo que es bueno para el público.

La emergencia del estudio de las profesiones suele ubicarse en el mundo anglosajón de los años 30 del siglo pasado (Prest, 1984; Macdonald, 1995; González 1999) y es deudora, según E. Freidson (1994) de los trabajos de H. Spencer, B. y S. Webb, R.H. Tawney, T.H. Marshall y especialmente de la obra de A.M. Carr-Saunders y P.A. Wilson, *The Professions*, publicada en 1933. La sociología de las profesiones está muy relacionada con la del trabajo y la de las ocupaciones; es, precisamente, de la diferenciación entre una ocupaciones concretas –medicina y abogacía– de donde surge esta corriente al contemplar estas ocupaciones “idealizadas” (Collins, 1990a) en función del servicio al

3 CARINES, J.E. (1887), *Some leading principles of political economy newly expounded*, London, Macmillan; FRIEDMAN, M. (1962), *Capitalism and Freedom*, Chicago, University of Chicago Press (citados por Freidson, 1983)

4 GILB, C.L. (1966), *Hidden Hierarchies. The professions and government*, New York, Harper and Row.

que se orientaban y de aspectos morales colectivos (Durkheim, 1992 citado en Evetts, 2003: 29).⁵

Desde la “fundación” de esta nueva disciplina, los estudios estuvieron dominados por el funcionalismo norteamericano y, como contrapunto, por los estudios de sociólogos de la Escuela de Chicago, liderados por E. C. Hughes de la denominada escuela “interaccionista” (Macdonald, 1995). En ambos casos, el foco de atención de los distintos estudios se dirigió a buscar una definición del concepto “profesión”. A principios de los años 70, la obra de E. Freidson (1978) y T. Johnson (1972) marcarán el comienzo de un cambio teórico en el que el rol funcional de las profesiones se desplaza hacia problemas de conflicto y poder. Avanzada la década de los 70 aparecerán trabajos bajo nuevos enfoques (especialmente neoweberianos) que recibieron la denominación de *new power literature* (Abbott, 1988) dominando el panorama sociológico de los 80 donde el concepto de “profesionalización” –acuñado en los años 60– se considerará un proceso histórico o contemporáneo de cierre ocupacional. A partir de los años 80 se percibe un interés por parte de la sociología y de la historia de la Europa continental para volver, de nuevo, a aproximaciones revisadas del funcionalismo (neofuncionalismo) y del profesionalismo. De este modo, el profesionalismo deja de ser un valor normativo para convertirse en un discurso sobre el cambio ocupacional y el control social o, como sostiene J. Evetts: *la atención ha derivado hacia la profesión como institución*⁶. La teoría de las profesiones podría resumirse como el debate continuo por definir *profesión* y la creación del concepto *profesionalización*, que se desarrollan en el marco teórico de esta investigación.

El propósito de los siguientes apartados es presentar las principales escuelas teóricas que han determinado esta subdisciplina de la sociología y de las cuales es deudora

5 DURKHEIM, E. (1992), *Professional Ethics and Civil Morals*, London, Routledge.

6 “[...] el profesionalismo, en tanto que discurso, es un poderoso instrumento de cambio y control ocupacional en el mundo moderno y [...] ese discurso es construido y controlado por diferentes grupos ocupacionales” (Evetts, 2003: 30). Desde la antropología, vide, SENNET, R. (2009), *El artesano*, Barcelona, Anagrama, y (2000), *La corrosión del carácter: las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*, Barcelona, Anagrama; MIQUEL NOVAJRA, A. (2002), “La cultura del trabajo: dimensiones comparativas. Un discurso iniciado y a veces olvidado”, en LA CALLE (comp.), *Democracia Económica III*, Barcelona, El Viejo Topo, Barcelona; (2002) “La cultura del trabajo empresarial: el agrarismo de los servicios”, *Anales de la Fundación Joaquín Costa*, Zaragoza.

presente tesis: de hecho, la construcción interna y externa, técnica y valorativa, atributiva y adscrita o electiva de la profesión médica es su objeto. Se exponen, por tanto, las corrientes anglosajona y continental con el acento en las teorías surgidas a partir de los años 80, momento en el que se produce la incursión de la sociología y la historia de la Europa continental en el estudio de las profesiones. La presentación de las principales escuelas teóricas sobre las profesiones se hará siguiendo un criterio cronológico que, salvo contadas excepciones, se corresponde a las grandes teorías sociológicas del siglo XX. A. Abbott (1988) resume esta historia con la división cuatripartita que se ofrece en la siguiente tabla:

Tabla 1. Corrientes teóricas sobre las profesiones

Versión	Características
Funcional Escuelas definidora y evolutiva	La profesión es un medio de control de las relaciones asimétricas entre profesional y cliente.
Estructural Escuelas definidora y evolutiva	La profesión es una forma de control ocupacional. El contenido del trabajo y las relaciones profesional-cliente no revisten mucha importancia. Desaparece la función para quedar la estructura, generando modelos de profesionalización.
Monopolio Escuelas revisionista	Acepta la base estructural pero no se contempla como un desarrollo "natural" sino como un deseo de dominio y/o autoridad.
Cultural Etapa de consolidación	Enfatizan la autoridad cultural de las profesiones retornando a los postulados parsonianos de la experiencia como relación social, estableciendo la legitimación cultural como un proceso central en la profesionalización. Los seguidores de esta corriente han propuesto un nuevo criterio de "profesionalidad", alejado de los parámetros impuestos por el estudio, casi exclusivo, de la Medicina y la Abogacía.

Fuente: elaboración propia a partir de A. Abbott (1988) J.A. Rodríguez y M. Guillén (1992)

1.2.1. Primer periodo: los inicios (Escuela definidora)⁷

Los primeros estudios sobre las profesiones se centraron y utilizaron el profesionalismo como un sistema de valores normativo con significados y funciones para la estabilidad y la sociabilidad de los sistemas sociales (Evetts, 2003: 30). Collins (1990b) sitúa esta primera etapa entre los años 30 y 50 del siglo XX. Según M. Sánchez y J. Sáez (2003) es conveniente hacer una doble distinción respecto a las autorías:

⁷ Existe una gran variedad de clasificaciones de la historia de la sociología. He optado por la que aportan los estudiosos de la Universidad de Murcia con alguna modificación. Las clasificaciones entre paréntesis corresponden a las aportaciones de J.A. RODRÍGUEZ y M. GUILLÉN (1992).

1) Autores que no se ocuparon directamente de las profesiones pero cuyos estudios aportaron supuestos teóricos y metodológicos muy relevantes. Tal es el caso de las obras de Marx, Weber, Simmel o Durkheim. Sin embargo, algunos estudiosos de las profesiones discuten esta clasificación con el argumento de que Weber y Durkheim sí se ocuparon de estos “grupos ocupacionales” aunque con otros lenguajes. Así pues, según este planteamiento, el interés por las profesiones debería retrotraerse al siglo XIX. Como apunta Burnham (1998), el concepto “profesionalización” ya se intuía en la obra de H. Spencer que analizó los grupos profesionales en *System of Syntetic Philosophy* (Vol. III, parte VII Professional Institutions, 1896)⁸. Sin embargo, este autor apenas es reseñado en la historia de la sociología de las profesiones. Las profesiones, según Spencer, se circunscribían a la complejidad social y su función era proporcionar bienestar y mejor calidad de vida a las personas; por esta razón Spencer utiliza la expresión “aumentar la vida”. Las profesiones, por tanto, tenían su origen en el ámbito político-eclesiástico que aglutinaba diversas funciones y ostentaba el monopolio del saber. El surgimiento de las profesiones sería consecuencia, según el autor anglosajón, de la división del trabajo y la especialización.

La obra de los sociólogos franceses C. Dubar y P. Tripier (2010)⁹ y Dubar (2009) establece la figura de Durkheim como precursor de los sociólogos funcionalistas de las profesiones. Estos autores sitúan al sociólogo alsaciano en la órbita de Comte, Tocqueville, Le Play y la lectura de sus obras como una tentativa de reforma social tras “les cataclysmes qu’ont constitués la révolution industrielle et la Revolution française” (2010: 63) Mientras la revolución industrial arrancaba el trabajo del cuadro protector de las corporaciones, gremios y la familia, la Revolución francesa separaba al Estado de su base cristiana y promovía al individuo como ser autónomo. Durkheim intentó explicar la función de las profesiones en la estructura social en el prefacio de la segunda edición (1902) de su obra *La división social del trabajo en la sociedad*. La solución a la anomia se aborda en dicho prefacio mediante la función de las “agrupaciones profe-

8 *La Revista Española de Investigaciones Sociológicas* dedicó su número 59 (1992) a las profesiones en el cual se puede consultar un texto de H. Spencer. También pueden consultarse un texto del mismo autor, traducido al castellano con el título *Ética de las Profesiones* (s.f), publicado en *La España Moderna* (Madrid) y *El origen de las profesiones* (s.f), publicado en Valencia.

9 Sigo la 2ª edición, revisada y aumentada.

sionales” (donde se incluyen las ocupaciones)¹⁰. Durkheim propone que estas actúen como lo hacían “los grupos intermedios” –por ejemplo la familia– entonces debilitados por la nueva sociedad industrial. Asimismo, las agrupaciones profesionales estabilizarían la anomia social iniciando un orden moral y comunal (Sánchez, 2003: 209). Como señalan los sociólogos franceses citados, las teorías durkhemianas tuvieron un mayor seguimiento en la sociología anglosajona; su epígono, Parsons, hizo de las profesiones un elemento esencial del control social en las sociedades modernas.

2) Autores que se ocuparon específicamente de las profesiones y que marcaron profundamente la disciplina a pesar de su escasa producción. Se trata de producción histórica destacando la emblemática *The professions* (1933) de Carr-Saunders y Wilson, una obra sobre la historia de las profesiones en el Reino Unido que en línea con el pensamiento de Durkheim defiende las organizaciones profesionales como elementos estabilizadores de la sociedad. Tanto el estudio de Carr-Saunders y Wilson como los de sus coetáneos se ocuparon de las élites, ensalzando el perfil heroico de sus practicantes más relevantes. Asimismo, como ocurre todavía en la actualidad, los estudios fueron encargados por las propias asociaciones profesionales.¹¹ Dicho estudio no aportó una definición que abarcara todas las ocupaciones estudiadas; sin embargo, el análisis detallado de las principales profesiones permitió que sus autores establecieran las características ocupacionales de los diversos casos analizados y las bases para el futuro y controvertido concepto “profesionalización”. Aunque no propusieron una definición general, una “profesión” era “un trabajo diferente opuesto a trabajo no especializado” (Sánchez y Sáez, 2003: 209). La sociología de las profesiones, que se gestaba por aquel entonces, buscaría cubrir estas deficiencias, sin mucho éxito como seguidamente veremos. Esta línea de trabajo se continuó en Inglaterra y los Estados Unidos, caracterizándose en este caso por la búsqueda de las características, *traits*, “esenciales

10 El origen anglosajón de la Sociología de las Profesiones ha originado la diferencia entre profesión y ocupación en el ámbito teórico; diferenciación, por lo demás, no tan clara en el ámbito francés donde el estudio de las “profesiones”, hasta hace relativamente poco tiempo, se circunscribía a la sociología del trabajo o de las ocupaciones. Durkheim incluye estas dos categorías dentro de los denominados “grupos profesionales”. Como se verá en el próximo capítulo, esta diferenciación semántica no se produce en el siglo XIX.

11 En relación con la historiografía médica del mismo periodo puede consultarse BURNHAM (1998), capítulos 1º y 2º.

de las profesiones” (González Leandri, 1999: 24). Sin embargo, en 1964, G. Millerson tuvo que descartar la mayoría de los estudios anteriores cuando intentó elaborar una nueva teoría de las profesiones. Como señala González Leandri, la escuela de los “rasgos” o *traits* fue sometida a una fuerte crítica, pero tras la II Guerra Mundial fue un importante recurso teórico de la sociología norteamericana que tomó el relevo a los historiadores británicos en la teoría de las profesiones.

Como resumen de esta primera etapa, a continuación se apuntan sus principales aportaciones¹²:

- La profesión es una comunidad moral.
- Tienen la fuerza suficiente para sujetar el individualismo fruto de la ruptura producida por la Revolución Industrial y la Revolución Francesa.
- Garantizan la estabilidad y la libertad.
- Se basan en el altruismo y la orientación al servicio de la comunidad.
- El profesionalismo se fundamenta en el conocimiento y en su monopolio. Un conocimiento intelectual especializado y adquirido mediante una larga formación.
- Empieza la decadencia del profesionalismo de estatus –propio del siglo XIX– hacia el profesionalismo ocupacional.
- Se producen cambios organizativos en las instituciones relacionadas con las profesiones como, por ejemplo, las instituciones académicas u otras organizaciones autorizadas para extender una acreditación profesional.
- La importancia de las profesiones influyen en el mercado y en la estructura interna de la sociedad.

1.2.2. Periodo clásico (Escuela evolutiva)

El periodo clásico de los estudios de las profesiones se inicia en 1950 y abarca hasta mediados de la década de los 60. Sus máximos exponentes fueron T. Parsons de la corriente funcionalista y E. C. Hughes desde la Escuela de Chicago. El apelativo de Escuela Evolutiva –más relacionado con el funcionalismo que con el interaccionismo

¹² Principalmente, DURKHEIM, 1992, Vid.n.5; TAWNEY, R.H. (1921), *The Acquisitive Society*, New York, Harcourt Bruce; CARR-SAUNDERS Y WILSON, (1930); MARSHALL, T.H. (1950), *Citizenship and Social Class and Other Essays*, Cambridge, CUP.

de Hughes– corresponde a la asunción del proceso que vino a denominarse “profesionalización” (Wilensky, 1964) el cual dinamizaba las características naturalistas y tipológicas del periodo anterior. La mayoría de los teóricos de este periodo pusieron su atención en las características especiales del conocimiento, la pericia de los profesionales y el carácter altruista de sus actividades. Asimismo, continuaron con su intento por clarificar la definición de “profesión” y, como se ha indicado, es en este periodo cuando se acuña el término “profesionalización”.

Los autores funcionalistas concibieron las profesiones como promotoras de la modernidad, garantes de la cohesión social, libres y, por tanto, adversas a las “burocracias” y al Estado. Asimismo, los profesionales, por su condición de expertos y como miembros de grupos de presión privilegiados, eran recompensados por la sociedad con un alto prestigio (González Leandri, 1999: 25). Las principales características profesionales, estructurales y actitudinales, se resumen a continuación pero conviene tener presente que pueden variar en función del autor por la disparidad ya aludida¹³:

- La profesión es una ocupación a tiempo completo.
- Creación de asociaciones profesionales.
- Elaboración de códigos éticos y sistema de retribuciones, concebidos como un conjunto de símbolos de reconocimiento como fin en sí mismo y no como medio para alcanzar ningún otro interés personal.
- Conquista de la autonomía, respecto del mercado y el Estado, para asegurarse el monopolio y la evaluación de su trabajo.
- Utilización de la organización profesional como referencia grupal y solidaridad comunitaria.
- Creencia en el servicio a la comunidad.
- Creencia en la autorregulación. Se persigue la ausencia de normativa con potestad normativa y sancionadora desde sectores ajenos a la profesión, que en última

¹³ Esta relación se extrae de las lecturas de: GONZÁLEZ LEANDRI, R. (1999); SÁNCHEZ et al. (2003); RODRÍGUEZ J.A. y GUILLÉN, M. (1992); DUBAR, C. y TRIPIER, P. (2010); MACDONALD (1995). Como apunta González Leandri, algunas ocupaciones que no quedaban encuadradas en estas características, se denominaron semi-profesiones. T. JOHNSON (1972) advierte sobre la utilidad política de la definición “profesión” y cómo se les niega tal “dignidad” a algunas ocupaciones.

instancia tolera y permite el Estado.

- Idea de “llamada”, vocación.
- Alto nivel de cultura sistemática.
- Diferenciación entre actividad profesional y la financiera o de la Administración.

El profesional vende sus servicios a los clientes mientras que la actividad financiera tiene consumidores.¹⁴

González Leandri (1999) sostiene que atendiendo a las características expuestas, el funcionalismo consideró a los practicantes de la medicina como grupo profesional arquetípico, hecho que marcó el estudio de las profesiones hasta bien entrada la década de los años 90 del siglo pasado. Burnham (1996 y 1998) es de la misma opinión; este autor afirma que la medicina fue el modelo profesional ya que en su definición primaban los valores del altruismo y del poder que han estado siempre relacionados con la profesión médica. A su vez, el hecho de que el trabajo de los médicos implique aspectos relacionados con la vida y la muerte ha convertido este modelo profesional en hegemónico. Parsons analizó el colectivo médico en su obra *El sistema social* (1982 [1971]) con su importante aportación sobre la función del médico y del paciente¹⁵. El sociólogo estadounidense, asimismo, señaló el papel fundamental de las profesiones como transmisores de “valores centrales” de la sociedad. Evetts (2003: 31) sostiene que Parsons mostró cómo la economía capitalista, el orden social racional-legal (Weber) y las profesiones modernas estaban interrelacionados y en mutuo equilibrio con el propósito de mantener estable un orden social normativo frágil. Demostró, a su vez, que el normativismo y su autoridad podían apoyarse en instituciones distintas a las burocráticas, a saber, en las profesiones aunque ambas compartieran los mismos principios fundamentales¹⁶. Una de las críticas que recibió esta corriente teórica fue la del escaso peso de estudios empíricos por lo que la mayoría los trabajos funcionalistas no

14 Esta diferencia es muy clara en inglés: *client* y *customer*. De hecho, una de las principales diferencias entre las denominadas profesiones y las ocupaciones es la naturaleza de los bienes que “venden”: tangibles o intangibles; es decir, bienes o servicios.

15 Una aportación que ha recibido, entre otras, las críticas de Freidson (1978 [1970]) por considerarla demasiado abstracta y por no contemplar la agencia de otros profesionales en la relación médico-paciente.

16 Vid. FREIDSON, E. (2000), *Professionalism: The Third Logic*, London, Polity. Las otras lógicas serían, según este autor, el mercado y las organizaciones.

podieron traspasar el umbral de la mera constatación de la existencia de los atributos ya expuestos; por esta razón, el funcionalismo no hablaba de cómo eran las profesiones, sino de cómo pretendían ser, es decir, un modelo ideal¹⁷ (González Leandri, 1999: 30).

El concepto “proceso de profesionalización” es, como señalan Dubar y Tripier (2010), un concepto funcionalista que los estudios históricos han demostrado que estaba basado en presupuestos, en gran medida, incorrectos. Este concepto, que se desarrolla en el apartado del marco teórico de esta investigación, presupone unas pautas comunes de desarrollo y una secuencia determinada de etapas “necesarias” para que una ocupación adquiriera el estatus de profesión. Uno de los errores principales del funcionalismo y de otras teorías que compartieron este concepto fue la limitación que supone centrarse en un modelo profesional anglonorteamericano y en la profesión médica¹⁸. Los estudios históricos han demostrado que el modelo médico americano lejos de ser la regla, es una excepción (González Leandri, 1999: 32).

Otras escuelas hicieron su aparición en el panorama de la teoría de las profesiones de manera paralela al funcionalismo. El trabajo de Hughes consideró las diferencias entre ocupaciones y profesiones como de grado. Según este autor, los profesionales no solo determinan qué es bueno y aceptable para el resto de la sociedad, sino que establecen las formas de pensar acerca de los problemas que caen en su jurisdicción (Dingwall & Lewis, 1983: 5). La profesión se contemplaba como un conjunto de actividades en evolución constante y no solamente como un conjunto de actividades. Hughes y sus seguidores de la Escuela de Chicago iniciaron los estudios etnográficos sobre la sociabilidad en los lugares de trabajo y sobre la identidad compartida entre trabajadores; es decir, la “cultura del trabajo” que explicaría de qué manera el sistema normativo de valores profesionales en el trabajo se reproduce a nivel micro en los profesionales indi-

17 Este mismo autor hace una reflexión muy interesante acerca de la obviedad y asunción de ciertos conceptos que se considera que no deben explicitarse y la aseveración –siguiendo a Larson– de la utilización ideológica del término profesión, que también permea a los propios historiadores y sociólogos. Vid. p. 31 y n. 46 en GONZÁLEZ LEANDRI, R. (1999). Respecto a este asunto en el ámbito español, véase Comelles (1996).

18 La primera definición que los sociólogos tomaron como referencia fue la de Flexner (1915), vide Burnham (1998).

viduales y en los espacios donde ejercen (Evetts, 2003: 32). Los estudios de la Escuela de Chicago se centraron, en muchas ocasiones, en las ocupaciones menos prestigiosas (peluqueras, vendedores, etc.). De esta tendencia interaccionista son reseñables los trabajos “The Making of a Physician”¹⁹ y *Boys in White* (1961)²⁰ donde se analiza el proceso de aprendizaje de los estudiantes de medicina hasta la interiorización de los aspectos sociales y simbólicos que les convierten en profesionales de la medicina. Como afirma su autor –aunque los resultados son fruto de un equipo interdisciplinar–, todas las profesiones prestan importancia a las cuestiones técnicas que les permiten desarrollar su trabajo pero también lo hacen respecto a

“[some aspects of life and/or society, itself. And when, as often happens, an occupation –either an old one transformed by technical or social changes, or a new one– claims for itself the status of profession, it is saying to the world that – like the professions– the work it does has somehow become a matter of broad public concern” (Hughes, 1958: 116 y s.).

Los interaccionistas, a pesar de no poder competir con la corriente funcionalista, apostaron por el estudio de las profesiones con ideas atrevidas para el entorno académico de su momento prestando atención a aspectos simbólicos de la vida profesional.

1.2.3. Periodo revisionista y de consolidación de la disciplina (ca. 1970 – actualidad)

Esta etapa se caracteriza por la profunda revisión de los trabajos anteriores y por una nueva “mirada” sobre las profesiones gracias a nuevas propuestas teóricas: neoweberismo, neomarxismo, etnometodología, etc. La etapa revisionista puede describirse como la etapa de los conceptos “autonomía” como centro del profesionalismo; “poder” que calificaría los anteriores estudios como ideológicos; y “monopolio” desviando el debate de las formas a las funciones. Como indican J.A. Rodríguez y G. Mauro (1992) y M. Sánchez y J. Sáez (2003), a partir de mediados de los 60, y coincidiendo con cambios socio-políticos, los teóricos de las profesiones pasaron de la aprobación a la desaprobación, se ataca a los profesionales y se abandona el estudio de las normas profesio-

19 La obra completa *Men and Their Work* de E.C. Hughes, cuya primera edición es de 1958. está disponible en formato digital: <http://ia600408.us.archive.org/23/items/mentheirworkoohugh/mentheirworkoohugh.pdf>

20 BECKER H. et al. (1961).

nales y la relación con los clientes. Los atributos profesionales ya no se contemplaban como atributos ideales, sino como instrumentos para aumentar su poder con respecto a otros grupos sociales. Las actividades profesionales, asimismo, se empiezan a analizar en términos políticos (Larson, 1977) y la “autonomía” como atributo clave del profesionalismo (Freidson, 1978). El servicio a las necesidades sociales de la población –la vocación de servicio– es sustituido por una visión en la cual los profesionales son los creadores de las necesidades y de las formas de servirlos a los consumidores o clientes (Johnson, 1972; Illich, 1981). El mercado aparece con fuerza en el proceso de profesionalización (Larson, 1977) y puesto que las estas dependen del mercado, tienden a querer controlarlo y buscan el apoyo del Estado para conseguir un refugio y el monopolio ante la competencia.

El punto de inflexión entre la anterior etapa y la revisionista vino de la mano de los trabajos de E. Freidson, especialmente su estudio sobre la profesión médica norteamericana, que se publicó en España en 1978 (González Leandri, 1999: 39). Freidson fue el primero en llamar la atención acerca de los procesos adoptados por las élites de ciertas ocupaciones por su afán de convertirse en “profesiones”.²¹ El auge del marxismo de los años 70 dio lugar a dos obras esenciales de la teoría de las profesiones: *The Rise of Professionalism* (1977) de la autora M.S. Larson; y, *Professions and Power* de T. Johnson (1972). Paralelamente, empieza a revalorizarse la obra de Max Weber lo cual dio lugar a numerosas propuestas desde esta perspectiva teórica y con el tiempo ciertas convergencias teóricas, como el trabajo de la citada Larson quien es la autora de un trabajo paradigmático de la época revisionista que, pesar de los años transcurridos desde su publicación, mantiene su vigencia. Basó su estudio en los modelos profesionales de Inglaterra y los Estados Unidos de América desde la Revolución Industrial y gran parte de su obra está dedicada a la medicina. Puesto que esta autora enfatiza el papel del Estado en la profesionalización, una parte de la crítica que recibió su trabajo fue precisamente por haber obviado los modelos continentales europeos de la milicia y las burocracias sobre las que los Estados tenían el control.

²¹ Un análisis de la obra de Freidson y sus limitaciones al aplicarla al ámbito español puede consultarse en RODRIGUEZ, J.A. (1987).

Larson entiende la profesionalización como parte del proceso de construcción social del capitalismo con un especial énfasis en el “proyecto profesional” y su relación con diversas instituciones: el Estado, el mercado libre, el mercado del trabajo y las universidades; es decir, como parte de la modernización. El profesionalismo, según esta autora, es una fase de racionalización del capitalismo convirtiéndose en parte de la ideología dominante que justifica las desigualdades en cuanto al acceso al orden ocupacional. Larson pone el acento en las profesiones como “construcciones sociales e históricas” (Macdonald, 1995) que surgen y evolucionan en su interacción con las instituciones nombradas. El concepto clave de la obra *The Rise of Professionalism* es el de “proyecto profesional” mediante el cual los grupos profesionales logran un monopolio sobre un segmento determinado del mercado con la ayuda del Estado. Así, el proyecto profesional se entiende como una estrategia política grupal más que un ejercicio individual de la actividad profesional (Dubar y Tripier, 2010: 130). Este proceso se produce por el “cierre social” que Larson toma de Weber y que tiene dos dimensiones en la autora americana: a) la realización de un monopolio legal y b) el reconocimiento de un saber legítimo adquirido que implica un cierre cultural (Sánchez y Sáez, 2003: 219). Otros autores relacionados con las posturas weberianas son Randal Collins y su obra *La sociedad credencialista* (1982) donde se analiza la importancia de las instituciones académicas, el papel de la educación y la estratificación social. Por su parte, J. Berlant (1975) analizó el monopolio en un estudio comparativo entre la medicina de los Estados Unidos de América y del Reino Unido con un especial énfasis en la importancia de los códigos de ética profesional como instrumentos para la adquisición de dicho monopolio legal.

T. Johnson (1972) estableció que las profesiones eran formas de control institucionalizado de una ocupación; en su obra es muy crítico con el anglocentrismo que dominaba el panorama sociológico de las profesiones y la pretensión de adaptar los modelos americano o inglés a sociedades con distintos bagajes culturales e históricos. Precisamente en esa época los estudios históricos confirmaban la imposibilidad de la adaptación mecánica del concepto “profesión”. Una de las aportaciones más impor-

tantes de Johnson (1992)²² ha sido que el proceso histórico de institucionalización de las profesiones es indisociable del proceso de consolidación estatal desarrollando las ideas de Foucault sobre la “gubernamentalidad”²³ y la “normalización”. J. Goldstein también aplicó las teorías de Foucault al estudio de la medicina y, especialmente, a la psiquiatría.²⁴

En 1988 se publicó otra de las obras más influyentes de la sociología de las profesiones. Se trata del estudio de A. Abbott, *The System of Professions*; el propósito de su autor era hacer una nueva teoría que eliminara las deficiencias anteriores y superar el concepto de profesionalización apelando al término “jurisdicción” que es el vínculo entre la profesión y sus tareas. Abbott pretende abandonar los aspectos más organizacionales de las profesiones para centrarse en qué hacen realmente los profesionales en el desempeño de su trabajo. De este modo, la teoría debe ocuparse del contexto específico y variable de la actividad profesional y del desarrollo de las relaciones interprofesionales.

De manera paralela, empiezan a surgir nuevos trabajos comparativos que con posterioridad ejercerían una importante influencia en el campo de la teoría de las profesiones. Burrage (1990) sostiene que este hecho fue consecuencia de los estudios históricos efectuados en Europa por historiadores y sociólogos americanos y su intento de aplicar el concepto anglosajón de “profesión” a otras realidades históricas. En el caso francés destacan los trabajos sobre la historia de las profesiones médicas de G. Weisz (1978) o M. Ramsey (1988). En el caso alemán, los estudiosos de las profesiones se centraron, básicamente, en dos aspectos: el rol de la profesión médica en el proceso que condujo

22 Johnson corrigió sus propias teorías. Vid. *Professions and Power* (1972) y sus ensayos posteriores, ya en los años 90, especialmente su trabajo en JOHNSON, T.; LARKIN, G.; SACKS, M. (Eds.) (1985) titulado “Governmentality and the institutionalization of expertise” (pp. 7-23) donde desarrolla el concepto de gubernamentalidad de Foucault en su relación con las profesiones y el Estado.

23 Algunos autores traducen el término como “governabilidad”. Sobre este concepto puede consultarse: FOUCAULT, M. (1979), “On Governmentality”, *Ideology and Consciousness*, 6, pp. 5-22. Existe una versión española de esta conferencia en FOUCAULT, M. (1999), *Estética, ética y hermenéutica. obras Esenciales* (volumen III), Barcelona, Paidós. Véase también: GUNN, S. (2006), From Hegemony to Governmentality: Changing Conceptions of Power in Social History, *Journal of Social History*, 39 (3), pp. 705-720.

24 Vid. GOLDSTEIN (1984) para un interesante análisis sobre la posible convergencia entre teorías que analizan la importancia de la base cognitiva en el surgimiento y desarrollo de las profesiones y el concepto “disciplina”. Véase también su estudio sobre la psiquiatría: (1987), *Console and Classify. The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*, Cambridge, CUP.

al genocidio nazi y, por otra parte, en la especial cultura académica alemana del siglo XIX y el concepto *Bildung*.

González Leandri (1999: 55) destaca la importancia de la influencia recíproca de los estudios sobre las profesiones en territorio francés al incorporar el término “profesionalización” a otros lenguajes, por ejemplo, *corps*. Según este autor, este proceso fue posible gracias a la fortaleza de la Escuela de los Annales, preparada para emprender trabajos multidisciplinares. Estos estudios, nuevamente, pusieron el foco en el descuido de la sociología anglosajona al obviar el papel del Estado (Geison, 1984: 2-3). Sin embargo, como señala Burnham (1996 y 1998), ya en los años 60 algunos historiadores de la Medicina habían hecho algunas incursiones en el terreno sociológico de las profesiones. El medievalista V. Bullough (1966) concluyó que puesto que la enseñanza de la medicina se institucionalizó en las universidades medievales, esta había adquirido el estatus de profesión. Esto no significa que con anterioridad no se hubiera establecido esta relación, la novedad radicaba en que dicho historiador hizo un uso explícito de la teoría sociológica de las profesiones, especialmente el concepto de “proceso de profesionalización” para demostrar que la medicina medieval había realizado unos cambios tan considerables que las personas del siglo XX la reconocían como algo moderno. Aunque la sociología continuó siendo un campo poco atractivo para los historiadores de la época, Shryock (1967) y Rosenberg (1971)²⁵ sí hicieron uso de algunos de los supuestos teóricos sobre las profesiones instando a los historiadores a aproximarse a la profesión médica incluyendo la educación, el acceso a la práctica, las relaciones éticas y la conducta institucional (Burnham, 1998: 109). Rosenberg afirmaba que “it [is] necessary to appeal for a “behaviourist” history of medicine, the study that is of what physicians did, not what an elite said they should have done” (1971: 22).

Esta influencia también se dejó sentir en la historiografía médica española en la obra de Pedro Laín Entralgo *Historia Universal de la Medicina*, publicada entre 1973 y 1975. En dicha obra colectiva, hay 71 entradas bajo la denominación de “profesión” que, según Burnham, no hubieran sido posibles con anterioridad. Los autores de los diferentes

25 SHYROCK, R.H. (1967), *Medical Licensing in America, 1650-1965*, Baltimore, John Hopkins Press; ROSENBERG, Ch. E. (1971), “The Medical Profession, the Medical Practice and the History of Medicine”, en CLARKE, E., (Ed.) *Modern Methods in the History of Medicine*, London, Athlone Press.

volúmenes de la obra del profesor Laín Entralgo estaban familiarizados con la literatura sociológica, aunque no la hicieran explícita, incluyendo las obras de Freidson (Burnham, 1996: 17-18)²⁶. Siguiendo con el caso español y la relación entre la sociología y la historia de la medicina, E. Rodríguez Ocaña publicaba en el año 2000 un artículo sobre la Historia Social de la Medicina en España²⁷ en el cual repasaba la producción española desde los años 60. El profesor Rodríguez Ocaña expone, en primer lugar, la profesionalización de la Historia de las Medicina española, estrechamente relacionada con las Facultades de Medicina. A continuación analiza cuatro áreas de investigación: enfermedad y sociedad; políticas de salud; profesiones sanitarias; y género y medicina. Con relación a las profesiones sanitarias, afirmaba que se trata de un área destacada en el panorama de la historia social de la medicina española y que:

“The problem of professionalization is a touchstone for the social history tradition, since it offers the easiest meeting-point between history and the social sciences, whose criteria and methods must be taken into account in the definition of the very object of historical research. It also provides an excellent opportunity to see (medical) science and (medical) professions as contingent products of cultural and social practices” (p. 509).

Entre las contribuciones más relevantes, Rodríguez Ocaña señala las de Luís García-Ballester para los siglos XIII y XIV; trabajos también reseñados por Burnham en 1998. La determinación y distribución del número de practicantes de la medicina (y otras titulaciones relacionadas con el arte curar) es el objeto de varios trabajos sobre el siglo XVIII basados en el Catastro de Ensenada.²⁸ Con anterioridad y de manera paralela al estudio citado anteriormente, se producen una serie de estudios cuantitativos²⁹ sobre

26 Véase del mismo autor las referencias a varios autores españoles de la obra citada de Laín Entralgo, así como de Luis. S. Granjel, en BURNHAM (1998, capítulo 3).

27 “Social History of Medicine in Spain. Points of Departure and Directions for Research”, *Social History of Medicine*, 13 (3), pp. 495-513.

28 ORTIZ GÓMEZ, T; QUESADA OCHOA, C.; VALENZUELA CALENDARIO, J; ASTRAIN GALLART, M. (1993), “Health Professional in mid-Eighteenth Century Andalusia: Socioeconomic Profiles and Distribution in the Kingdom of Granada”, en WOODWARD and JÜTTE (Eds.), *Coping with Disease. Historical aspects of health care in a European perspective*. Sheffield: European Association for the History of Medicine and Health Publications, pp. 19-44.

29 LOPEZ PIÑERO M. y TERRADA FERRANDIS M. L. (1969), ‘El número y distribución de médicos en la España del siglo XIX’, *Medicina española*, 62, pp. 239-48; MARSET CAMPOS P. y SATURNO HERNÁNDEZ P. (1980), ‘Los sanitarios murcianos de 1750 a 1850. Evolución numérica, tipos profesionales y procedencia geográfica’, *Asclepio*, 32, pp. 255-71; SATURNO HERNÁNDEZ P. (1981), ‘Los médicos de la comarca de la Huerta de Murcia. Evolución de 1960 a 1974’, *Asclepio*, 33 23-80; ORTIZ GOMEZ, T. (1982), ‘El profesional médico en Andalucía. Evolución y distribución de los médicos en la provincia de Granada (1900-1981)’, *Dynamis*, 2, pp. 325-51; M. SÁEZ GÓMEZ J. et al. ‘Evolución numérica de los sani-

los siglos XVIII y XIX. Como apunta Rodríguez Ocaña, la prioridad se centró en las peculiaridades del mercado de trabajo y no en el pensamiento o las teorías médicas. Las cuestiones relacionadas con el poder y la profesión han sido abordadas a través del estudio de la Inquisición y principalmente el Protomedicato, una institución sin parangón en el ámbito europeo por lo que al control de la profesión médica se refiere.³⁰

Por su parte, J. Puigvert (2002) considera que las profesiones son campos poco explorados por la historia social y económica; por lo que respecta al ámbito político, científico y cultural, las profesiones liberales sí han sido objeto de estudio en las figuras de personajes eminentes. Como señala este autor, (2002: 175) hablar de profesiones sanitarias durante el siglo XIX significa hacer mención a las profesiones liberales y considera necesario ampliar la visión sobre la burguesía ochocentista cuyo estudio se ha centrado, básicamente, en la burguesía industrial, agraria, financiera y comercial.³¹ Como señala Puigvert, citando a A. Banti (1994: 24): “la identificació del burgès amb l’empresari ha acabat suggestionant durant molt de temps el treball dels estudis de les ciències socials”.³² El estudio de Villacorta Baños es una de las pocas obras españolas que ofrecen una perspectiva del conjunto del mundo profesional de finales del siglo XIX y las primeras décadas del XX aunque, como indica el título de la obra³³, se centra básicamente en la burocracia.

tarios inscritos en el Ayuntamiento de Murcia, 1700—1750’, en VALERA, EGEA, y BLÁZQUEZ (eds.), *Libro de Actas*, pp. 841-80; Ortiz Gómez T. (1987), *Médicos en la Andalucía del Siglo XX. Número, Distribución, Especialismo y Participación Profesional de la Mujer* (Granada, 1987); ROJO VEGA, A. (1994), ‘Los médicos Vallisoletanos del siglo XVII. Estatus y consideración social’, en *Historia y Medicina en España. Homenaje al Profesor Luis S. Granjel* (Valladolid, 1994), pp. 127-36; FERNÁNDEZ DOCTOR, A. (1997), ‘Médicos y cirujanos de Zaragoza en la edad moderna. Su número y estructura familiar’, *Dynamis*, 17 141-64; FERNÁNDEZ EROLES, A.L.; RIERA CLIMENT, J.; RIERA PALMERO, J. (2002), *Ejercicio profesional y Medicina española contemporánea (Notas y Estudios)*, Acta Histórico-Médica Vallisoletana, LX, Valladolid, Universidad de Valladolid; TEJEDOR MUÑOZ, J.M.; MORO AGUADO, J.; RIERA PALMERO, J. (1998), *El ejercicio médico en España. La demanda profesional en el ámbito rural decimonónico (1854-1863)*, Acta Histórico-Médica Vallisoletana, II, Valladolid, Universidad de Valladolid; LÓPEZ GÓMEZ, J.M. (1994), *Sociología de las profesiones sanitarias en Mérida (1700-1833)*, Barcelona, PPU.

³⁰ Respecto a este tribunal, vigente hasta 1822 puede consultarse el número especial de la revista *Dynamis* (1996).

³¹ Esta opinión puede contrastarse con la J. KOCKA (1990) respecto al estudio de las profesiones alemanas y la burguesía industrial.

³² Una ampliación sobre la burguesía, el sesgo historiográfico de este concepto y su repercusión en la historia de las profesiones se encuentra en BANTI, A.M. (1994).

³³ VILLACORTA BAÑOS, F. (1989), *Profesionales y burócratas. Estado y poder corporativo en la España del siglo XIX, 1890-1923*, Madrid, Siglo XXI.

Las principales aportaciones a la teoría de las profesiones desde los años 70 han puesto de manifiesto que gran parte de las actividades que realizan las profesiones descansan en actividades rutinarias (Abbott, 1988). La relación entre los profesionales y los clientes, lejos de ser simétrica, se estableció basaba en el poder y, por consiguiente, en la asimetría. Los profesionales, asimismo, se posicionaban como “creadores” de los problemas personales y de sus soluciones. A este respecto resulta de gran interés el estudio hecho por Abbott (1988) sobre la profesionalización de los problemas personales o el de I.K.Zola (1981) sobre la medicina y la medicalización. Corresponde a estas últimas corrientes el cambio respecto al proceso de profesionalización que se había concebido como un proceso evolutivo universal y que buena parte de los trabajos realizados en Francia y Alemania han rebatido. Los revisionistas y los posteriores teóricos de las profesiones han puesto de manifiesto la ahistoricidad de gran parte de los procesos profesionales descritos, especialmente la “naturalización” del proceso así como el sesgo angloamericano del concepto “profesión”. La importancia del conocimiento en las profesiones se tradujo en la relevancia de la educación y la formación de los profesionales. El estudio de las profesiones se ha extendido, desde los años 80, a otras disciplinas, especialmente la pedagogía (Sánchez y Sáez, 2003: 224) y las aportaciones de Foucault, Bourdieu así como la relectura de Durkheim o Parsons han propiciado nuevos enfoques sobre las profesiones como, por ejemplo, la “desprofesionalización”. Asimismo, desde la década de los 90 son varias las nuevas zonas geográficas que se han incorporado a esta corriente de estudios, destacando Italia y los Países Nórdicos.

Sánchez et al (2003) apuntan que la sociología de las profesiones española, como la francesa, llegaron tarde. Sin embargo, los sociólogos galos han desarrollado interesantes trabajos desde los años 80. Una de estas obras es la “ejemplar” (Sánchez y Sáez, 2003) *Sociologie des professions*, a la que ya se ha aludido. Este estudio es un ejemplo del peligro que supone hacer transferencias conceptuales de forma mecánica y reduccionista como es el caso del término “profesión”, que no existe en el ámbito francés o alemán. Dubar y Tripier concluyen, en la edición de 2010, con una serie de consideraciones acerca de la naturaleza de las profesiones que, hasta el momento, podría considerarse el resultado de las diferentes aportaciones. Estas aportaciones son, asi-

mismo, una estrategia para la investigación sobre este tema³⁴:

- No existe un modelo universal de lo que debe ser una profesión puesto que estas están inscritas a trayectorias históricas y representan formas de acción colectiva así como carreras individuales. Se reconoce la función que desempeñan en el mundo cultural, social y económico de los países o las comunidades.
- No existe una definición “objetivo-científica” de su significado. Cada corriente teórica ha utilizado un modelo contingente desarrollando puntos privilegiados sobre las profesiones. Esta diversidad constata la pluralidad metodológica a la hora de abordar el estudio sobre estas ocupaciones profesionalizadas. Esta pluralidad teórica y metodológica limita las comparaciones.
- No existe la profesión “separada”. Todas las profesiones están relacionadas con su sistema. “Chaque groupe professionnel connaît des problèmes de frontières para rapport a d’autres, de compétition aux frontières, des luttes de classement qui révèlent des politiques d’emploi autant que des actions collectives de leurs membres (Dubar y Tripier, 2010 : 270).
- No existe una profesión unificada, sino sectores profesionales más o menos identificables, organizados o competitivos.
- No existe la profesión “establecida”, sino procesos, estructuras y destrucciones profesionales al ritmo impuesto por la trayectoria histórica, las formas culturales y jurídicas, las configuraciones políticas y otras variables.
- No existe una profesión “objetiva”, sino relaciones dinámicas entre las instituciones u organizaciones de gestión, del trabajo, etc. Y trayectorias personales en el seno de las cuales se construyen o destruyen las identidades profesionales, tanto sociales como individuales.

En el caso español, el territorio de la sociología de las profesiones sigue siendo un terreno poco atractivo para los científicos sociales a pesar de las llamadas a la necesidad del desarrollo de una matriz disciplinar sobre esta materia (Sánchez et al. 2003). La presentación y exposición del estudio de las profesiones en España es la historia de las *carencias y necesidades* (Sánchez et al 2003: 183). Hasta el momento, la obra de estos

34 A partir de Sánchez et al. (2003) y Dubar et Tripier (2010).

estudiosos de la Universidad de Murcia es el único intento de plasmar la trayectoria de esta disciplina en el Estado. Metodológicamente, la obra de los sociólogos J. Martín-Moreno y Jesús de Miguel *Sociología de las profesiones en España*, publicada en 1982, establece una convención (Sánchez et al. 2003: 188) para el estudio de las profesiones.

Sánchez et al (2003) han propuesto una nueva “mirada epistemológica” a los trabajos sobre las profesiones hechos en España que Martín Moreno y De Miguel (1982) calificaron como “deleznable” para el avance del conocimiento por tratarse de estudios autoencomiásticos, descriptivos y sin base teórica hechos por los propios profesionales o instituciones mediante encuestas. Para Sánchez et al (2003), los estudios realizados desde la década de los 60 hasta 1982 pasan del lenguaje “esencializante y retórico” a otro más “objetivo” (p. 202) sobre médicos, enfermeras, ingenieros, etc. y “algunas aventuras arriesgadas promovieron trabajos en donde la profesión como objeto de estudio de la sociedad era una estrategia significativa para cuestionar la estructura social existente” (p. 206). Estos trabajos siguieron el funcionalismo, en una primera fase, y el interaccionismo, la teoría marxista y del conflicto social, posteriormente. A partir de los 80, se observan trabajos descriptivos con intención divulgativa y pocos de ellos con un aparato teórico que los respalde. Sánchez et al (2003) concluyen que es un ámbito de estudio poco atractivo para los sociólogos españoles, si bien con nombres relevantes que han hecho estudios muy rigurosos (Cf. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, monográfico de 1992).

1.3. Método

El estudio sobre la profesión médica en Mallorca durante la segunda mitad del siglo XIX se ha abordado como un estudio de caso con la intención de hacer su reconstrucción dentro de un marco espacio-temporal muy concreto: Mallorca durante la segunda mitad del siglo XIX. No obstante, el fenómeno de la profesionalización no puede circunscribirse únicamente a la isla puesto que los médicos mallorquines participaron, junto al resto de médicos españoles de un marco legal de ámbito estatal; de una formación académica adquirida en las universidades peninsulares (y algunos pocos en universidades francesas, especialmente Montpellier y/o París) donde en su periodo formativo compartían las mismas vivencias que el resto de médicos y estudiantes de

medicina españoles; de un entorno científico y profesional español y europeo más o menos común al del resto de los profesionales médicos. Por tanto, de manera paralela al estudio de caso he procurado aportar la visión más general sobre los aspectos tratados por lo que el camino recorrido ha sido, básicamente, de lo general a lo local siempre que las fuentes lo han hecho posible.

La mayor parte de la historiografía sobre la profesión médica en el siglo XIX español, realizada básicamente desde el área de la Historia de la Medicina, presenta la figura del médico y de la profesión como *algo “natural” y normal para los contemporáneos*, en términos de E.P. Thompson (1989: 85). A partir de estas referencias he formulado dos preguntas: de una parte cómo se fue construyendo la figura del médico; de la otra, qué vías utilizaron los médicos mallorquines para llevar a cabo su profesionalización; es decir, de qué manera cerraron el “mercado” o el campo a otros agentes de la salud en un contexto administrativo –el Estado– con un fuerte control sobre las profesiones y ante una sociedad que admitía diversas formas de enfrentarse al proceso de salud/enfermedad/atención.

La elección del ámbito cronológico de la tesis –de 1850 a 1904– responde a las propuestas de historiadores de la Medicina como Granjel (1972) y Rodríguez Ocaña (2008) quienes sugieren la importancia del periodo en la medicina que abarca de la nueva ordenación legislativa sanitaria que se inicia en 1847 (con algunos intentos durante el Trienio Liberal) a la Instrucción General de Sanidad de 1904. Se trata de un periodo en el que, según dichos autores, se asientan las bases de la medicina moderna española. Puesto que cualquier convención es arbitraria, la exposición y los materiales utilizados en la tesis abarcan un periodo algo más amplio con la finalidad de entender el proceso de profesionalización en un marco más amplio, al tiempo que intentar plantear explicaciones de la naturaleza del proceso no tanto en función del propio grupo como en relación al período y al lugar en el que se va desarrollando.

Por otra parte la elección del marco teórico es necesariamente ecléctica. Con el objeto de entender cómo se construyó esta “naturalidad”, la opción teórica elegida procede de los planteamientos de la Sociología de las Profesiones y sus conceptos básicos: profe-

sión y profesionalización que se expondrán de manera más extensa en otros capítulos de este trabajo. No obstante es obligado señalar que la tesis es deudora de gran parte del aparato teórico del sociólogo francés Pierre Bourdieu. Por mi formación académica, la “mirada” es antropológica puesto que entiendo este proceso –mayormente– como la creación de una identidad grupal en la que los aspectos rituales adquieren una gran relevancia.

La mayor parte de la información obtenida procede del análisis del contenido y del discurso de fuentes bibliográficas, que en este caso se consideran como fuentes primarias. De este modo, se ha pretendido hacer una aproximación al discurso explícito pero también al latente. A su vez, los géneros literarios utilizados (los discursos) se han contextualizado socialmente. En este sentido me he adherido a la propuesta de P. Bourdieu sobre los actos de institución y su significación (2001). Por su parte, Danet (1997) señala que una de las funciones más importantes del lenguaje en cualquier sociedad es su capacidad de proveerla de recetas que posibiliten nuevas relaciones sociales y la transformación del estatus de los individuos o los grupos. En las sociedades ágrafas las fórmulas verbales son parte consustancial de la mayoría de los rituales. En nuestras sociedades, por el contrario, la fórmula escrita es la que tiene más relevancia. Los discursos inaugurales u otros escritos médicos eran, en principio, discursos orales que posteriormente se imprimían si así se decidía³⁵. El discurso, sin embargo, debe entenderse en un contexto –la sesión inaugural o la investidura de doctor, por ejemplo– donde tanta importancia tenía el texto como el contexto en el que tenía lugar porque como señala Bourdieu:

“Todos los esfuerzos para hallar el principio de eficacia simbólica de las diferentes formas de argumentación, retórica y estilísticas de la lógica propiamente lingüística, están siempre condenadas al fracaso mientras no establezcan la relación entre las propiedades del discurso, las propiedades de quien las pronuncia y las propiedades de la institución que autoriza a pronunciarlo” (2001: 71).

35 Este es el caso de los discursos de la Real Academia de Medicina de Palma. Pero su no publicación también podía obedecer a otro tipo de censura, por ejemplo, no poder acompañarlos con una reseña de los trabajos realizados durante el año transcurrido acorde a lo que se esperaba de la institución. Este hecho se ha constatado en las actas de la Academia palmesana.

Por tanto, podemos entender las sesiones inaugurales de la academia u otras corporaciones y la lectura pública de los discursos como rituales seculares (Moore y Myerhoff, 1977 *apud* Danet, 1977: 14). M. Delgado ha definido “rito” como:

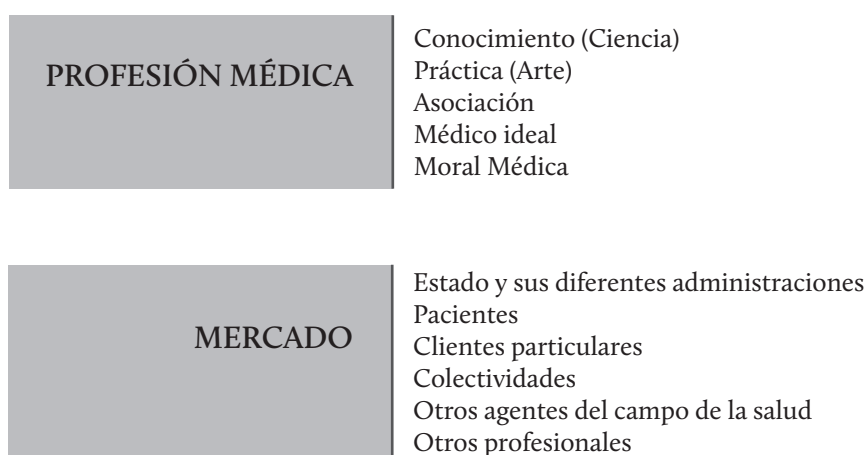
“Acto o secuencia de actos simbólicos, altamente pautados, repetidos en concordancia con ciertas circunstancias, en relación con las cuales tiene carácter obligatorio, y de cuya ejecución se derivan consecuencias que total o parcialmente, son también de orden simbólico” (en Aguirre Bazán, 1993: 538).

Pero como señalan Moore y Myerhoff, un acto ritual no solo refleja las relaciones existentes o modos de pensar de la sociedad, sino que contribuyen a su creación. Este hecho es particularmente notable en las ceremonias que, como señalan estos autores, se llevan a cabo precisamente para crear nuevas relaciones sociales o maneras de pensar. De este modo, los diferentes rituales de la profesión médica deben entenderse y aprehenderse como formas o vías de profesionalización. Sin embargo, la especificidad del discurso de autoridad profesional reside no solo en que dicho discurso sea *comprendido*, sino que sea *reconocido* como tal. Este reconocimiento solo se concede bajo ciertas circunstancias: debe ser pronunciado en una situación y por una persona legitimados para pronunciarlo, es decir, conocido y reconocido para pronunciar el discurso. Debe ser enunciado en formas litúrgicas, “es decir, conjunto de prescripciones que rigen la forma de la manifestación pública de autoridad –la etiqueta de las ceremonias, el código de gestos, la ordenación oficial de los ritos– “aunque estas son solo una de las condiciones, las más visibles. Las condiciones más importantes son aquellas que producen la disposición al reconocimiento “como desconocimiento y creencia, es decir, a la delegación de autoridad que confiere autoridad al discurso autorizado” (Bourdieu, 2001: 74). Así, la situación de presentación debe ser legítima de lo contrario el ritual no surte efecto; el agente no puede actuar en nombre propio sino como depositario de un mandato. Concluyendo, un acto de institución –un acto de *magia social*– “es un acto de comunicación, pero de tipo particular: *significa* a alguien su autoridad, pero a la vez en el sentido de que la expresa y la impone expresándola frente a todos (*kate-goresthai*, es decir, acusar públicamente) notificándole así con autoridad lo que él es y lo que tiene que ser” (Bourdieu, 2001: 81). O como señala M. Segalen (2011: 57-58), este concepto bourdieusiano ilustra la necesidad de una instancia de legitimación; el rito,

tanto si “instituye” como si “marca el paso” no puede ser autoadministrado, necesita una autoridad superior, como es la comunidad profesional en el caso que nos ocupa.

El análisis de discurso, como señala Fairclough (2001), no se basa en una técnica fija, sino que es un método para determinar las relaciones entre el texto y el contexto. En función de este tipo de aproximación, el análisis del corpus documental de esta investigación se ha realizado mediante el proceso emergente y circular característico de la metodología cualitativa. He realizado el análisis mediante la sistematización del contenido de los materiales en dos categorías principales y varias subcategorías que se recogen en el siguiente esquema.

Esquema 1. Principales categorías y subcategorías de análisis



La categoría “profesión médica” se corresponde a la percepción de los propios médicos sobre su profesión y los principales elementos configurativos; es decir, se pretende con ello conocer la construcción de la identidad profesional. En cuanto al término “mercado”, la aproximación es maximalista puesto que se ha aprehendido desde la óptica de P. Bourdieu, donde el capital en juego no es solo el económico, sino también el cultural y social.

Aunque la metodología cualitativa es la aproximación más relevante en esta tesis, el análisis de los datos provenientes de los expedientes académicos de los médicos titulados mallorquines y de los libros de colegiación se ha realizado mediante un análisis

estadístico³⁶. Para tal fin se ha construido una base de datos nominativa a partir de esos expedientes para el período 1864 y 1923. Cada registro incluye el nombre y apellidos del médico recién titulado junto a los correspondientes de padres y abuelos y sus respectivas dedicaciones profesionales. También se incluye la fecha de nacimiento y de titulación junto a la universidad donde se cursó la carrera. A su vez se ha recogido su naturaleza o lugar de residencia. La siguiente ilustración ofrece un ejemplo de algunos de los principales campos recogidos:

Ilustración 1. Ejemplo base de datos “Expedientes AGA”

expedients	FONT	NOM	LLOC N	DATA N	any lic	UNIVERSITA	NOM PARE	LLOC N0	PROFESSIO PARE	VEI DE0	LOC N1	NOM AVI P1
aga c15192 116	aguilo aguilo, j	son servera	25-may-87	1912 bcn 1912	aguilo forteza, st florenç	traficante	son servera	arta	cladera, jaime	juan, juan	vanrell, raimur	miquel, miguel
aga 328/38	cladera salom, palma	05-ago-57	1882 bcn 1882	clare, jaime	sa pobla	teniente coronel de infanteria	palma	palma	cladera, jaime	juan, juan	vanrell, raimur	miquel, miguel
aga c16005 180	juan juan, berr andratx	15-feb-97	1921 bcn 1921 (24a)	juan moragues andratx	secretario judicial	andratx	andratx	andratx	juan, juan	vanrell, raimur	miquel, miguel	
aga c16889 115	vanrell gomila, estallencs	28-ene-70	1901 bcn aprovat 19	vanrell arbos, i palma	secretari ajuntament	estallencs	solller	vanrell, raimur	miquel, miguel			
aga 16238 999	miquel rossell felanitx	28-may-90	1902 bcn 1902	miquel maimo felanitx	propietario	felanitx	felanitx	miquel, miguel				

expedients	VEI DE2	LLOC N3	NOM AVI M	VEI DE3	LLOC N4	PROF AVI M	VEI DE4	LLOC N5
sa pobla	sa pobla	salom, guillerr	sa pobla	santany			santany	santany
T	valldemossa	juan, jose juan T		andratx			T	andratx
	palma	gomila, gabrie		montuiri				solller
felanitx	felanitx	rossello, berni	felanitx	felanitx			felanitx	felanitx

Estas variables se han analizado descriptivamente para observar la frecuencia y distribución de las universidades donde se titularon los médicos procedentes de Mallorca y donde ejercieron una vez titulados. Información que ha sido armonizada a partir de los códigos municipales del Instituto Nacional de Estadística (1991). Asimismo, esta información ha sido cartografiada en mapas de coropletas y de símbolos proporcionales

Por lo que respecta a la información genealógica ocupacional se ha tratado a partir del HISCO dada su versatilidad/adaptabilidad para la clasificación en sectores productivos y su posterior capacidad para agruparlos en clases sociales³⁷. Este tratamiento ha permitido acercarnos al estudio de la movilidad social y/o a la transferencia generacional de la profesión a través de la construcción de tablas de contingencia. En la base de este tipo de análisis se halla la consideración sociológica de la creación de estirpes profesionales.

36 Quiero dejar constancia de mi agradecimiento a la Dra. Pujadas-Mora por su ayuda técnica en la parte cuantitativa de esta tesis.

37 VAN LEEUWEN, M.H.D.; MAAS, I.; MILES, A. (2002), *HISCO. Historical International Standard Classification of Occupations*; Leuven University Press, (2004) “Creating a Historical International Standard Classification of Occupations: An Exercise in Multinational, Interdisciplinary Cooperation”, *Historical Methods*, 37, pp. 186-197.

1.4. Las fuentes de la investigación

La intención y el objetivo de la tesis es analizar al proceso de profesionalización de la medicina balear entendido como un proceso de construcción identitaria. Como se puede observar en el modelo teórico propuesto para esta tesis (Diagrama 2), en este proceso concurren diversos agentes profesionalizadores. He prestado especial atención a la voz de sus protagonistas, los médicos, y a su punto de vista sobre este proceso. No obstante, también he procurado analizar –secundariamente– la agencia de los otros protagonistas, especialmente el Estado y los pacientes. En función de esta elección las fuentes primarias que guían esta investigación pueden dividirse en fuentes documentales y bibliográficas³⁸ en dos ámbitos distintos: Mallorca y la documentación generada, básicamente, en Barcelona y Madrid.

1.4.1. Las fuentes documentales

La base documental de esta investigación es, básicamente, la producción administrativa de las dos grandes corporaciones médicas mallorquinas: la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma (1831- actualidad) y el Colegio Médico-Farmacéutico (1882-1918), así como la generada por el Colegio Médico Oficial (1898-1918) todas ellas sin catalogar. Asimismo, con la finalidad de analizar el origen de los titulados médicos de las Islas Baleares, se ha construido una base de datos a partir de la información proporcionada por los expedientes académicos depositados en el Archivo General de la Administración (AGA).

La siguiente tabla muestra, de manera sintética, estas fuentes documentales y sus principales características.

³⁸ Sigo a AROSTEGUI, J. (2001) y a ALÍA MIRANDA, R (2001)

Tabla 2. Fuentes documentales de la investigación

FUENTES DOCUMENTALES	
INSTITUCIÓN	TIPO
Arxiu de la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears (ARAMIB)	Libros de actas. En las actas constan los debates y acuerdos de los miembros del órgano de gobierno. Su existencia obedece a un mandato reglamentario y su estructura está tipificada en estos, aunque puede observarse una cierta variación con el transcurso del tiempo y en función del secretario. Se conservan todos los años a excepción del periodo comprendido entre 1853-1855, ambos incluidos.
	Libros de Registro
	De socios numerarios Se consigna la fecha de admisión, cargos ostentados y los títulos de las memorias y discursos presentados ante la corporación. Obedece a un mandato reglamentario
Libros copiadores de informes	Existen dos tipos: por un lado, el libro que recoge las consultas formuladas por las autoridades y/o particulares; por otro, las respuestas de la Academia. Obedece al reglamento de 1876. Con anterioridad, estas consultas quedan recogidas en las actas, sin la profusión de detalles que proporciona el libro copiador.
Expedientes	
De intrusismo	Estos expedientes corresponden al periodo 1830-1847 cuando la Academia, mediante los subdelegados, tenía conferidas las competencias en materia de Policía de la Facultad. En ellos se recogen los oficios que la Academia y los subdelegados emitían y sus contestaciones, así como las alegaciones hechas, en algunas ocasiones, por las partes. Asimismo, en función del procedimiento, también incluyen la documentación remitida por la Audiencia. Son una excelente fuente de información para el estudio no solo del intrusismo profesional, sino también del no profesional y los itinerarios terapéuticos de la población mallorquina del siglo XIX.

De medicina legal Incluyen dos cuestiones bien diferenciadas: los pleitos por los honorarios de los médicos ante las denuncias interpuestas por los pacientes. Y, los requerimientos de la Audiencia en cuestiones de medicina forense (estos expedientes no se han utilizado en esta investigación).

Col·legi de Metges de les Illes Balears (COMIB) De esta institución se han analizado los libros de actas del Colegio Médico-Farmacéutico de Palma (1882-1918, embrión de la actual corporación) y del Colegio Médico Oficial (1898-1918). Las actas del Colegio Médico-Farmacéutico son, básicamente, de carácter técnico-científico. Por su parte, las generadas por el Colegio Médico Oficial responden a la problemática profesional de los facultativos baleares.

Archivo General de la Administración (AGA) La documentación consultada en el Archivo General de la Administración corresponde a los expedientes académicos de los Licenciados en Medicina y Cirugía originarios de Mallorca. Los expedientes contienen información académica, que no se ha recogido, e información personal de los titulados. Respecto a este tipo de información, se han vaciado las partidas de bautismo y los certificados de nacimiento de los expedientes que los aportaban. Es una información muy desigual puesto que no responde a un patrón.

Respecto a los expedientes custodiados en la Reial Acadèmia, conviene señalar algunos aspectos importantes que han limitado la investigación. Muchos de los expedientes sobre medicina legal no contienen la documentación remitida por la Audiencia u otros tribunales puesto que esta debía devolverse. No se ha podido hacer un seguimiento de dichos expedientes puesto que la documentación de la Audiencia se encuentra en la actualidad en el Arxiu Històric del Regne de Mallorca en proceso de catalogación.

En relación con los expedientes de intrusismo cabe señalar varias cuestiones. Por la misma cuestión aludida para los expedientes de medicina legal, no se ha podido hacer el seguimiento de los casos de los intrusos más “notorios” y que fueron denunciados en diversas ocasiones. El tema del intrusismo en Mallorca no ha podido desarrollarse en todo el periodo estudiado puesto que, hasta el momento, no ha sido posible localizar las actas de la Junta Provincial de Sanidad y la documentación generada por los subdelegados.

1.4.2. Las fuentes bibliográficas

Las fuentes bibliográficas son una base fundamental para el análisis de la identidad profesional. Las principales fuentes utilizadas son los discursos inaugurales de la Real Academia de Medicina de Palma, Academia Quirúrgica de Mallorca y del Colegio Médico-Farmacéutico. Puesto que el abordaje se hace de lo general a lo particular, también he analizado los discursos inaugurales de la Real Academia de Medicina de Barcelona y de Madrid. Asimismo, se han utilizado los discursos de doctorado de los años 50 a 80 del siglo diecinueve localizados en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense. A su vez, una fuente importante es la literatura médica en textos de diversa índole como por ejemplo la producción del médico catalán Félix Janer (1835; 1847; 1855) o del madrileño Eduardo Toledo (1897). Esta producción corresponde a una élite médica pero era la que imponía sus criterios al resto. Los documentos impresos de las corporaciones médicas como, por ejemplo, los reglamentos o estatutos que, hasta cierto punto, nos sitúan en lo que “debía ser” la corporación también han sido utilizados. A continuación se exponen los que forman la mayor parte del corpus documental.

Los discursos inaugurales

Este tipo de documento obedece a un mandato reglamentario. En el caso de la Real Academia de Medicina al artículo 1º del capítulo VI del Reglamento de 1830; y en el caso del Colegio Médico-Farmacéutico al artículo 29º de su reglamento de 1897. Sin embargo, los discursos de la Academia seguían un riguroso orden de antigüedad de los miembros, mientras que en el Colegio era su junta directiva la encargada de designar al discursante. Por lo que a los discursos mallorquines se refiere, los de ambas instituciones son estructuralmente parecidos puesto que siguen un patrón que los propios médicos confesaban que debía a una “inveterada costumbre”. Además, las dos corporaciones compartían la mayoría de sus miembros (ver anexos 2, 3 y 4).

Los discursos suelen contar siempre con una introducción en la que hay referencias a la corporación, a la elección del tema y a la disculpa por la escasa calidad de su contenido y forma. A continuación se desarrolla y termina con una serie de conclusiones. Una parte importante de estas sesiones inaugurales fueron las reseñas de los trabajos rea-

lizados por la corporación en el año trascurrido. Los discursos de la Academia solo se publicaban si así lo decidía, en votación secreta, su junta de gobierno. Los del Colegio de Médicos, normalmente, se valía de su revista científica para la publicación (*Revista Balear de Ciencias Médicas*).

Los discursos de doctorado de la Facultad de Medicina de Madrid

Durante la segunda mitad del siglo XIX y hasta 1956, la Universidad Complutense de Madrid (antes llamada Universidad Central) era la única que podía impartir el grado de doctor. Por esta razón, como recuerda Aurora Miguel Alonso (2008), la mayor parte de las tesis defendidas se encuentran³⁹ en la biblioteca de dicha universidad⁴⁰. La Universidad Complutense inició un proyecto para recoger dichas tesis y elaborar diferentes catálogos⁴¹.

El grado de doctor en la universidad de Antiguo Régimen era, según Miguel Alonso (2003), un acto multitudinario y costoso que se asemejaba a una fiesta. Con las posteriores reformas universitarias fue adquiriendo un valor más académico y científico. En 1853 se impone la censura previa del texto, por el rector o el catedrático de su confianza, y su posterior impresión. Aurora Miguel Alonso opina que la primera incursión del grado de doctor en el currículo académico obedecía a la presentación en sociedad de la recién inaugurada Universidad Central. El acto de investidura era un acto social de gran importancia y en el Reglamento de 1852 se prohibió que se ofrecieran refrescos u obsequios a los asistentes. Como señala la misma autora la mayoría de los doctorandos lo eran de las facultades de Medicina y Derecho, las carreras de mayor significación social (A. Miguel, 2003: 205). Conocemos el ritual del acto de investidura por los propios reglamentos⁴² y obedecía a la ceremonia que Bourdieu denomina “actos

39 También he podido localizar alguna en la Universidad de Barcelona, por ejemplo la de Julián Álvarez.

40 La mayoría de las consultadas para esta tesis ya se encuentran digitalizadas en google books. Puede accederse a ellas mediante el mismo buscador o bien a través del catálogo CISNE, de la Universidad Complutense de Madrid.

41 Sobre dicho proyecto y sobre la naturaleza del doctorado durante el siglo XIX pueden consultarse: MIGUEL ALONSO (2003) y (2008); MARTÍNEZ NEIRA, M. (2010). Hasta donde yo conozco, solo se han publicado los catálogos de las facultades de Derecho y de Farmacia.

42 Esta ceremonia puede consultarse en MARTÍNEZ NEIRA (2010) o en la tesis doctoral Gloria de CARRIZO (1963) sobre la Facultad de Medicina de Madrid.

constitutivos” o “rituales constitutivos” (anexo I).

Los discursos de doctorado consultados suelen ser documentos de entre 10 y 20 páginas en las que el alumno desarrolla un tema (parece que impuesto por sorteo) de un listado propuesto por su facultad. Desafortunadamente, no he podido conseguir ninguno de estos listados⁴³. Aunque no es el tema de esta tesis doctoral, el estudio de las censuras de dichos escritos aportaría mucha luz sobre la historia de la universidad española y de los estudios de medicina en particular, pero los documentos impresos no nos permiten este grado de indagación.

El siguiente esquema recoge la tipología documental que sirve de base a esta investigación. El listado completo se ofrece en el siguiente apartado.

Esquema 2. Tipología documental

ÁMBITO GENERAL	<p>Fuentes documentales:</p> <ul style="list-style-type: none">◦ Expedientes académicos (AGA) <p>Fuentes bibliográficas:</p> <ul style="list-style-type: none">◦ Discursos inaugurales academias de Barcelona y Madrid◦ Discursos de doctorado (Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid)◦ Textos varios
ÁMBITO LOCAL	<p>Fuentes documentales:</p> <ul style="list-style-type: none">◦ Libros de actas (ARAMIB, COMIB)◦ Libros de registro: de socios y copiator de informes dados y recibidos (ARAMIB)◦ Expedientes de intrusismo (ARAMIB)◦ Expedientes de Medicina legal (honorarios) (ARAMIB) <p>Fuentes bibliográficas:</p> <ul style="list-style-type: none">◦ Discursos inaugurales (Real Academia; Colegio Médico-Farmacéutico; Academia Quirúrgica Mallorquina, Sociedad Frenológica Mallorquina)◦ <i>Revista Balear de Ciencias Médicas</i>◦ Reglamentos, estatutos y otra documentación administrativa impresa de las corporaciones mallorquinas◦ Textos varios

ARAMIB: Arxiu de la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears

COMIB: Col·legi Oficial de Metges de les Illes Balears

AGA: Archivo General de la Administración

⁴³ En septiembre de 2010 no se había localizado ningún listado de la temas del doctorado de la Facultad de Medicina (comunicación personal de la Dra. Aurora Miguel Alonso).

1.5. Relación de las fuentes de la investigación

1.5.1. Las fuentes documentales

Expedientes de intrusismo y ejercicio profesional (ARAMIB)

- (1830). *Expediente de correspondencia con el regente de esta Audiencia a fin de que se sirva multar a Francisca Ribas por sus intrusiones en la Medicina. [Abarca expedientes entre 1830 y 1846].*
- (1840). *Expediente de correspondencia con el Sr. Juez de Primera Instancia de este partido sobre la cotización de la curación de la fractura de la pierna de D. J. Romero.*
- (1843). *Expediente contra J. Pujol por sus intrusiones en el arte de curar. Denunciado por R. Fiol, cirujano de 3ª clase.*
- (1843). *Expediente de la instancia contra el Sr. A. Nicolau, cirujano, por intrusiones cometidas en la medicina.*
- (1843). *Expediente promovido por D. Juan Carreras, vecino del pueblo de María, sobre solicitud para que se le libere certificación de haber sido examinado de sangrador en el antiguo Colegio de Cirugía de Mallorca.*
- (1844). *Expediente de intrusión cometida por J. Roig menor y J. Roig mayor, ambos vecinos de Porreras. Se contienen en este expediente las diligencias practicadas por reincidentes los citados Roig, después de impuestas las multas por intrusión.*
- (1844). *Expediente formado con motivo de un oficio del Sr. Juez de 1ª Instancia de este Partido que pide a esta corporación inspeccione el estado de los ojos de Mateo Cañellas, conductor del predio de Son Salas y dé su dictamen sobre los extremos que abraza dicho oficio.*
- (1844). *Expediente instruido a conveniencia de un oficio pasado al Sr. Juez de 1ª Instancia de este partido a la Academia para que esta informe si conceptúa que lo declarado por los facultativos B. Rosselló y A. Oliver están conformes con las reglas de la ciencia (sobre inhumación de cadáveres).*
- (1845). *Expediente de exposición a la Junta Suprema de Sanidad por Onofre Ferrer, médico-cirujano.*
- (1846). *Expediente instruido contra Felipe Roca por intruso de la ciencia de curar.*

- (1846). *Expediente de instancia dada por el Subdelegado de Medicina y Cirugía del partido de Ibiza contra D. Roque Planells, médico cirujano, de otro acompañado de una instrucción sumarial formada ante el Alcalde de aquel pueblo a solicitud del propio Planells.*
- (1846). *Expediente de intrusión contra Francisco Montero.*
- (1846). *Expediente de la Policía de la Facultad.*
- (1846). *Expediente contra Guillermo Aguiló Forteza, intruso.*
- (1847). *Expediente de intrusión cometida por Miguel Rosselló, albéitar, del pueblo de Establiments.*
- (1865) *Ejercicio profesional [contiene información sobre expedientes de Antonio Gelabert y Domingo Escafí tras la epidemia de cólera de 1865]*
- (1904). *Expediente sobre la cuestión surgida entre D. Juan Munar y el Juzgado Municipal de Binissalem sobre su nombramiento para practicar una autopsia judicial.*

Libros de actas de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca (ARAMIB)

- 1844 – 1852: *Libro de Actas d la Academia de Medicina y Cirugía, (2/1/1844 a 30/12/1852), 144 hojas.*
- 1856 – 1863: *Libro de Actas d la Academia de Medicina y Cirugía, (2/1/1856 a 31/12/1863), 150 hojas.*
- 1864 – 1871: *Libro de Actas d la Academia de Medicina y Cirugía, (2/1/1864 a 31/12/1871), 280 hojas.*
- 1872 – 1876: *Libro de Actas d la Academia de Medicina y Cirugía, (17/1/1872 a 31/12/1876), 300 hojas.*
- 1877 – 1888: *Libro de Actas d la Academia de Medicina y Cirugía, (15/1/1877 a 13/12/1888), 280 hojas.*
- 1889 – 1900: *Libro de Actas d la Academia de Medicina y Cirugía, (22/1/1889 a 31/12/1900), 300 hojas.*

Libros de registro de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca (ARAMIB)

- *Registro de socios numerarios y honorarios. A tenor de lo dispuesto en el artículo 25, nº 1 del nuevo reglamento. Desde 1831.*
- *Copiador de consultas llevadas por las Autoridades y particulares. A tenor de lo dispuesto en el nº 4, Art. 25 del reglamento (1878 – 1909).*
- *Copiador de informes. Dados por la Academia, a tenor de lo dispuesto por el art. 25 número 4 del reglamento (1878 – 1909).*

Libros de actas del Colegio Médico-Farmacéutico y Colegio Oficial de Médicos de las Baleares (COMIB)

- *Libro de Actas de las sesiones [del Colegio Médico-Farmacéutico], desde el 25 de febrero de 1882 a 12 de agosto de 1882.*
- *Libro de Actas de las sesiones del Colegio Médico-Farmacéutico. Empieza con la sesión literaria inaugural del 7 de octubre de 1882 al 2 de agosto de 1885.*
- *Libro de Actas de la Junta Directiva [del Colegio Médico-Farmacéutico] desde el 8 de agosto de 1886 al 15 de enero de 1909.*
- *Libro de Actas de las Juntas Generales [del Colegio Médico-Farmacéutico] desde el 31 de marzo de 1887 al 9 de agosto de 1887.*
- *Libro de Actas de las sesiones ordinarias y extraordinarias del Colegio Médico-Farmacéutico, desde el 14 de julio de 1887 al 29 de diciembre de 1909.*
- *Libro de Actas del Colegio Médico Oficial de Baleares, del 14 de octubre de 1899 al 26 de octubre de 1902.*
- *Libro de Actas de la Junta de Gobierno del Colegio Médico Oficial de Baleares, del 29 de septiembre de 1899 al 31 de enero de 1918.*
- *Libro de Actas del Laboratorio Químico Biológico del Colegio Médico-Farmacéutico de Palma (1896 – 1908).*

Archivo General de la Administración (AGA)

Signaturas de los expedientes de la base de datos "Expedientes AGA"

AGA 16356 1090-15	AGA 328/38	AGA 15409 1205-47	AGA c15740 1519-36
AGA 15539 1 319-1	AGA 16849 11472-10	AGA 31/15759 543-43	AGA c15540 1320-3
AGA (5) 1,19 15776 1566/31	AGA 16085 875/9	AGA 15232 50/27	AGA c16631 11311-35
AGA 15645 423/3	AGA 15955 755/1	AGA 16765 1495/58	AGA 16238 1000-21
AGA 16095	AGA 1665 11309-5	AGA 15675 1451-25	AGA 16692 1353/7
AGA 15472 1522-38	AGA 16635 11310-3	AGA 15752 1533-50	AGA 16571 11265-29
AGA 15817-615/19	AGA 16637 11311-33	AGA 15192 116-12	AGA 15743 1522-53
AGA 31/16935 1546/56	AGA 15409 1205-47	AGA 16635 11309-44	AGA 16238 999-57
AGA 15250 167-10	AGA 16692 1353/7	AGA 15409 1205-17	AGA 15192 116-9
AGA 15331 1139-22	AGA 16888 11504-45	AGA 1395/50 31/16757	AGA 15250
AGA 16849 11472-7	AGA 16095 883/61	AGA 15539 1319-18	AGA 16238 1000/15
AGA 16005 1802-12	AGA 5,1,1 5549 328-37	AGA 16935 1546-53	AGA 16005 1802-24
AGA 16095 883/56	AGA c15332 1139-26	AGA 15743 1522-56	AGA 15192
AGA 15986 1783-48	AGA 16356 1090-4	AGA 16637 11311-36	AGA 16095 883/52
AGA 31/15405 177/14	AGA 31/15405 1179/13	AGA 15752 1533-60	AGA c16635 11309-48
AGA 15331 1 139-18	AGA 31/16750 1395/27	AGA 15409 1205-18	AGA 15230 148-13
AGA (5) 1,19 15776 566/32	AGA (5) 1,19 15776 566/32	AGA 15986 1783-49	AGA 1395/58 31/16751
AGA 6005 1802	AGA 16356 1090-28	AGA 31/16750 1395/27	AGA 1688 11504-40
AGA 16845 11468-15	AGA ca 16919 11532/11	AGA 16935 1546/51	AGA 16888 11504-31bis
AGA c15250 167-15	AGA 15192 116-10	AGA 15986 1783-47	AGA 15674 1450-51
AGA 16765 1405/54	AGA 16637 11311-34	AGA 16579 11265-28	AGA 16692 11353-4
AGA c16888 11504-31	AGA 16253 11011-23	AGA 16918 11531/43	AGA 16692 1353/4
AGA c16889 11504-34	AGA 16005 1802-53	AGA 15742	AGA 16767 1407/13
AGA c15192	AGA 16635 11310-4	AGA c15331 1139-10	
AGA c15331 1139-14	AGA 16252 11011/22	AGA 5,1,1 15549 328-37	
AGA c15409 1205-52	AGA 15331 1139-5	AGA 15674 1450-50	
AGA c15752 1533-40	AGA 15331 1139-11	AGA 31/15405 201/40	
AGA c15680	AGA 15674 1450-53	AGA 16765 1045/65	

1.5.2. Las fuentes bibliográficas⁴⁴

Discursos inaugurales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca (con sus correspondientes reseñas de los trabajos realizados el año académico anterior)

- Darder y Enseñat, T. (1882), *Algunas consideraciones acerca de la luz y su influencia sobre la vida*, Palma, Palma, Imprenta de Juan Colomar y Salas.
- (1901), *Progresos de la Medicina Balear durante el último tercio del siglo XIX*, Palma de Mallorca, Tipografía de las hijas de Juan Colomar.
- Domenge y Rosselló, S. (1903), *Progreso de la Oftalmología*, Palma de Mallorca, Tipografía de las hijas de Juan Colomar.
- Escafi y Vidal, D. (1876), *La medicina es una ciencia positiva, es una ciencia cierta*, Palma, Imprenta de Pedro José Gelabert.

⁴⁴ He optado por hacer la referencia a partir del autor y título del discurso por resultar mucho más clarificadora e ilustrativa.

- Enseñat, J. (1872), *Importancia de la materia y el espíritu. Discurso inaugural leído en la sesión celebrada el 17 de enero de 1872* (manuscrito).
- Frontera Bauzá, A. (1877), *Algunas consideraciones sobre el diagnóstico*, Palma, Establecimiento Tipográfico de P.J. Gelabert.
- González, O. (1869), *Causas de la enfermedades morales y caracteres de estas en diferentes épocas, Discurso inaugural leído en la sesión celebrada el 2 de enero de 1862* (manuscrito).
- Martorell y Rubí, G. (1883), *Algunas consideraciones sobre la alimentación animal*, Palma, Imprenta de Juan Colomar y Salas.
- Munar y Bennasar, J. (1904), *El arbolado público bajo el punto de vista higiénico y ornamental*, Palma de Mallorca, Tipografía de las hijas de Juan Colomar.
- Obrador, J.A. (1881), *La Química en sus relaciones con la Medicina y la Farmacia*, Palma, Imprenta de Juan Colomar y Salas.
- Sancho y Más, F. (1907), *Notas vulgares de higiene local*, Palma de Mallorca, Tipografía de las hijas de Juan Colomar.
- Sorá, G. (1888), *Abusos e inconvenientes que han servido de rémora a los adelantos de la medicina práctica. Discurso inaugural leído en la sesión celebrada el 22 de enero de 1888* (manuscrito).
- Tous y Oliver, M. (1866), *El cólera morbo asiático es una enfermedad epidémica y contagiosa*, Palma, Imprenta de Pedro José Gelabert.
- Weyler y Laviña, F. (1868), *¿Cuáles son las causas de la frecuencia de la litiasis en la Isla de Mallorca y los medios de remediarla, impidiendo su desarrollo?*, Palma, Imprenta de José Gelabert.

Discursos inaugurales del Colegio Médico-Farmacéutico con las reseñas de los trabajos realizados en el año académico anterior.

- Álvarez Aleñar, J. (1897), *La Medicina Moderna en sus relaciones con la sociedad*, Palma de Mallorca, Tipografía de las hijas de Juan Colomar.
- Castañer y Viñeta, M. (1905), *Lucha social contra la tuberculosis*, Palma de Mallorca, Tipografía de las hijas de Juan Colomar.

- Fajarnés y Tur, E. (1895), *El progreso de la Historia de las Ciencias Médicas*, Palma de Mallorca, Establecimiento tipográfico de Juan Colomar y Salas.
- Jaume y Matas, P. (1903), *Higiene social*, Palma de Mallorca, Tipografía de las hijas de Juan Colomar.
- Mayol y Vidal, A. (1895), *Algunas consideraciones sobre el origen y vicisitudes de la Hidroterapia y la acción fisiológica y terapéutica de las duchas frías*, Palma de Mallorca, Tipografía de las hijas de Juan Colomar.
- Jaume y Matas, P. (1903), *Higiene social*, Palma de Mallorca, Tipografía de las hijas de Juan Colomar.
- Oliver y Mulet, G. (1902), *Digresiones sobre Higiene*, Palma de Mallorca, Tipografía de las hijas de Juan Colomar.
- Ribas y Sampol, R. (1898), *El Laboratorio Bio-Químico*, Palma de Mallorca, Tipografía de las hijas de Juan Colomar.
- Riera y Alemany, B. (1904), *Concepto higiénico-social de la protección de la infancia*, Palma de Mallorca, Tipografía de las hijas de Juan Colomar.

Discursos inaugurales de la Academia Quirúrgica Mallorquina

- Coll, A. (1863), *Sobre los adelantos hechos en la ciencia de curar*, Palma.
- Enseñat, J. (1852), *Discursos que se pronunciaron en la sesión pública del 8 de septiembre de 1852*, Palma, Imprenta de Pedro José Gelabert.
- Estadas, M. (1847), *Discurso que en la instalación de la Academia Quirúrgica Mallorquina dijo el socio de número D. Mateo Estadas*.
- Ferrer, O. (1850), *Importancia de las Academias*, Palma, Imprenta y Librería de D. Esteban Trías.
- Fiol, R. (1856), *Discursos que se pronunciaron en la sesión pública del día 8 de septiembre de 1856*, Palma, Imprenta Mallorquina.
- Rico, G. (1851), *Necesidad de una cirugía nacional*, Palma, Imprenta de Esteban Trías.

Reglamentos y Estatutos del Colegio Médico-Farmacéutico

- *Estatutos del Colegio Médico-Farmacéutico de Palma de Mallorca (1897)*.

- *Reglamento Interior del Colegio Médico-Farmacéutico de Palma de Mallorca, (1897).*
- *Reglamento de las Secciones del Colegio Médico-Farmacéutico de Palma de Mallorca, mayo 1897.*
- *Reglamento del Instituto Balear de Vacunación directa, noviembre 1888.*
- *Reglamento del Laboratorio Químico-Biológico, noviembre de 1896.*
- *Reglamento del Instituto Balear de Antropología, noviembre de 1896.*
- *Reglamento para la colegiación de profesores de ciencias médicas de Mallorca, 1898.*

Reglamentos y Estatutos de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca

- (1831), *Real Cédula de S.M. y Señores del Consejo, Por la que se manda observar el reglamento general para el régimen literario e interior de las Reales Academias de Medicina y Cirugía del Reino.*
- (1887), *Reglamento de la Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca, Palma, Imprenta de Bartolomé Rotger.*
- (1887), *Reglamento Interior de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca, Palma, Escuela Tipográfica Provincial.*

Publicaciones periódicas baleares

- *La Medicina Ecléctica.*
- *Revista Balears de Medicina, Farmacia y Veterinaria. Órgano del Colegio Médico-Farmacéutico (1885-1888).*
- *Revista Balear de Ciencias Médicas. Órgano del Colegio Médico-Farmacéutico (1888-1916).*

Publicaciones varias mallorquinas

- Álvarez Aleñar, J. (1899), *Cómo enfermamos*, Palma de Mallorca, Tipografía de las hijas de J. Colomar.
- (1902), *Las Islas Baleares (en especial Mallorca): estación climatológica del Mediterráneo en el año 1950: conferencia leída en el Colegio Médico-farmacéutico de Palma de Mallorca el día 17 de diciembre de 1901*, Palma de Mallorca, Tipografía de las hijas

de J. Colomar.

- (1903), *Solidaridad científica médico-odontológica y sus fundamentos*, Acta de la sesión inaugural celebrada por la sección odontológica del Colegio Médico-Farmacéutico de Palma el día 14 de enero de 1903, Palma de Mallorca, Tipografía de las hijas de Juan Colomar.
- Anel, L. (1851), *Memoria leída en la Academia Médico-Militar de las Islas Baleares al inaugurar las sesiones de dicho año*, Palma, Imprenta Balear a cargo de P.J. Umbert.
- Anónimo, (1871), *Recuerdo de sa febra marilla que reyná a Mallorca l'añ 1870*, Palma, Imprenta de Juan Colomar.
- Castellá, M. (1840), *Elogio fúnebre por el doctor en Medicina D. Francisco Oleo y Carrió*, Palma, Imprenta Nacional a cargo de J. Guasp.
- Colegio Provincial de Médicos de Baleares (1921), *Normas de Deontología Médica aprobadas en Junta general extraordinaria celebrada el 22 de junio, 2 y 6 de 1921*, Palma, Tipografía de las Hijas de J. Colomar.
- Jaume Matas, P. (1900), *Beneficencia pública. Conferencia dada en el Colegio Médico-Farmacéutico de Palma el día 25 de abril de 1900*, Tipografía de las Hijas de Juan Colomar.
- O-Rian, J. (1844), *Discurso que después de instituida la Sociedad Frenológica Mallorquina pronunzió ante ella su Presidente Don José O-Rian en Palma de Mallorca, el día 28 de marzo de 1844*, Palma, Imprenta Nacional a cargo de de D. Juan Guasp.
- Sampol Vidal, J. (1957), *Recuerdos de juventud de un médico viejo: momentos y figuras*, Palma.
- Sociedad Frenológica Mallorquina, (1845), *Sociedad Frenológica Mallorquina: memoria de los trabajos y adelantos de la misma durante el primer año de su instalación, redactada por uno de sus socios, leída y aprobada en sesión del día 3 de marzo de 1845*, Palma, Imprenta de Umbert.
- Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma (1889), *Tarifa aprobada por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca, para que sirva de regla en las consultas médico-legales y de norma en la designación de los honorarios facultativos*, Palma, Escuela Tipográfica Oficial.

- Weyler, F. (1852), *Memoria leída en la Academia Médico-Militar de las Islas Baleares en la sesión pública de 6 de febrero de 1852*, Palma, Imprenta de Pedro José Gelabert.
- (1854), *Topografía físico médica de las islas Baleares y en particular de la de Mallorca*, Palma, Imprenta de Pedro José Gelabert.

Discursos de doctorado leídos en la Facultad de Medicina de la Universidad Central

- Atienza y Baltueña, R. (1850), [*Discurso sobre la influencia que la Filosofía ha ejercido en la Medicina*]: *Discurso leído en la Universidad Central en el acto solemne de recibir la investidura de Doctor en la Facultad de Medicina por el licenciado D.*, Madrid, Imprenta del Colegio de Sordo-Mudos.
- Arroyo de la Hera, A. (1866), *De los deberes que el médico tiene contraídos con la Humanidad*, Madrid, Imprenta de Antonio Peñuelas.
- Benavente, M. (1857), *El escepticismo médico*, Madrid, Imprenta del Colegio de Sordo-Mudos y Ciegos.
- Bernad y Tabuenca, J.A. (1857), *Bosquejo de la Historia de la Medicina en sus relaciones con la Filosofía*, Madrid, Imprenta del Colegio de Sordo-Mudos.
- Calleja y Sánchez, J. (1860), *Manifestar las relaciones y puntos de contacto de la Medicina con las demás ciencias, señalándose el verdadero objeto, extensión (sic) y origen de la misma*, Madrid, Imprenta de D.F. Sánchez.
- Cerain, C. (1855), *Discurso sobre la acusación que se hace a los médicos de ser materialistas*, Madrid, Imprenta a cargo de J. Compañel.
- Cervera y Royo, R. (1856), *Origen, evolución y estado de la Medicina*, Madrid, Imprenta y Litografía de Diego Peñuelas.
- Cesta y Leceta, M. (1869), *Del secreto médico*, Madrid, Imprenta Médica de la Viuda e Hijos de M. Álvarez.
- Chesid y Añeses, R. (1860), *De los deberes que el médico tiene contraídos con la Humanidad*, Madrid, Imprenta de D.F. Sánchez.
- Cordón Pérez, J. (1867), *¿La Medicina ocupa con razón, desde los tiempos antiguos, un lugar distinguido entre las Ciencias?*, Alejandro Gómez Fuentenegro, Impresor de la Academia de Arqueología y Geografía del Príncipe Alonso.
- De Rivas y Moreneti, V. (1867), *De la experiencia en Medicina*, Madrid, Imprenta de

Rojas y Compañía.

- Fernández de Haro, J. (1865), *¿La Medicina ocupa con razón, desde los tiempos antiguos, un lugar distinguido entre las Ciencias?*, Madrid, Imprenta de Rivas y Vercher.
- Fernández Luanco, C. (1867), *De la experiencia en Medicina*, Madrid, Imprenta de R. Labajos.
- García Caballero, F. (1868), *De la experiencia en Medicina*, Madrid, Imprenta de Manuel Minuesa.
- Gómez Sunico, R.A. (1854), *Importancia y necesidad del estudio de la Historia de la Medicina*, Madrid, Imprenta del Seminario Pintoresco y de la Ilustración.
- González Velasco, P. (1854), *Importancia y grandeza de la Medicina como primera necesidad de las naciones, verdad de esta ciencia basada en la anatomía*, Madrid, Imprenta de D. Andrés Peña.
- Letamendi y de Manjarres, J. (1857), *¿Es cierto que la Medicina no progresa?*, Madrid, Imprenta de Julián Peña.
- López y López, G. (1866), *De la experiencia en Medicina*, Madrid, Imprenta de Antonio Peñuelas.
- Lozoain y Altuna, E. (1857), *¿Es conveniente, es necesario y urgente en el estado actual de la Medicina, establecer una unidad de doctrina?*, Madrid, Establecimiento Tipográfico de A. Vicente.
- Malo y Calvo, J.A. (1851), *De la conducta moral, política y religiosa del médico*, Madrid, Imprenta de Don Mariano Delgras.
- Montero y Ríos, J. (1862), *De los deberes que el médico tiene contraídos con la Humanidad*, Madrid, Imprenta de la Revista de Legislación.
- Muñiz Blanco, A. (1878), *Grandeza de la Medicina considerada como Ciencia y como Arte*, Valladolid, Imprenta de Garrido.
- Muñoz Caravaca, J. (1857), *Importancia del estudio de la ocasión u oportunidad en Medicina*, San Bernardino, Oficina Tipográfica de los Asilos del mismo.
- Ortego y Navas, F. (1855), *Certidumbre de la Medicina*, Madrid, Imprenta de Manuel Álvarez.
- Pardo Larrondo, P. (1865), *La Medicina ocupa con razón, desde los tiempos antiguos, un lugar distinguido entre las Ciencias*, Madrid, Imprenta de José de Ducazcal.

- Pérez y Terán, M. (1856), *Necesidad e importancia de la Medicina*, Madrid, Imprenta de D.F. Sánchez.
- Pizarro Pérez, R. (1858), *Demostración de la verdad en Medicina y de la certidumbre que puede adquirir en las cuestiones médicas*, Madrid, Imprenta de D. Alejandro Gómez Fuentenebro.
- Pusalgas y Guerris, I.M. (1857), *Discurso sobre la Religión (sic), la Moral y la Higiene como inseparables hermanas, que de consuno procuran la felicidad del hombre, conservándole la salud y prolongándole la vida*, Madrid, Imprenta de D.F. Sánchez.
- Rodríguez Benavides, J.B. (1867), *La Medicina ocupa con razón, desde los tiempos antiguos, un lugar distinguido entre las Ciencias*, Imprenta de Rojas y Compañía.
- Romero Gilsanz, J. (1865), *La Medicina ocupa con razón, desde los tiempos antiguos, un lugar distinguido entre las Ciencias*, Madrid, Imprenta de Manuel de Rojas.
- Sánchez Salgues, I. (1854), *De la abnegación del médico*, Madrid, Imprenta de Manuel Álvarez
- Terroba y Barrena, M. (1854), *De la moralidad en la práctica de la Medicina*, Madrid, Establecimiento Tipográfico de D.H. Martínez.
- Vaca y Mesa, D. (1853), *De algunos de los deberes del médico en sus relaciones profesionales con la mujer*, Madrid, Imprenta de Julián Peña.
- Varela Montes y Recaman, J. (1858), *Juramento de Hipócrates*, Madrid, Imprenta y Fundición de Eusebio Aguado.

Textos varios

- Casado Negro, A. (1851), *El secreto en medicina ó deberes del médico en sociedad con abstracción de los de ciudadano y perito*, Valladolid, Imprenta y Litografía de D. Julián Pastor.
- Del Busto y López, A. (1853), *Discurso sobre el sacerdocio médico considerado en su estudio y ejercicio*, Madrid, Imprenta del Aguado.
- Fatjó, S. (1899), *El médico ante la sociedad y ante el gobierno. Deberes y derechos del médico. Acta de la sesión inaugural de las labores académicas del curso 1898-1899, [Cuerpo de interinos de medicina del Hospital de la Santa Cruz]*, Barcelona, Establecimiento Tipográfico la Hormiga de Oro.

- Janer, F. (1835), *Preliminares clínicos o introducción a la práctica de la medicina*, Barcelona, Imprenta de F. Garriga.
- (1847), *Tratado elemental completo de Moral Médica o exposición de las obligaciones del médico y del cirujano en que se establecen las reglas de su conducta moral y política en el ejercicio de su profesión*, Madrid, Librería de los Sres. Viuda e Hijos de Calleja.
- (1855), *Del buen gusto en Medicina y de los medios para adquirirlo y perfeccionarlo* (2ª edición), Madrid, Imprenta de los Sres. Matutte y Compagni.
- Malo de Poveda, B. (1905), *El intrusismo en medicina. Sus causas principales y medios más indicados para combatirlo*, Madrid, Imprenta y Librería de Nicolás Moya.
- Mata y Fontanet, P. (1844), *Importancia de la Medicina Legal y necesidad de su estudio. Discurso inaugural leído en la Facultad de Ciencias Médicas de Madrid el día 2 de octubre de 1844*, Madrid, Establecimiento Artístico-Literario de Manini y Compañía.
- (1848), *El secreto en Medicina, Oración inaugural pronunciada en la solemne apertura del curso académico de 1848 a 1849 de la Universidad Literaria de Madrid el día 1º de octubre de 1848*, Madrid, Imprenta de José María Ducazcal.
- Moreno Nieto, J. (1969), *Influencia de la mujer en la sociedad*, Madrid, Imprenta y Estereotipia de M. Rivadeneyra.
- Moret y Prendergast, S. (1969), *Influencia de la madre en la vocación y profesión de los hijos*, Madrid, Imprenta y Estereotipia de M. Rivadeneyra.
- Nieto Serrano, M. (1840), *Memoria acerca de la necesidad y utilidad de una asociación general de profesores de las Ciencias Médicas*, Madrid, Imprenta de Yenes.
- Pi y Margall, F. (1969), *La misión de la mujer en la sociedad*, Madrid, Imprenta y Estereotipia de M. Rivadeneyra.
- Simon, M. (1852), *Deontología Médica. Treinta lecciones sobre los deberes de los médicos*, Madrid, Imprenta del Boletín Oficial del Ejército.
- Toledo y Toledo, E. (1897), *Sociología Médica. Breve estudio de la Moral profesional*, Madrid, Librería Editorial de Bailly-Bailliere e Hijos.
- Vega-Rey, L. (1885), *El médico y la sociedad (Estudio crítico)*, Madrid, Imprenta de Enrique Teodoro.

- Lucas Antonio Palacio (1839) en *Secretos raros de artes y oficios: obra útil a toda clase de personas*.

Discursos inaugurales academias de Barcelona y Madrid

- Bertrán Rubio, E. (1877), *El médico contemporáneo (bosquejo). Discurso inaugural. Sesión pública inaugural de la Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, 27 de enero de 1877*, Barcelona, Imprenta de Jaime Jepsus.
- Bofill y Noñell, S. (1882), *Principales escollos de la práctica médica y medios de salvarlos. Discurso inaugural de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona*, Barcelona, Imprenta de Jaime Jepsus.
- Calvo y Martín, C. (1861), *De la justísima consideración y respeto que debe la sociedad a la medicina, Discurso pronunciado en la solemne apertura de las sesiones del año 1861 en la Real Academia de Medicina de Madrid*.
- Campaner, J.R. (1861), *La misión del médico en el día. Discurso pronunciado en la solemne apertura de las sesiones del año 1861 en la Real Academia de Medicina de Barcelona*, Barcelona, Imprenta y Librería Politécnica de Tomás Gorchs.
- Cervera Royo, R. (1882), *Del charlatanismo*, Madrid, Imprenta de José de Rojas.
- Del Busto, A. (1884), *Rémoras que dificultan en España el progreso de la Medicina. Discurso pronunciado en la Academia Médico-Quirúrgica Española en la sesión inaugural del año académico 1884-1885*, Madrid, Establecimiento Tipográfico de Enrique Teodoro.
- Drumén, J. (1860), *El genio en medicina, Discurso pronunciado en la solemne apertura de las sesiones del año 1860 en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Madrid*.
- Nieto Serrano, M. (1853), *Relaciones de las Academias con la ciencia a que corresponden, de sus funciones en la administración pública, y del influjo de la medicina en la ciencia del gobierno. Discurso pronunciado en la solemne apertura de las sesiones del año 1853 en la Real Academia de Medicina de Madrid*, Madrid, Imprenta de José de Rojas.
- Oriol Navarra, J. (1855), *Sobre los perjuicios del charlatanismo en Medicina, mayormente en tiempos de epidemia*, Academia Médico-Práctica de Barcelona, Barcelona, Imprenta y Librería Politécnica de Tomás Gorchs.

- Santero y Moresno, T. (1863), *Sobre la Experiencia en Medicina, Discurso pronunciado en la solemne apertura de las sesiones del año 1863 en la Real Academia de Medicina de Madrid*, Madrid, Imprenta de José de Rojas.
- Santucho, J.M. (1866), *Las relaciones entre la Medicina y los sistemas en Filosofía, Discurso pronunciado en la solemne apertura de las sesiones del año 1866 en la Real Academia de Medicina de Madrid*, Madrid, Imprenta de José de Rojas.
- Ustáriz y Escribano, J. (1883), *Carácter, cualidades y deberes profesionales del médico, Discurso pronunciado en la Academia Médico-Quirúrgica Española en la sesión inaugural del año académico 1883-1884*, Madrid, Establecimiento Tipográfico de Enrique Teodoro.
- Vilanova, J. (1877), *De la enseñanza de la Medicina. Discurso pronunciado en la solemne apertura de las sesiones del año 1877 en la Real Academia de Medicina de Madrid*, Imprenta de José de Rojas.

1.6. El modelo teórico de la profesionalización de la medicina en la Mallorca del siglo XIX y su “caja de herramientas”

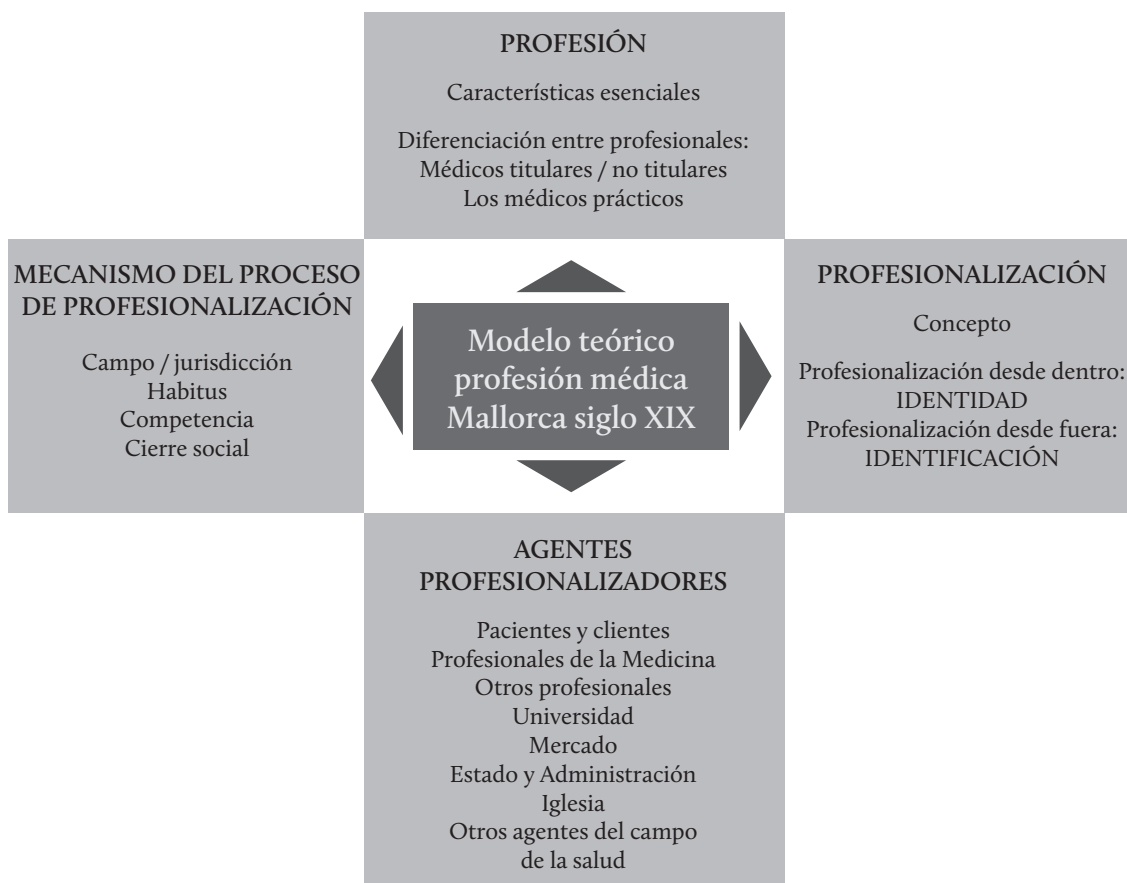
Como se ha avanzado en los apartados anteriores, una de las principales dificultades de la teoría de las profesiones, desde cualquier disciplina que quiera aproximarse a este fenómeno, es consensuar una definición para el término “profesión”. Freidson (1983 y 1994) era consciente de la imposibilidad de llegar a una definición ampliamente aceptada y de valor analítico por el carácter histórico y concreto del concepto. Sin embargo, era de la opinión que al aproximarse a este fenómeno los estudiosos de las profesiones debían dejar claro a sus lectores qué entienden por “profesión” y por “profesionalización”.

El objetivo de este apartado es presentar el modelo teórico propuesto para el estudio de la profesión médica en Mallorca durante el siglo XIX y “su caja de herramientas”; es decir, los conceptos que lo configuran y los mecanismos que permiten que este modelo teórico pueda aprehenderse como un proceso enmarcado en un momento determinado y en una situación que presenta peculiaridades específicas, como es la ausencia de instituciones académicas para la formación de los profesionales. Los conceptos “profesión” y “profesionalización” ya se han avanzado a lo largo del marco teórico; por

lo tanto, en este apartado solo se mencionarán las cuestiones relacionadas con esta investigación.

El siguiente mapa conceptual muestra gráficamente este modelo; las próximas páginas, su explicación.

Esquema 3. Mapa conceptual del modelo teórico para el estudio de la profesión médica en Mallorca (s. XIX)



1.6.1. La profesión

El objetivo de este estudio no es propiamente el de establecer una definición del término "profesión". Sin embargo, y siguiendo a Freidson (1983 y 1994) sí estimo necesario exponer qué definiciones recogen la idea de "profesión" que guía esta tesis doctoral. Estas ideas quedan recogidas en tres aportaciones: la clásica de T. Parsons, con una reformulación hecha por Gross (1964); la que recoge las aportaciones de los historiadores de la Europa continental; y, finalmente, la que proviene de la sociología francesa que incluye, aunque sea de manera implícita, las bases teóricas de P. Bourdieu.

Uno de los intentos por establecer una definición normalizada de “profesión liberal” fue dado por Talcott Parsons en 1968 para la *Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales*, traducida al español en una edición de 1976. Parsons pone de relieve la importancia de estos grupos en la sociedad del siglo XX, grupos que se afianzaron a finales del siglo XIX y que define por criterios de exclusión.

“Quienes ejercen una profesión liberal no son “ni capitalistas”, “ni trabajadores”, ni tipifican tampoco a los administradores gubernamentales o “burócratas”. No son ciertamente propietarios rurales independientes, ni miembros de los pequeños grupos de propietarios urbanos” (Tomo 8 P. 538).

Talcott Parsons, como la mayoría de los sociólogos funcionalistas o interaccionistas, establece una serie de criterios distintivos a partir de los cuales es posible decidir qué ocupación accede al rango de profesión. Parsons, en su definición establece los siguientes: formación técnica reglada, acompañada de procedimientos institucionalizados de adecuación y competencia de las personas formadas. La formación debe conducir a la adquisición de un dominio de una tradición cultural generalizadora preeminentemente *intelectual* (cursiva en el original) que “[dé] primacía a la evaluación de la racionalidad cognoscitiva aplicada a un campo determinado” (p. 538). Esta tradición no solo debe ser comprendida sino que es preciso adquirir la habilidad de utilizarla. Finalmente, las profesiones debidamente acreditadas deben contar con el apoyo institucional que garantice que la competencia adquirida se dedicará a actividades socialmente responsables. Para Parsons, las profesiones liberales están organizadas en torno al elemento cultural denominado *disciplinas intelectuales*, centradas básicamente en las universidades y los centros de investigación. Como se puede apreciar, muchas profesiones u ocupaciones quedarían fuera de esta categoría.

La definición dada por Gross es la que mejor sintetiza parte de la aproximación que en esta tesis se aplica al término profesión:

“[p]ersonas que poseen un amplio conocimiento teórico aplicable a la solución de problemas vitales, *recurrentes pero no estandarizables* y que se sienten en la obligación de realizar su trabajo al máximo de sus competencias, al mismo tiempo que se sienten identificados con los demás profesionales del ramo” (1964:69, citado en González Anleo, 1994: 25) (énfasis añadido).

Burrage et al. (1990), sin embargo, sostienen que en la actualidad los sociólogos y los historiadores tienden a eliminar el conocimiento, los códigos éticos o el servicio a la comunidad como parte esencial de la definición. Esto, a su vez, provoca ciertos problemas puesto que estos atributos son los que suelen reconocerse por el Estado o por la sociedad en general. Una definición que atendiera a estos nuevos criterios podría ser la proporcionada por Collins (1987) “*professions are socially idealized occupations organized as closed occupational communities*” (Burrage et al, 1990: 205). Como se ha visto en los apartados anteriores, el problema del anglocentrismo del concepto “profesión” supuso una barrera para su aplicación fuera del ámbito primigenio de la Sociología de las Profesiones. La definición de Gross aporta dos puntos de interés: por un lado, la exigencia de una amplia base científica y el esfuerzo que requiere su adquisición. Por el otro, la referencia a la característica de actividades no-estandarizables es decir, que los casos son únicos y distingue su actividad de las ocupaciones que realizan trabajos repetitivos o rutinarios. Esta precisión es relevante en la actualidad y es una recurrencia en la Medicina del XIX; la profesión médica, como apuntan Freidson (1978) y Rodríguez (1981), no solo deciden sobre sus actividades, sino también sobre las del resto de las profesiones sanitarias. La transferencia hacia otras profesiones sanitarias de aquellas actividades que alcanzan un grado de rutinización es un proceso claramente visible en el siglo XIX respecto a, por ejemplo, la profesión de practicante. Otra característica de la profesión es el alto grado del control de la conducta de sus miembros mediante un código ético interiorizado a través de una fuerte socialización o enculturación profesional y las asociaciones o colegios profesionales, controlados por los propios profesionales (González Anleo, 1994: 28).

Las dos siguientes definiciones proceden de la historiografía europea continental y completarán este apartado. La primera procede de la historiografía alemana –más concretamente de la corriente denominada *nueva historia social*– representada por Conze, Werner y Kocka (1985). Se trata de propuestas que han procurado aunar la tradición anglosajona con las peculiaridades de la Europa continental:

“Profession means a largely non-manual , full time occupation whose practice presupposes specialized, systematic and scholarly training ... Access depends upon passing certain examinations which entitle to titles and diplomas, thereby

sanctioning its role in the division of labour ... [Professions) tend to demand a monopoly of services as well as freedom from control by others such as laymen, the state, etc. ... Based upon competence, professional ethics and the special importance of their work for society and common weal, the profession claim specific material rewards and higher social prestige”.

La segunda de la tradición francesa que recoge la importancia de la retribución. Dubar y Tripier entienden que las profesiones representan formas históricas de organización social, de categorización de las actividades laborales inseparables del Estado:

« Les professions sont, enfin, des formes historiques de coalitions d’acteurs qui défendent leurs intérêts en essayant d’assurer et de maintenir une fermeture de leur marché du travail, un monopole pour leurs activités, une clientèle assurés pour leur service, un emploi stable et une rémunération élevée, une reconnaissance de leur expertise. Cet enjeu économique pose la question de la compatibilité entre professions et marché, au-delà, celle de l’avenir des professions dans une économie de marché de plus en plus rationalisée et mondialisée ». (2010: 7).

La profesión es una vocación (*calling, Beruf*). Respecto a esta característica, son interesantes los matices que hace González Anleo (1994: 27) al respecto puesto que ayudan al análisis de la profesión médica en el siglo XIX. Este autor no entiende la vocación como una llamada superior o religiosa; la vocación hace referencia a una entrega de por vida a la ocupación profesional; a la identificación con las pautas ideales de su profesión; a la hermandad con los demás profesionales de su ramo. Desaparece en ella la dicotomía *tiempo laboral – tiempo de ocio* “dedicando a su profesión y al enriquecimiento de sus conocimientos y técnicas profesionales buena parte de su tiempo libre; y no abandonando jamás su profesión, so pena de enfrentarse con el estigma de traidor o de fracasado” (1994: 27)⁴⁵.

Los profesionales reclaman autonomía, tanto para ellos como para el cuerpo al que pertenecen, y únicamente sus pares pueden ser jueces de sus errores. A su vez, los profesionales piden autonomía para decidir sobre materias de admisión y suspensión de la profesión, su educación y juzgar la eticidad. La contrapartida a esta autonomía es

45 Sobre la eticidad profesional, Vid. DÍEZ (2006), ARBOLEYA (1998).

la responsabilidad personal del profesional sobre sus juicios, actos y técnicas profesionales.

Es muy destacable la organización de cada profesión, creada y autogobernada por ellos mismos con la misión de establecer los criterios de admisión/exclusión, impulsar un alto nivel de competencia y elevar el estatus social y económico de sus miembros. La solidaridad intragrupal puede desembocar en la formación de un *ethos* propio con simbología especial, ritos de paso e ideología particular; es decir, un sistema de creencias que da sentido a las experiencias profesionales y que en algunas ocasiones se utiliza para justificar al grupo en situaciones de conflicto con otros agentes sociales ajenos a su profesión. Sus componentes son: argot especial, normas y pautas de realización, sistema para clasificar y manipular los problemas y casos repetitivos, los clientes y mantenerlos a distancia (González Anleo, 1994).

1.6.2. El proceso de profesionalización

El concepto profesionalización es una de las herramientas teóricas más potentes de la Sociología de las Profesiones y viene a suplir la falta de consenso en el concepto “profesión”. Los sociólogos funcionalistas entendieron este proceso como una serie de etapas necesarias pasar hasta adquirir el estatus de profesión. Uno de sus máximos impulsores fue Wilensky (1964), que describió las etapas de la profesionalización basándose en el modelo norteamericano lo que, con el tiempo, se mostró como un concepto inoperativo por su ahistoricidad. El siguiente cuadro recoge las dos propuestas más relevantes de la “profesionalización” y sus etapas:

Tabla 3 El proceso (clásico) de profesionalización y sus etapas

Wilensky (1964)	Caplow (1954)
Formación escolar	Asociación profesional (exclusión)
Formación universitaria	Cambio de nombre con el objeto de dejar atrás su pasado, obtener un monopolio y adjudicarse una etiqueta capaz de restricción legislativa.
Asociaciones locales	Creación de un código ético.
Asociación nacional	Búsqueda monopolio y leyes penalizadoras del intrusismo. Formación universitaria
Licencia estatal para ejercer	
Creación de un código ético	

Fuente: elaboración propia

Esta historia natural no excluye otras posibilidades. Elliot (1975) opina que algunas profesiones pueden seguir un camino análogo a lo que Max Weber denominó rutinización del carisma, mediante el cual un dirigente carismático es sucedido por una organización en la que su autoridad y funciones se dividen y se hacen rutinarias.

Sin embargo conviene exponer las limitaciones de este concepto funcionalista: en primer lugar, como se ha comentado, su ahistoricidad y el sesgo que supone que se fundamenta en las profesiones norteamericanas. Un proceso con unas etapas “necesarias” conduce, irremediabilmente, a la unidireccionalidad e incluso a un sentido teleológico de la profesión. El proceso de profesionalización clásico presupone que las profesiones son agrupaciones muy homogéneas cuando en realidad sus miembros tienen diferentes procedencias sociales, diferencias étnicas (muy claras en el caso norteamericano) o religiosas. Asimismo, este concepto obvia las relaciones interprofesionales en el proceso, como demostró Abbott (1988).

Siegrist (1990: 177) afirma que “professionalization signifies a process whereby an activity or occupation becomes a “profession”. Este autor considera que desde la sociología de las organizaciones la profesionalización

“refers to the development of a specific type of collective consciousness and organization and to a collective representations of interest and approval of strategies. It is the professional organization itself which defines the scope of professional practice, determines norms and values for its members, and strives for general recognition of its fundamental concepts from other social and political groups” (p. 177)⁴⁶.

Por su parte, Gispen (1988: 554) aporta la significación dada por Hans-Jürgen Daheim que entiende la profesionalización como la penetración gradual en todas las esferas de la vida de las técnicas y métodos del conocimiento científico racional. De manera mecánica y con sus correspondientes riesgos, la profesionalización de la medicina podría asimilarse a la medicalización⁴⁷ aunque posiblemente es más correcto decir que se trata de un proceso coadyuvante.

46 SIEGRIST (1990) alude a otras definiciones ya expuestas a lo largo de los apartados anteriores.

47 Vid. K. ZOLA (1981 [1977]) “El culto a la salud y la medicina inhabilitante” sobre esta cuestión.

Así, una acepción del término, posiblemente la más adecuada para esta investigación, vendría a suponer un proceso de creación identitaria, no unidireccional ni teleológico, sino entendido como un *continuum*.⁴⁸ Como se verá a lo largo del relato, el proceso de profesionalización tuvo (y sigue teniendo) como finalidad construir una identidad grupal a partir de una base social diversa. No olvidemos que una profesión, especialmente en la actualidad pero también en el pasado, aglutina personas de distinta procedencia social⁴⁹ (clase, sexo, religión, etnia etc.). El logro profesionalizador es la construcción de una identidad nueva a partir de un número indeterminado de identidades individuales y grupales. Ello comporta la intervención de elementos, factores e interacciones de orígenes no unívocos; de ahí que la construcción de la profesión médica mallorquina se analice en este trabajo a partir de un proceso de profesionalización doble: la profesionalización desde dentro y la profesionalización desde fuera.

La incursión de los historiadores europeos continentales en el estudio de las profesiones durante los años 90 del siglo pasado puso de manifiesto el anglocentrismo del denominado “proceso de profesionalización”. El modelo anglosajón de las profesiones no otorgó una función esencial al Estado hasta bien entrada la década de los 90 del siglo XX. Además, la supuesta ausencia del Estado en el proceso de profesionalización tenía un correlato político clásicamente liberal: las profesiones angloamericanas eran más exitosas que las continentales ya que, supuestamente, se autorregulaban y tenían plena autonomía respecto al Estado. En 1990, MacClelland publicó un interesante ensayo sobre las profesiones en Alemania en el que proponía, de un lado, la “profesionalización desde dentro”; es decir, por los propios profesionales. Y del otro, la “profesionalización desde arriba”, producida por fuerzas externas al grupo. Esta tesis doctoral sigue el planteamiento propuesto por este autor con alguna variación. No obstante, he dado preeminencia a la profesionalización desde dentro en el conjunto del trabajo puesto que mi intención era describir un proceso identitario más que identificador.

48 El proceso de profesionalización clásico invalidaría, en cierto sentido, el estudio de la profesión médica actual sometida, según algunos teóricos, a una *desprofesionalización* o *proletarización*.

49 En el caso que se estudia en esta tesis doctoral las diferencias no solo son de clases, sino también las relativas al ámbito urbano y el rural así como el ejercicio dependiente de las Administraciones o el libre ejercicio.

En esta tesis doctoral, la “profesionalización desde dentro” se entiende como el proceso de creación de la identidad profesional. Respecto a la “profesionalización desde arriba”, he optado por la denominación “profesionalización desde fuera” puesto que es mucho más neutral y posibilita el estudio de la influencia de cualquier estrato social, incluyendo las categorías históricas “desde arriba” y “desde abajo”; no reduce, al tiempo, la externalidad al papel de las instancias gubernamentales y estatales y contempla la combinación de las acciones desde diferentes ámbitos e instancias. La “profesionalización desde fuera” sería, con sus matices, la identificación.

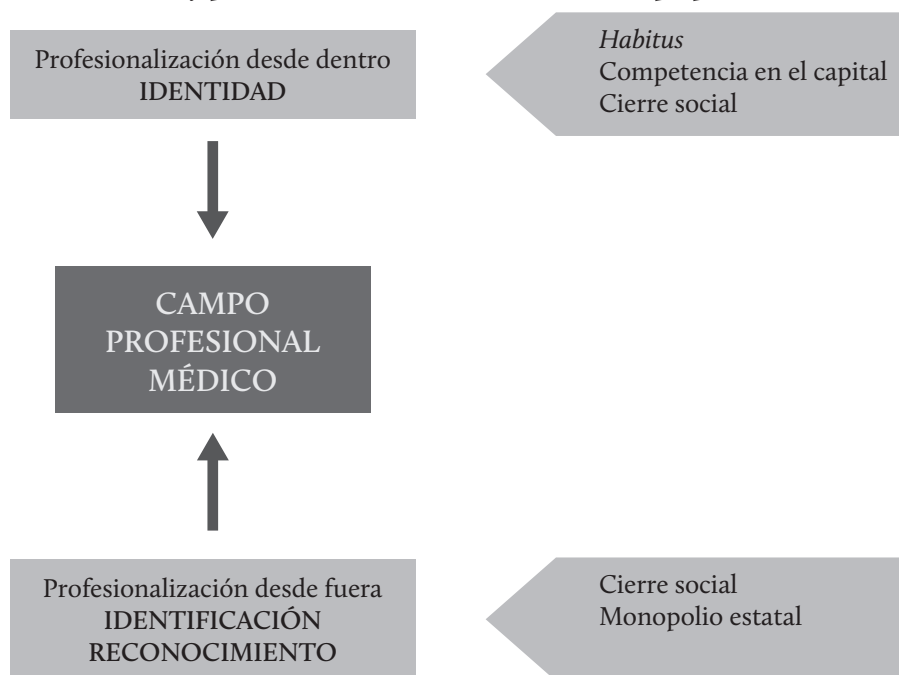
La diferencia entre identidad e identificación quedan ampliamente comentadas por I. Terradas Saborit (2004). La identidad “vívida” sería aquella que se construye subjetivamente y la sociabilidad la convierte en identidad cultural, o profesional para el caso que nos ocupa⁵⁰. A partir de la identidad cultural, clasificaciones o pertenencias dictadas por criterios políticos o jurídicos se crea otra identidad que es la “identificación”⁵¹: “Es decir, la identidad que nos viene de fuera y que poco o nada tiene que ver con la identidad vivida” (2004: 63). De esta manera, el campo profesional médico se construye mediante el doble proceso de profesionalización, o en síntesis, mediante la conjunción de la identidad profesional y la identificación externa.

Los elementos para esta construcción del campo se muestran en el siguiente diagrama para desarrollarlos a continuación.

50 Esta identidad, como señala Terrades, no es nunca plenamente individual ni colectiva “se halla a medio camino de la memoria de las significaciones personales y de la memoria de los cronotopos comunes. Se construye en el ir y venir de ambos extremos” (p. 64).

51 Véase, a título de ejemplo de esta propuesta, la creación “identificadora” la Ley de Profesiones Sanitarias de 2003 en su exposición de motivos. O el ejemplo del propio I. Terrades sobre el “carné de identidad”, al que debería llamarse “carné de identificación” (p. 66).

Diagrama 1. Elementos y procesos de la construcción del campo profesional médico



Fuente: elaboración propia

1.6.3. Pierre Bourdieu, las profesiones y sus herramientas teóricas

La obra de Bourdieu⁵², por su carácter historicista, es muy útil para las investigaciones históricas y de sociología histórica (González Leandri, 1999: 66). El concepto “campo” es una herramienta teórica muy apropiada para la aproximación al estudio de las profesiones. Este concepto, como sugiere González Leandri, es más fluido que el de “sistema”, e incluso que el de “jurisdicción” aportado por Abbott (1988). La naturaleza relacional de “campo” permite investigar los grupos profesionales en su complejidad y observar cómo se construyen los “intereses” de los profesionales. En este apartado se exponen los conceptos de “campo”, “capital” y “*habitus*” así como el de “cierre social” que es fundamental para entender las profesiones.

El modelo teórico propuesto para esta tesis parte de la premisa de que la profesionalización se produce en un espacio social, es decir, dentro de un conjunto de relaciones o sistema de posiciones que se definen las unas en relación a las otras (García Inda,

52 P. Bourdieu no abordó las profesiones de manera monográfica pero sí ha aludido a ellas en más de una ocasión, por ejemplo, en *La Distinción*. En *Los estudiantes y la cultura* (1967) junto con Passeron, sitúa de forma muy conveniente para este trabajo, los mecanismos de transmisión, no solo ni centralmente de los conocimientos técnicos, sino de la posición social, la moral, la reproducción estatutaria.

2000: 15). Por tanto, abordar los planteamientos teóricos de Bourdieu supone hacerlo desde una óptica relacional. De este modo, los conceptos aludidos deben entenderse como partes de una ecuación cuyo resultado es la “práctica”. La representación gráfica de este proceso relacional la aportó el propio Bourdieu en su obra *La distinción* (1999: 99):

$$[(\textit{habitus}) (\textit{capital})] + \textit{campo} = \textit{práctica}$$

“Campo” es la noción que el sociólogo francés utilizó para designar el espacio social – siempre determinado históricamente– cuyas relaciones se definen de acuerdo con el “capital” específico de los agentes implicados y las luchas que entablan; es, en definitiva, un campo de fuerzas y un campo de luchas por transformar ese campo de fuerzas (Bourdieu, 2008: 77)⁵³.

Bourdieu elaboró esta categoría para salir de la disyuntiva entre las interpretaciones internalistas y externalistas (Bourdieu, 2008: 73 y s.). El campo se situaría entre estos dos polos; es decir, es un universo interpretativo donde se incluyen los agentes y las instituciones que producen y reproducen la literatura, el arte o cualquier campo. El campo, prosigue Bourdieu (2008), es un mundo social como todos los demás pero obedece a leyes sociales más o menos específicas: “La noción de campo pretende designar ese espacio relativamente autónomo, ese microcosmos provisto de sus propias leyes” (2008: 75). Lo que gobierna los puntos de vista, las actividades de los agentes, sus intervenciones, etc. es la estructura de las relaciones objetivas entre los diferentes agentes. Esta “estructura de relaciones objetivas” determina qué pueden hacer y no hacer los agentes. A su vez, la posición de los agentes en la estructura determina su toma de posición. Pero la estructura también está determinada por otro de los elementos clave: el capital o poder. Bourdieu lo resume como sigue: “Lo que define la estructura del campo en un momento dado es la estructura de la distribución del capital entre los diferentes agentes que intervienen en el campo” (Bourdieu, 2008: 79)⁵⁴. Antes

53 GARCÍA INDA (2000) resume la noción operativa de “campo” de la siguiente manera: “Construcción analítica mediante la cual designar un conjunto específico y sistemático de relaciones sociales; es decir, se trata de una especie de sistema, definible solo históricamente, que permite trasladar al análisis social la dinámica de relaciones que se desarrollan en la práctica” (p.15).

54 Para Bourdieu, tanta importancia tiene la sincronía como la diacronía, el estado, el proceso y espe-

de definir qué entiende Bourdieu por “capital” conviene señalar que para el sociólogo francés existe un campo especial, “el campo del poder”, –que con toda intención rechaza reducir a lo “político”–, definido por las relaciones de fuerza de los diferentes especies de capitales que luchan por el principio legítimo de “dominación” (2008).

El capital específico (económico, cultural o social) es un requisito para la entrada en cualquier campo, es decir, es imprescindible para el “jugar socialmente” puesto que los diferentes capitales se producen y reproducen dentro del campo. El campo, por tanto, se asemeja a un “mercado” en el que se produce y negocia el capital. Asimismo, los diferentes tipos de capital son convertibles en otras especies de capitales. Bourdieu justifica su aproximación maximalista al concepto “capital” de la siguiente manera:

“El mundo social es historia acumulada, por eso no puede ser reducido a una concatenación de equilibrios instantáneos y mecánicos en los que los hombres juegan un papel de partículas intercambiables. Para evitar una reducción semejante, es preciso reintroducir el concepto de capital y, junto a él, el de acumulación de capital, con todas sus implicaciones. El capital es trabajo acumulado, bien en forma de materia, bien en forma interiorizada o “incorporada” (2000: 131).

El siguiente cuadro resume los diferentes tipos de capital y sus principales características. Bourdieu (2005) designa con el apelativo “simbólico” a cualquier forma de capital.

cificidad del campo, sus lógicas y reglas. Todo ello determinado por el capital. En el fondo, el trabajo del análisis sociológico de las relaciones sociales, de la práctica social, consiste en identificar las condiciones que hacen que un tipo de capital pueda transformarse en otro. La idea del prestigio –capital simbólico, reconocimiento– coadyuvando a la construcción de la profesión médica (capital cultural, profesional, técnico) junto al capital cultural y social del ejercicio de la medicina tal y como se define en cada momento histórico que, a su vez, se instituye en reconocimiento profesional de los propios y de los ajenos.

Tabla 4. Las formas del capital según P. Bourdieu

Las formas del CAPITAL SIMBÓLICO	
Capital económico	Directa e inmediatamente convertible en dinero. Especialmente indicado para la institucionalización en forma de derechos de propiedad
Capital cultural	Bajo ciertas condiciones es convertible en capital económico y es apropiado para la institucionalización en forma de títulos académicos.
Capital cultural incorporado	Capital en forma de disposiciones duraderas del organismo. Presupone una interiorización que requiere de un periodo de aprendizaje y enseñanza. Queda excluido el principio de delegación puesto que debe ser invertido personalmente. Se trata de un capital que se ha convertido en parte de la persona, en <i>habitus</i> .
Capital cultural objetivado	En forma de bienes culturales: libros, cuadros, etc. Algunas de sus propiedades están determinadas por el capital incorporado.
Capital cultural institucionalizado	Objetivación del capital cultural incorporado en forma de títulos académicos y escolares que son certificados de competencia cultural que confiere a su portador un valor convencional duradero y legalmente garantizado.
Capital social	Es un capital de obligaciones y red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimiento y reconocimientos mutuos. Es decir, la totalidad de recursos basados en la pertenencia al grupo. Convertible, bajo ciertas condiciones en capital económico y puede ser institucionalizado en forma de títulos nobiliarios

Fuente: elaboración propia a partir de Bourdieu (2000), "Las formas del capital".

El *habitus* es el último componente de la ecuación expuesta al principio y de relevancia en esta tesis. Bourdieu reformuló este término con la intención de recordar que junto a la norma expresa o el cálculo racional existen otros principios generadores de la práctica (2004: 83). El *habitus*, de manera sintética, es una capacidad cognitiva socialmente adquirida (Bourdieu, 2000: 136, n. 4); es decir, el sistema de disposiciones⁵⁵ que es producto de la práctica y principio, esquema o matriz generadora de prácticas, de las percepciones, apreciaciones y acciones de los agentes (García Inda, 2000: 25). Como "estructura estructurada" es un producto social adquirido en función de la relación de los agentes en la estructura del campo. Como "estructura estructurante" es un pro-

55 "Resultado de una acción organizadora que presenta además un sentido muy próximo a palabras tales como estructura; designa una manera de ser; un estado habitual (en particular del cuerpo), en particular, una predisposición, una tendencia, una propensión o una inclinación" (GARCÍA INDA, 2000: 27).

ductor social y es concebido como un sistema de competencias que implica la capacidad práctica de acción y el reconocimiento social para ejercer dicho reconocimiento. El *habitus* no es el inconsciente aunque se adquiera inconscientemente.

El “cierre social”, por su parte, es un concepto weberiano que ha pasado por varias reformulaciones desde su primer enunciado, especialmente en las décadas de los 70 y 80 del siglo pasado. Su exposición sigue el trabajo de Frank Parkin (1984) de su obra *Marxismo y Teoría de Clases. Una crítica burguesa*. El cierre social como exclusión, como lo entiende Weber, es “el proceso mediante el cual las colectividades sociales buscan ampliar al máximo sus recompensas limitando el acceso a los recursos y oportunidades a un número restringido de candidatos” (p. 69). La exclusión supone fijar una serie de criterios que la justifiquen (raza, lengua, origen social etc.) para monopolizar oportunidades, normalmente económicas, según el autor. Como señala Parkin, esta elaboración teórica weberiana no está relacionada con su teoría de la estratificación social aunque un proceso de exclusión implica, necesariamente, una distribución de poder. Por esta razón, Parkin reelabora y matiza dicho concepto teórico con el fin de poder aplicarlo al estudio de clases o formas similares de desigualdad, entre las que podemos incluir la institución profesional.

La consolidación de los grupos dominantes se ha efectuado mediante el control monopolístico de los recursos más valiosos (tierra, conocimiento esotérico o armas) y en la historia europea, como señala Parkin, la reproducción aristocrática europea por la vía del linaje es un claro ejemplo. Sin embargo, durante el siglo XIX como consecuencia de diferentes acontecimientos (primera revolución industrial, revoluciones burguesas, formación estado liberal, entre otros) el advenimiento de la burguesía moderna supone nuevos mecanismos de monopolización a partir de vías no hereditarias como son “[...] exámenes de cualificación, un periodo de prueba, [...] elección de nuevos miembros mediante el voto [...] o [la admisión] en virtud de los logros, abierta a todo el mundo” (Weber (ed. Parsons) 1964:41 citado en Parkin). La admisión a distintas categorías o instituciones es, en la sociedad burguesa, teóricamente, accesible a todos los miembros y por esta razón “las reglas e instituciones excluyentes deben hallar justificación en criterios universales e indiferentes a las pretensiones o los estigmas del nacimien-

to” (Parkin 1984:74). De esta manera, los principales mecanismos de exclusión en la sociedad burguesa son el acceso a la propiedad y las instituciones que la rodean y, más importante por lo que a esta investigación se refiere, las calificaciones y méritos académicos o profesionales, es decir, el credencialismo. En ambos casos encontramos un conjunto de ordenamientos legales, que emanan del Estado, para restringir el acceso a las recompensas y los privilegios. Como se puede observar, “el lenguaje del cierre social puede trasladarse al área del poder” (Parkin 1984:71).

Lo que me interesa de la exclusión es lo referente al *credencialismo*, que Parkin entiende como el uso de los títulos educativos como medio de control de acceso a posiciones clave en la división del trabajo (p. 83). De esta manera, Parkin opina que la profesionalización es una estrategia dirigida, entre otras cosas, a limitar el acceso y a controlar la oferta de aspirantes con el objeto de preservar o mejorar su valor en el mercado (p. 84)⁵⁶.

A las prácticas excluyentes debemos sumar las que ponen en marcha los grupos que son excluidos por su posición de *extraños*, marginados o “grupos de estatus negativamente privilegiados” (Neuwirth, 1969, *apud* Parkin, 1984). El cierre social excluyente representa el uso del poder “hacia abajo” ya que implica la creación de un grupo o clase de individuos definidos como inferiores. Por su parte, el cierre por usurpación representa el uso del poder “hacia arriba” ya que las estrategias de usurpación del grupo marginado suponen una amenaza a los privilegios de los legalmente definidos como privilegiados (Parkin 1984: 70-71). De esta manera, el cierre como usurpación se define como:

“[e]l tipo de cierre social puesto en práctica por un grupo en respuesta de su estatus de excluido y a las experiencias colectivas que lleva consigo la exclusión. [...]

56 Weber denomina a las profesiones o grupos parecidos “grupos legalmente privilegiados” y las distingue de los oficios, especialmente porque el Estado les ha proporcionado este monopolio sobre sus técnicas y saberes. Bourdieu, en *El oficio de sociólogo*, también se acerca a este concepto mediante su enumeración de los mecanismos de qué cada campo –o subcampo para nuestro caso, el médico– se dota en cada momento histórico, para cerrar el acceso a los advenedizos, impostores o críticos, para expulsar a los heréticos y, finalmente, para conseguir reconvertir a los innovadores excesivos y acelerados o demasiado tradicionalistas, incapaces técnicamente de sumarse a los nuevos componentes de capital cultural objetivado e institucionalizado en los que cabe ser competente, pero capaces de asumir posiciones sociales y de presentaciones de *habitus* acordes con lo exigido (acomodación a los estándares).

el objetivo es apoderarse de una parte de los beneficios y recursos propios de los beneficios y recursos propios de los grupos dominantes en la sociedad” (Parkin, 1984: 109).

La exclusión y la usurpación son los principales tipos de cierre social, “siendo la segunda la consecuencia y la respuesta colectiva a la primera” (Parkin 1984: 71). El cierre social, asimismo, es importante para mantener y lograr la autonomía del campo y, como se ha visto a lo largo de los apartados anteriores, la autonomía es una de las características de las profesiones.

Concluyendo, el enfoque relacional de Bourdieu permite determinar la posición de los agentes que intervinieron en la profesionalización del campo médico en la Mallorca del siglo diecinueve, sus *habitus* y las luchas y estrategias por el capital simbólico en “juego”.

1.6.4. Los agentes profesionalizadores

La incursión de la historia en el estudio de las profesiones puede considerarse un revulsivo. M. Burrage, K. Jarausch y H. Siegrist (1990) elaboraron un modelo teórico para el estudio de las profesiones para intentar establecer los parámetros comunes que pudieran orientar los diversos estudios. Estos autores sostienen que cualquier estudio sobre las profesiones debe identificar claramente los grupos y las organizaciones implicados en el proceso de profesionalización. Su modelo está basado en la agencia de cuatro agentes principales: el Estado, los profesionales, la universidad y los clientes. Respecto a los profesionales, son de la opinión de que debe diferenciarse entre los “practicantes” de las profesiones y los que desarrollan la actividad académica que proporciona el conocimiento profesional. Los “practicantes” tienen como objetivo el autogobierno mediante el control del ingreso en la práctica. El Estado es otro de los agentes, durante años olvidado por los teóricos anglosajones; sin embargo, se ha demostrado la gran dependencia entre la profesión y el Estado, como ya apuntaron Johnson (1972; 1982) y Larson (1977 y 1990). Los clientes y usuarios determinan la organización y estrategias profesionales y, para su análisis, es conveniente diferenciar entre clientes individuales y corporativos. Finalmente, el cuarto agente es la universidad cuyos recursos –básicamente la producción de conocimiento– otorgan prestigio y estatus a las profesiones.

La universidad, como sugiere Collins (1982), no solo provee a los profesionales de conocimientos, sino que en el proceso de aprendizaje los alumnos interiorizan un conjunto de rituales que convierten a las profesiones en exitosas⁵⁷.

El análisis de Burrage et al. presenta puntos muy interesantes pero, en mi opinión, es un modelo insuficiente para estudiar la profesionalización de la medicina en Mallorca durante el siglo XIX por las siguientes razones:

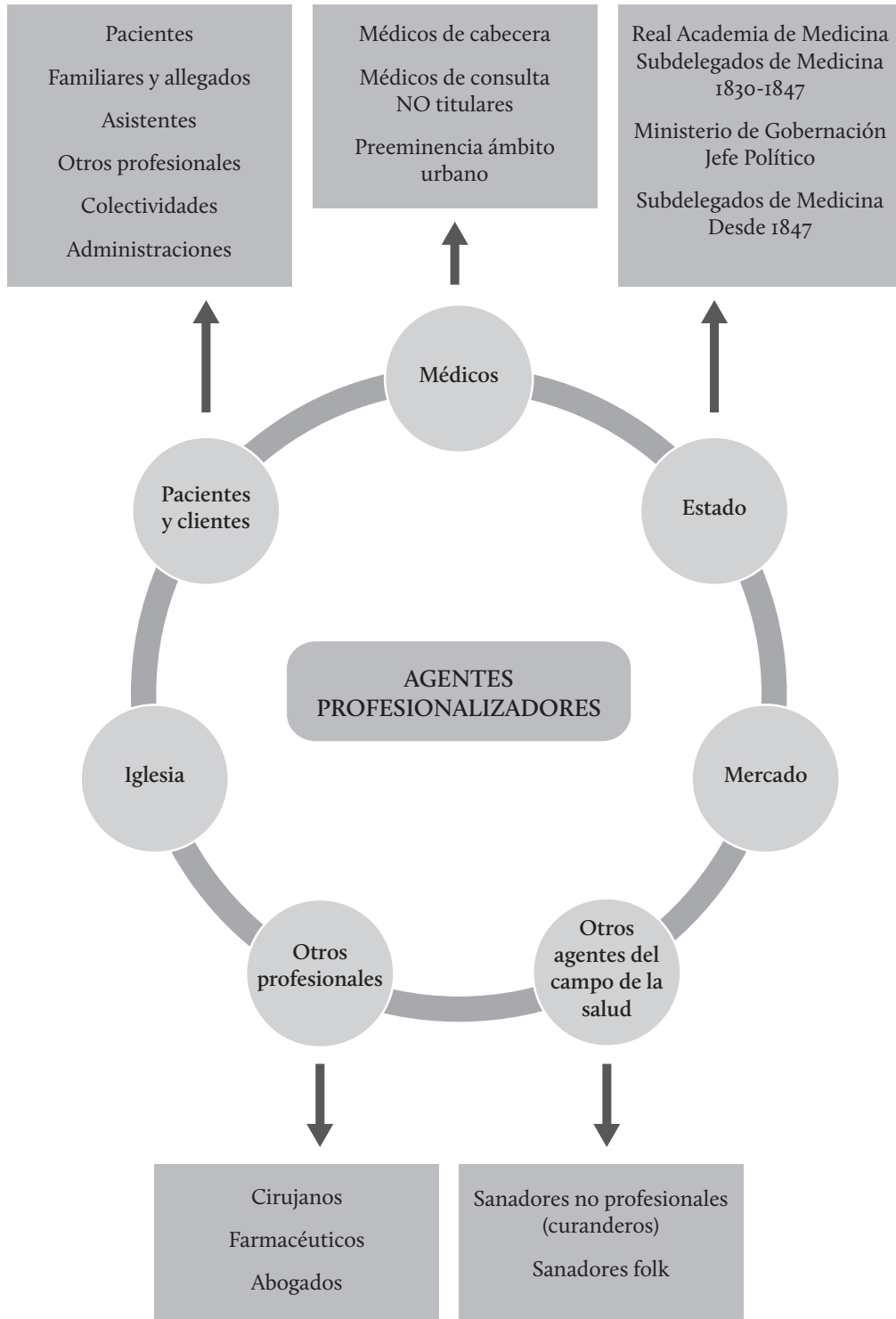
1. Este modelo no incluye la interacción con otras profesiones que como demostró Abbott (1988) es un elemento esencial para la creación de jurisdicciones profesionales o campos profesionales.
2. Existen otros agentes que influyen en la profesionalización y que los estudios históricos han demostrado que son de gran importancia en el caso que nos ocupa, la medicina. Estos agentes son los sanadores no profesionales.
3. Como ha demostrado G. Gallego (2009) en su estudio de la profesionalización sanitaria balear, la Iglesia ha tenido un papel importantísimo en la dotación de servicios sanitarios a través de las religiosas.
4. En el caso balear, el modelo teórico debe tener presente la ausencia de centros formativos. Mallorca dejó de tener Facultad de Medicina y Escuela de Cirugía a principios del siglo XIX. Este hecho motivó que los estudiantes mallorquines tuvieran que formarse fuera de las islas, como se verá, mayormente en la universidad de Barcelona.

En función de las razones expuestas, se ha diseñado el modelo teórico con los siguientes agentes –aunque no todos son objeto de análisis–: clientes / pacientes, profesionales médicos, otros profesionales, otros agentes del campo de la salud, la Iglesia, la Administración y el mercado. Asimismo, Brante (1990) señala que sería preferible emprender el estudio de las profesiones sin considerar la profesión como unidad de análisis, sino hacerlo por tipos de profesiones. Este autor señala cuatro tipos: profesiones liberales, profesiones académicas, profesiones de capital (*professions of capital*) y profesiones del Estado. Sin entrar en esta clasificación, pero en función de esta pro-

⁵⁷ Para R. Collins, el proceso académico es, en gran parte, una mistificación.

puesta, en esta investigación he distinguido entre médicos titulares / médicos libres y el ejercicio en el ámbito rural y urbano. El siguiente diagrama recoge esta propuesta teórica.

Diagrama 2. Modelo teórico para el estudio de la profesión médica en Mallorca (s. XIX)



Capítulo 2. Profesiones, Sociedad y Medicina

2.1. El punto de vista de los agentes⁵⁸

Las definiciones, como se ha visto, suelen entrañar su dificultad pero si abordamos el estudio de una profesión es necesario saber qué entendían sus protagonistas y el resto de los agentes implicados en su formación, desarrollo y transformación puesto que se trata de un proceso relacional. En los siguientes apartados se pretende exponer qué entendían diferentes sectores sociales sobre el significado del término profesión. A continuación me centraré en la voz de los médicos y en su propia percepción acerca de su posición profesional con respecto a la sociedad, para terminar con el análisis de las dos partes principales en las que los médicos del siglo XIX suelen dividir su actividad laboral: la Ciencia y el Arte.

2.1.1. Las profesiones en el siglo XIX: su significado

La dificultad para establecer una definición desde un punto de vista sociológico ha quedado patente en el capítulo primero. El propósito de este apartado es acercarnos, de manera necesariamente sintética, a la percepción social sobre el fenómeno profesional para poder entender qué significaron “las ocupaciones idealizadas” a las que se refiere Collins (1990a) durante la segunda mitad del siglo XIX.

Los diccionarios son instrumentos que fijan los significados mediante la palabra escrita constituyéndose en reflejo del consenso científico de los términos; por otra parte, la perdurabilidad que se les supone obliga a los científicos a delimitar claramente los significados y a prever su evolución. Un repaso a los diferentes ejemplares de los Diccionarios de la Real Academia desde los años 50 del siglo XIX nos permite analizar, brevemente, la evolución del término “profesión” y sus derivados permitiendo contrastar el significado sociológico con el del ámbito social más coloquial.

La versión más reciente del diccionario de la lengua española, la vigésimo segunda edición (2001), contiene los siguientes significantes relacionados con “profesión”: pro-

58 Como señala P. Bourdieu (2004: 22), la acción no es una simple ejecución de una regla. Los agentes sociales no son autómatas sino que producen agencia.

fesión, profesional, profesionalidad, profesionalismo, profesionalizar y profesionalización. No obstante, no todos ellos se fijaron de manera simultánea.

- “Profesión” aparece por primera vez en el NTLLE⁵⁹ en la edición de 1780. Respecto a sus acepciones durante la segunda mitad del siglo XIX, en 1852 se definía como: “Empleo, facultad u oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente. *Proffessio officium*”. Conviene apuntar que la palabra “oficio” se relaciona de manera expresa, en una de sus acepciones, con el ejercicio de las artes mecánicas. El significado de “profesión” de 1852 se mantuvo hasta 1984, momento en que se establece como “Empleo, facultad u oficio que una persona tiene y ejerce con derecho a retribución”. Como se observa, el carácter público del ejercicio desaparece en esta nueva significación. Hay que tener presente que la primera acepción dada por el diccionario establece “profesión” como “acción o efecto de profesar” que, entre otras cosas, significa ejercer o enseñar una ciencia o arte. Este apunte no es baladí puesto que como se podrá observar, los médicos también fueron denominados, entre otras cosas, profesores del arte de curar.
- El adjetivo “profesional” aparece por primera vez en la edición de 1869 referido a “Lo perteneciente a la profesión o magisterio de ciencias y artes” y el sustantivo en 1927 (“Persona que hace hábito o profesión de alguna cosa”). Ya en 1970, la acepción sustantiva pasa a denominar a la persona que ejerce alguna actividad como profesional. La edición de 1984 introduce cambios sustanciales en el significado de “profesional” puesto que los relaciona con la actividad habitual de la que vive una persona, incluyéndose la delictiva. Una característica ya presentada por Arboleya en 1953 (1998), que a su vez tomaba de Sombart⁶⁰.
- “Profesionalidad” ha venido a significar, hasta la vigésima segunda edición, “Calidad de profesional”. Sin embargo, la actual definición se aproxima más a los conceptos sociológicos: “I. f. Cualidad de la persona u organismo que ejerce su acti-

59 Nuevo Tesoro Lexicográfico de la Lengua Española. Disponible en: <http://buscon.rae.es/ntlle/SrvltGUISalirNtllle>. [Consulta: 15/06/2012].

60 Vid. GÓMEZ ARBOLEYA (1998), “Sociología de los grupos profesionales”. Se trata del sexto ejercicio para optar a la primera Cátedra de Sociología, convocada en 1953, que ganó por unanimidad. Sobre Gómez Arboleya puede consultarse MESAS DE ROMÁN, P.J. (2004). Es habitual que se le cite por su segundo apellido.

vidad con relevante capacidad y aplicación. 2. f. Actividad que se ejerce como una profesión”.

- “Profesionalismo” aparece en el diccionario de 1947 con la siguiente definición: “Cultivo o utilización de ciertas disciplinas, artes o deportes, como medio de lucro”.
- La palabra “profesionalizar” fue registrada por primera vez en 1970 bajo la siguiente definición: “Dar carácter de profesión a una actividad. 2. Convertir a un aficionado en un profesional, persona que ejerce una actividad como profesión”. Aunque esta es la versión actual, en 1985 y 1989 se añadió a su significación la forma pronominal: “Pasar a ejercer habitual y remuneradamente una actividad intelectual o manual”.
- Respecto a la palabra “profesionalización”, el diccionario establece que es la acción o efecto de profesionalizar y corresponde a la última versión (22ª edición).

Respecto a la palabra “médico”, hasta 1869 no se incorpora el actual significado: “El que se halla legalmente autorizado para profesar y ejercer la medicina”.⁶¹ El vocablo “médica” aparece por primera vez como “mujer del médico” para incorporar, en 1899 la acepción “La que se halla legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina”.

La incorporación de nuevos significantes y la variación de sus significados ponen de manifiesto la importante relación atribuida a las profesiones con el devenir de la sociedad industrial, especialmente del siglo XX, como afirman la mayoría de los teóricos de las profesiones.⁶²

2.1.2. Las profesiones en los censos de población del siglo XIX

El problema metodológico que supone una definición y/o una clasificación no fue ajeno a los diferentes agentes profesionalizadores y prueba ello son los comentarios vertidos en los diferentes censos de población de la España ochocentista. Vicente López Puigcerver, director del Instituto Geográfico y Estadístico, exponía en la *Introducción* del Censo de 1900 la esencia de los censos y nomenclatores, es decir, lo que el funcio-

61 Con anterioridad, el diccionario no recoge el aspecto “legal”, limitándose a “El que profesa la medicina”, entre otras acepciones.

62 Esta genealogía puede compararse con la del ámbito anglosajón en PREST (1984). La utilización de la palabra “profesión” en distintos países puede consultarse en BURNHAM (1998).

nario distinguía entre el “ser” y el “estar”:

“En los Censos generales se toma nota de las condiciones personales más salientes que caracterizan al individuo, tales como la edad, sexo, estado civil, instrucción elemental, nacionalidad, naturaleza, profesión y domicilio: esto es, se estudia la población en cuanto *a su modo de ser*. En los Nomenclátos deben registrarse, hasta donde sea posible, las condiciones que determinan el *modo de estar* de los habitantes de una comarca” (Censo de 1900. Tomo I, Introducción, p. xi) (Cursivas originales).

Los legisladores de la segunda mitad del siglo XIX manifestaron la dificultad de clasificar “a los habitantes por sus profesiones, ocupaciones y modos de vivir” (Censo de 1877); dificultades que intentaron subsanarse en los diferentes censos y que, como advertían, hacían imposibles las comparaciones. Una dificultad que el legislador entendía como un problema metodológico que las naciones más punteras, como era el caso de Alemania y Suiza, todavía no habían resuelto y que parece no tendría visos de resolución hasta la Conferencia de Chicago (1893) con el establecimiento del cuadro clasificatorio de Bertillon, como se observa en el censo de 1900⁶³.

En el caso español, otras dificultades obstaculizaron la creación de una buena base censal de las profesiones. En primer lugar, las cuestiones logísticas, especialmente encarnadas en los escasos medios humanos disponibles para la recogida de los datos. Además, el legislador advertía de la dificultad de una nomenclatura “tan variada y tan rica en las denominaciones en nuestros antiguos reinos y provincias” (Censo de 1877: xi) que no suponía una cuestión fácilmente resoluble de sinonimia, sino de distinciones importantes en la manera de ejercer las profesiones “dados los usos, costumbres y necesidades de las regiones” (p. xi); las subdivisiones de las ocupaciones y que pudieran ser ejercidas por una misma persona. El problema se agravaba por las confusiones hechas por “el vulgo”⁶⁴ al denominar las profesiones u ocupaciones, así como por las cuestiones relacionadas con el prestigio y el estatus, tan presentes en las definiciones

63 Nomenclatura de Profesiones adoptada por el Instituto Internacional de Estadística en Chicago (1893) a partir de la propuesta de clasificación de Jacques Bertillon. Clasificación basada en 91 conceptos profesionales que en el Censo de 1900 se agruparon en 31 grupos profesionales (Vid. Censo de 1900. Disponible en: <http://www.ine.es/inebaseweb/71807.do?language=0> [Consulta: 15/06/2012].

64 En la actualidad, a pesar del uso peyorativo que se otorga a este término, la palabra tiene dos significados recogidos en el DRAE. La primera acepción hace referencia a “el común de la gente popular”. La segunda, básicamente la usada por los médicos del siglo XIX en sus discursos, se refiere a “Conjunto de las personas que en cada materia no conocen más que la parte superficial”.

teóricas actuales y que quedaban reflejadas en las:

“*[p]retensiones naturales, pero inmoderadas, en los que ejercen ciertas profesiones en sus grados inferiores, sin que haya modo de discernir a menos de averiguaciones imposibles en el procedimiento ordinario de los censos entre los que llamándose arquitectos son maestros de obra o alarifes; los que se nombran cirujanos y son simplemente practicantes; los que se titulan ingenieros en el mero hecho de plantar bandoleras en el campo, o dirigir una maquinaria; los que se denominan albéitares o veterinarios siendo herradores*” (Censo de 1877, xi) (énfasis añadido).

El legislador aclaraba que en el apartado de las “profesiones liberales” era donde se producían menos defectos de clasificación y denominación por tratarse de profesiones “en general bien definidas y [que] alcanzan los que a ellas se dedican mayor grado de cultura”. Algunas de estas “confusiones” hacían referencia a la arquitectura y la ingeniería y a los funcionarios letrados de carrera judicial a los cuales no se les había logrado distinguir de los auxiliares y subalternos. La distinción en los espectáculos públicos o las bellas artes también las mostraron como grupos heterogéneos y confusos y, finalmente, “los profesores del arte de curar y sus clases auxiliares y los empleados públicos” (Censo de 1877, xii).

La utilidad de estos censos tampoco escapaba a los funcionarios que veían en su información datos indispensables “para los estudios sociológicos y aplicaciones legislativas, administrativas y económicas” (Censo de 1877: x) así como datos

“*[e]senciales para conocer el desenvolvimiento, la vida íntima, las diversas aptitudes y las especiales condiciones del medio ambiente social en que evolucionan y progresan los pueblos que la constituyen*” (Censo de población de 1900, p. v).

Los inicios del profesionalismo, tal y como lo entendían los sociólogos de las profesiones de la época clásica de esta subdisciplina⁶⁵, ya son patentes en el Censo de 1900. En su introducción se puede observar, a diferencia de los censos anteriores, una clara distinción entre lo que actualmente podríamos definir como profesiones u ocupaciones, acomodándose a la acepción sociológica del término; es decir, a la importancia del conocimiento abstracto como atributo diferenciador. El censo de 1900 es el primero en mostrar la distinción entre profesiones liberales, industriales y ocupaciones y las consecuencias –tanto positivas como negativas– que su desequilibrio podía tener

65 Años 50 y 60 del siglo XX.

en la sociedad española del momento. Se advierte de los conflictos sociales que podría producir una sociedad que “desdeñara las profesiones agrícolas, industriales y comerciales” a favor de las profesiones liberales por la falta de productores de los elementos indispensables para la vida material y económica. El caso contrario conduciría, según el legislador,

“[al] embrutecimiento del cuerpo social, por la atrofia de los órganos que *piensan y dirigen* y sin cuya dirección y *base científica* aquellos [los oficios mecánicos y las profesiones industriales] se debilitan y desfallecen, víctimas de la rutina, que los petrifica y esteriliza, y la sociedad entera se precipitaría en degradante extenuación, como consecuencia de la fanática ignorancia” (Censo de población de 1900, p. v) (énfasis añadido).

De este modo, la estadística de las profesiones tenía la misión de informar para mantener el equilibrio necesario “que debe reinar entre los diversos trabajos que el organismo social”, procurando la calidad y cantidad de los trabajos a realizar, así como los individuos precisos para efectuarlos con el objetivo de proporcionar a las familias

“[m]edios de orientarse para el acierto en el vital asunto de elegir la profesión más conforme con la demanda de trabajo, y suministrando a los Gobiernos los datos precisos para encauzar con inteligencia y de un modo convincente las corrientes de la juventud en la elección de sus diversas ocupaciones” (Censo de población de 1900, p. v-vi)

Como se ha indicado, el Censo de 1900 introduce importantes observaciones acerca de las profesiones, siendo el primero en hacer mención explícita al rol de las diferentes ocupaciones y profesiones. Las profesiones liberales se perciben como parte de la evolución sociológica de los pueblos y “constituyen lo que podría llamarse la medida del grado de cultura y de perfección intelectual y social que han alcanzado [las sociedades] a través de las vicisitudes de su historia” (Censo de 1900, p. vi). Y el legislador no es ajeno al papel cada vez más importante de los profesionales cuando afirma:

“Ellas [las profesiones], en efecto, *monopolizan* la dirección religiosa, política, moral y científica de todas las clases de la sociedad, *educan* a la juventud instruyéndola y preparándola para que puedan llenar todos los fines sociales; *crean y fomentan* los altos ideales, en cuyo ambiente deben vivir los pueblos en su marcha evolutiva a través de los tiempos, y sostienen en ellos siempre vivo y palpitante el noble sentimiento de la humana dignidad y el acicate de todo progreso racional, para que, huérfanos de toda dirección, no se degraden y degeneren ante el perenne e importuno estímulo de las orgánicas y humanas pasiones” (p. vi) (Énfasis añadido).

Como se puede observar, los primeros estudiosos de las profesiones no obviaron estas manifestaciones oficiales y buena parte de su teoría se construyó sobre estos postulados y los de los propios profesionales, cada vez más imbuidos de una ideología que se ha convenido en denominar “profesionalismo” y que, en la actualidad, poco tiene que ver con la abstracción teórica de los primeros años⁶⁶, sino con un sistema de control ocupacional (Evetts, 2003).

2.1.3. Los médicos y otras profesiones

Los médicos, por su parte, en el ejercicio de describir su misión también expresaron su visión sobre el conjunto la sociedad de la que formaban parte, sobre la división social del trabajo y, por consiguiente, de las profesiones y ocupaciones. Las profesiones más citadas por los médicos del siglo XIX fueron la milicia, el sacerdocio y la abogacía, a las que encomiendan unas funciones de las que surgirán las clases, así como una desigualdad y diversidad que consideraban justas por indispensables. La milicia era necesaria para combatir el enemigo exterior o interior; los maestros para instruir a la juventud; los sacerdotes para la religión y sostenimiento del culto externo; los letrados para interpretar y aplicar leyes mediante tribunales. El médico vallisoletano Andrés Casado⁶⁷ comentaba que “al ramo de beneficencia dedicó también varios para consolar, socorrer, aliviar y *si podían* curar las dolencias de sus semejantes, fuesen o no de la misma familia, a estos los llamó Médicos” (Casado Negro, 1851: 5) (énfasis añadido). Por su parte, Pedro Mata⁶⁸, en el discurso inaugural de la Universidad de Madrid en 1844 sobre la Medicina Legal, exponía su visión de la sociedad del momento:

“Nuestra sociedad, según la expresión feliz de un filósofo moderno⁶⁹, está organizada militarmente; el ejército es por lo mismo una institución necesaria en nuestra sociedad. Los individuos del ejército son reemplazados, y todos los años

66 Desde los años 30 del siglo XX hasta los 70. Es una característica de la sociología de las profesiones de corte funcionalista.

67 Andrés Casado y Negro, médico-cirujano y titular de La Seca (Valladolid) en el momento de firmar su obra *El secreto en medicina o deberes del médico en sociedad con abstracción de los de ciudadano y perito. Filosofía Moral y de Legislación del juramento que presta, así como del Abogado &c.* (1851).

68 Pedro Mata y Fontanet (1811-1877), médico, político y escritor. Primer catedrático de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de Madrid, decano de la Facultad de Medicina, rector de la Universidad Central y fundador de la Medicina Legal e impulsor de la organización del cuerpo de médicos-forenses (1962).[Fuente: <http://www.filosofia.org/enc/eui/e330809.htm>].

69 En la mayoría de los textos estudiados, es habitual que no se cite a los personajes vivos o recientemente fallecidos aludidos.

las madres de familias pobres, que no las ricas, derraman lágrimas inútiles [...]” (Mata, 1844: 14).

Una sociedad organizada militarmente y que al parecer, según el mismo autor, generaba una jerarquía profesional médica ya que Mata, al final de su discurso exhorta a los alumnos a aprovechar el “sudor de vuestros padres para mejorar vuestra posición social” (p. 39). Una posición en la que Mata integra a facultativos del ejército, de la armada, médicos de hospital, de baños, médicos legistas, profesores agregados, cate-dráticos

“[y] cuando no, encontraréis buenos partidos, tendréis numerosa y escogida clientela, brillando siempre en la sociedad, poseídos de esa satisfacción y orgullo con que enhiesta la cabeza del hombre honrado que es todo lo que es por su capacidad y trabajo” (p. 39).

La desigualdad y diversidad que Casado Negro (1851) también atribuía a las envidias y lógicas aspiraciones de éxito, venían conformadas por la propia naturaleza de las profesiones. De este modo, la milicia, el sacerdocio y la abogacía eran percibidos esencialmente como burocráticas en el sentido que Weber (1979) atribuyó a este modo de organización. No es baladí el comentario que Casado Negro hace sobre los letrados que como se verá, y siguiendo las teorías de Abbott (1988) sobre la jurisdicción profesional y su sentido ecológico del sistema de profesiones, fueron los profesionales a los que los médicos intentaron equipararse:

“La milicia [...] como que su instituto es la resistencia, no tiene más que manifestarse para hacerse respetar. El Sacerdocio, como que su reino no es de este mundo, no es más que una milicia espiritual, no usa de más armas que la palabra, por cuyo medio aconseja y persuade [...]. *Los destinados a aplicar las leyes y administrar justicia, constituidos en una especie de dictadura, se hacen obedecer y aun temer, no obstante que no usan armas materiales*; así es que hacen comparecer ante sí a todos y con temor a muchos [...]. Pero ninguna clase está más sujeta y más gravada que la beneficencia” (Casado Negro 1851: 9) (énfasis añadido).

2.1.4. Género, vocación y construcción profesional

Estas desigualdades y diferencias en la división social del trabajo contribuyeron a la re-creación de los géneros que en el XIX se contemplaba especialmente desde la masculinidad. La sociología de las profesiones no ha prestado atención a la perspectiva de género hasta bien entrados los años 80 del siglo XX (Crompton, 1987; Davies 1996) con

la incursión del trabajo de Anne Witz (1990 y 1992). Desde la Historia, el panorama es similar. Para el caso que nos ocupa, Perkin (1989) apunta que el ideal profesional y burocrático se forjó en contextos históricos en los que los agentes principales fueron los varones y que, por tanto, los valores culturales esperados fueron los de la masculinidad. Aunque el objetivo de este trabajo no es abordar la profesión médica mallorquina desde la perspectiva de género, considero que un estudio de la profesión debe tener presentes aspectos sobre la masculinidad.

Tosh (2005) señala la importancia de la masculinidad para entender la historia inglesa del periodo comprendido entre 1800-1914. En referencia a Hobsbawn y a la segunda edición de su obra *Industry and Empire* (1999), Tosh apunta que “the historical role of the women was in part acknowledged, but men continued to be seen as engendered persons” (2005: 330) y que a pesar de los esfuerzos de los historiadores de la masculinidad, el enfoque es demasiado compartimental (familia, trabajo y esfera pública). A su vez, afirma que las relaciones de género aparecen en todas las relaciones sociales, independientemente de que las mujeres estén presentes o no (Tosh, 1994: 180). Rosaldo (1974: 28 *apud* Tosh, 1994: 184) sostiene que la calificación de “hombre” en la esfera pública, donde se desarrollan las actividades profesionales, depende de cómo le reconozcan sus pares:

“A woman becomes a woman by following in her mother’s footsteps, whereas there must be a break in the man’s experience. For a boy to become an adult, he must prove himself – his masculinity – among his peers. And although all boys may succeed in reaching manhood, cultures treat this development as something that each individual has achieved”.

A partir del siglo XIX, la masculinidad “moderna” se manifiesta en dos áreas importantes: en el hogar y en el trabajo (Tosh, 2005). Con referencia al trabajo se elabora una ética que se traduce en la responsabilidad masculina de mantener a la familia (*bread-winner*) y en “[a] valorization of work as both moral duty and personal fulfillment” (Tosh, 2005: 332). Por lo tanto, es indudable la importancia del trabajo en la construcción de la identidad masculina y su repercusión en la esfera doméstica, –supuestamente femenina– en la que el varón debía conservar la autoridad. El trabajo en el ámbito burgués debía ser un trabajo dignificado, una vocación. Como se verá a contin-

uación, los hombres españoles tampoco escapaban a esta construcción identitaria⁷⁰.

En 1869, varios personajes públicos impartieron una serie de conferencias, destinadas a las mujeres, en la Universidad Central en un ciclo titulado *Conferencias dominicales sobre la educación de la mujer* cuyo contenido seguía los dictados burgueses de la época respecto a la familia. Se percibía a la mujer como un elemento civilizador en una sociedad que Moreno y Nieto⁷¹ (1869: 4) entendía de forma dual: una parte se correspondía a lo exterior o material, dominada por lo rudo, lo guerrero, por la fuerza avasalladora, los intereses afanosos o las inquietantes pasiones en la que la mujer no tomaba parte. La otra parte se identificaba con lo interior o inmaterial, es decir, la religión, la ciencia, el arte y las costumbres en las que la mujer, según los conferenciantes, tenía una participación activa; sin embargo, dicha participación se restringía a la religión, las costumbres, la urbanidad y la cultura dejando la ciencia y el arte para el entendimiento masculino. Esta dualidad se puede identificar con las esferas de lo público, donde se desarrollan las profesiones, y de lo privado o doméstico. En la esfera privada era donde la mujer debía desarrollar la religión y el sentimiento y, desde “su santuario”, ejercer influencia política para conducir a los hijos, padres, hermanos y esposos “en el santo amor a la humanidad y la patria” (Pi y Margall 1869: 13). Pero la mujer tenía reservada una misión todavía más elevada: educar a los hijos para hacer de ellos buenos ciudadanos y “hombres probos”. No obstante, los autores no se ponen de acuerdo sobre si debería mejorarse el grado de instrucción de las mujeres con el fin de desarrollar su misión.

La séptima conferencia la impartió Segismundo Moret y Prendergast⁷² el 4 de abril de 1869 y llevaba por título *Influencia de la madre sobre la vocación y profesión de sus hijos*, resultando muy ilustrativa sobre la creación de esta masculinidad, tema que aquí solo

70 Una aproximación al trabajo, la masculinidad y la esfera pública puede consultarse en Hurd (2000) donde se desarrolla la relación entre la masculinidad burguesa frente a la proletaria en la Europa del siglo XIX. El trabajo de Nerea ARESTI (2001) es una aproximación a la construcción de los ideales de feminidad y masculinidad en la España del primer tercio del siglo XX.

71 José Moreno Nieto (1825-1882), jurista, político y arabista español. Director General de Instrucción Pública en 1874, diputado en Cortes.

72 Segismundo Moret y Prendergast (1833-1913), literato y político español. Militó en el Partido Democrático - Monárquico y en el Partido Liberal. Presidente del Consejo de Ministros en tres ocasiones, del Congreso en 1912 y Ministro de la Gobernación en varios gobiernos.

se señala de forma muy marginal. Asimismo, tanto esta conferencia como la de Asuero Cortázar⁷³ (1855) ponen de manifiesto uno de los aspectos más significativos del sentido de la profesión: la vocación, el *calling* o *Beruf*⁷⁴, aspectos ampliamente desarrollados por Weber en su clásico *La ética protestante y el "espíritu" del capitalismo* (2001 [1904-1905]) o por Díez (2006) y Arboleya (1998 [1956]) en el ámbito español, entre otros.

La conferencia de Moret se centró en la educación recibida en lo que él denomina "preparación de la educación" donde la mujer tenía un importante papel como madre cuando el niño llegaba a la edad "viril", puesto que este pasaba al razonamiento. Moret y Prendergast abogaba por la armonía entre la inteligencia y la sensibilidad en la educación ya que redundaban en beneficio de la vocación y la profesión.

La vocación, según Moret, era "esa diferente manera que tiene el hombre de llegar a su fin; esa imposibilidad de unos para ciertas cosas, esa facilidad de otros para realizarlas" (pp. 10-11) y el resultado de las limitaciones de las facultades de la condición individual. Cada persona servía para una sola cosa y entre todos se realizaba la vida humana, la vida social. Todas las profesiones⁷⁵ eran iguales y todas llevaban al hombre a la realización de un mismo objeto. Por esta razón, Moret y Prendergast opinaba que la elección de la profesión era importantísima ya que "*decide la felicidad de nuestra vida*, a vosotras corresponde preparar nuestro espíritu y formar nuestro carácter y decidir nuestras inclinaciones" (p. 11, énfasis añadido) Así, el "momento solemne" que transcurría de la juventud a la "edad viril" –en que se debía elegir la profesión– era especialmente crítico y la madre debía prestarle toda la atención con el fin de guiar y no errar en la elección. Aunque no siempre resultaba fácil saber qué profesión deseaba el hijo, sí creía posible intuir la vocación. La importancia tanto de la vocación como

73 Vicente Asuero Cortázar (1806-1873). Catedrático de Terapéutica y Materia Médica en la Facultad de Medicina de Madrid así como de la XIV cátedra de "Moral, historia y bibliografía médicas". Socio de número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Madrid (1836-1873). (Fuente: Real Academia Nacional de Medicina, consulta electrónica).

74 DÍEZ (2006: 88-89) considera que la denominada "profesión determinada" tiene connotaciones de *Stand* y *Beruf*. El primer término resalta la condición del trabajo como ocupación fija y vitalicia que busca la relación entre trabajo y vida convirtiendo el trabajo en sustancia del estado social. *Beruf* eleva el trabajo a profesión-vocación introduciendo un componente ético. Sobre el concepto luterano de "profesión" así como una extensa explicación etimológica de la palabra puede consultarse WEBER (2001 [1904-1905]).

75 Los autores de estas conferencias utilizan "profesión" en el sentido de empleo, facultad u oficio.

de la profesión para el varón ochocentista queda claramente reflejada en el siguiente extracto de la conferencia de Moret y Prendergast:

“¿Qué hubiera yo sido a haber seguido otro camino? Ya veis Señoras, *la importancia de la profesión del hombre; ella es nuestro destino*. [...] eso depende de vosotras. Bien puede decirse que la vida, el interés de la humanidad está confiado a cada instante a la madre de familia” (p.12) (Énfasis añadido).

La idea de profesión vitalicia como “llamada”, revestida de la eticidad aludida por Díez (2006), se refleja en los discursos de los médicos españoles de la segunda mitad del XIX; la importancia entre la vocación y la educación la puso de manifiesto Asuero y Cortázar en 1855 en su discurso inaugural del curso académico 1855-56 en la Universidad Central titulado *La Vocación*. Su propósito era rebatir la creencia de que todos nacen con las mismas capacidades intelectuales para estudiar y especifica que,

“¿Habéis inquirido, con la sagacidad indispensable, las causas, los motivos, la *historia* de esa idea que os decidió a imponer o a refrendar *la aparente o genuina vocación* que empieza a constar en la matrícula? [...] Los que van a comenzar o a proseguir, desde mañana su carrera, están presentes; a ellos es a quienes de lejos o de cerca ha de interesar más lo que digamos.[...] sepan que después de un largo *noviciado* los aguarda la *profesión* y con ella el *juramento*” (p. 9) (cursivas originales).

No obstante, los errores en la elección de la carrera los achaca también a la voluntad paterna.

Para finalizar este apartado, José María Muñoz, en la Universidad Central, abrió el curso académico de 1854 de la Escuela Superior de Veterinaria con un discurso sobre los deberes vacacionales de los estudiantes universitarios. Menciona varias carreras y si bien focaliza su discurso en los estudios de veterinaria, hay una importante alusión a los estudiantes de leyes, carrera que considera la más importante. Menciono sintéticamente las referencias a la carrera de leyes puesto que constituyen un excelente ejemplo del proceso de profesionalización. Además, ilustran la dinámica del “sistema de profesiones” de Abbott (1988), la apropiación de los discursos profesionalizadores⁷⁶

⁷⁶ Para el caso que nos ocupa, los argumentos que Muñoz esgrime para la profesionalización de los futuros letrados son los mismos que los médicos utilizarán a lo largo del periodo estudiado. Y a su vez, el discurso profesionalizador que Muñoz transmite a los estudiantes de Veterinaria es, en gran parte, el mismo que utilizan los médicos.

y el largo *noviciado* al que alude Asuero que será una constante en los textos de los discursos de doctorado⁷⁷, especialmente durante las décadas de los años 50 y 60 del siglo XIX. El trabajo del futuro jurista, afirmaba Muñoz, suponía un camino arduo a lo largo del cual el estudiante debía “incorporar” una serie de cualidades que iban más allá del conocimiento experto, es decir, describe lo que se consideraría el *habitus* del legista. El estudiante de leyes debía buscar pasatiempos como la Historia, las alegaciones de los “grandes jurisconsultos” y la literatura de los humanistas y filólogos para desarrollar su elocuencia (1854: 12). Asimismo, estaba obligado a dejar muestras de moralidad y constancia intelectual entre sus conciudadanos. Hay una clara relación entre los estudiantes de leyes, sus profesionales y la política como ejercicio profesional. Este aspecto es poco mencionado en los discursos médicos donde priman valores como la filantropía y el humanitarismo, si bien suele denunciarse la escasa relación entre médicos y los puestos políticos y de poder (Cf. Nieto Serrano, 1844).

2.1.5. *¿Dónde me encuentro?: la percepción de los médicos de su situación en la sociedad*

La posición social de los médicos del siglo XIX puede definirse como prestigiosa y de alto estatus social. Así ha sido descrita por la historiografía médica española (López Piñero, García Ballerster, Faus, 1964; Faus Sevilla, 1972; Gómez Ferrer 1983; Laín Entralgo 1983). Una posición que también se ha reflejado en la literatura española ochocentista como puso de manifiesto Domenech Montagut (2000) mediante el análisis de 20 obras de la escritora Emilia Pardo Bazán, o Aparici Llamas (1982) para Galdós. Sin embargo, la percepción de los propios médicos no resultaba tan halagüeña y así lo expuso Albaracín Teulón (1974), basándose únicamente en la prensa médica del momento, lugar donde los médicos españoles vertieron su desazón y descontento profesionales. Se trataba de una profesión que integraba representantes de distintas extracciones sociales, con diferencias tan marcadas como el hecho de ejercer en centros urbanos o rurales, lo que dio lugar a un *continuum* que difícilmente podría abordarse de manera generalizada. Además, como acertadamente señala Valenzuela (1994), la práctica profesional desde mediados del XIX estuvo marcada por una fuerte injerencia estatal que originó,

⁷⁷ Discursos de doctorado de Medicina del siglo XIX. Vid. Capítulo primero, apartado *Las fuentes de la investigación*.

con la aquiescencia de parte de la profesión, una medicina para ricos y una beneficencia que obviamente marcó la posición social de sus practicantes.

Faure (2001) sostiene que a pesar del prestigio de la profesión médica durante el siglo XIX, el discurso fatalista de sus integrantes fue uno de sus recursos profesionalizadores. Este discurso, según el autor, sirvió tanto *hacia el exterior* para presentarse ante la opinión pública, como *hacia el interior* para mostrar una supuesta homogeneidad que reforzara la identidad común. Por esta razón, el panorama que nos presenta el médico del siglo XIX podría ser una construcción social edificada por los interesados, más que una realidad social (Fauré, 2001: 114).

En el ámbito español, una conocida carta de Seoane (López Piñero, 1984 [1819]) ilustra las reivindicaciones y quejas que se mantendrán, en mayor o menor medida y con algunas variaciones, a lo largo del siglo XIX⁷⁸. Algo más cercano a la cronología de este trabajo, el análisis de los textos que componen su *corpus* documental permite hacer el relato de un discurso fatalista que Matías Serrano achacaba, en 1844, a una dinámica que creía necesario combatir para alcanzar una mejor posición social, tanto de la profesión como del país en general:

“[H]idalgo lleno de rancias preocupaciones, imbuido en una superstición ridícula que llamaba espíritu religioso, envanecido con sus memorias y sus timbres, filósofo en no desear más que lo necesario, y en llevar con paciencia las mayores privaciones a trueque de no levantar el brazo para remediarlas; ciego en no ver que caminaba a un abismo, pobre por sistema, ignorante por altanería, decrepito, en fin, y sin fuerzas para llevar a cabo sus frecuentes baladronadas, ni para enriquecer su solar con briosos descendientes, que restauren la gloria de su nombre” (1844: 12).

Los problemas profesionales que los médicos percibieron a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX fueron clasificados por los propios agentes como internos y externos. El siguiente cuadro recoge dicha clasificación.

78 *Carta exponiendo las verdaderas causas de la decadencia de la medicina*. En este texto, aunque básicamente centrado en los médicos titulares, Seoane desarrolla y expone la situación de los médicos españoles de principio del ochocientos y las causas más plausibles. En ella, una de las principales acusaciones vertidas contra sus compañeros de profesión es la “indolencia” ante el estudio, la falta de ilustración, la rutina de la praxis médica, la falta de autonomía y autorregulación y el carácter liberal de la profesión frente a la política de los partidos médicos.

Tabla 5. Los problemas percibidos por los médicos sobre su profesión

	Problemas externos	Problemas internos
ÁMBITO SOCIAL	Imagen negativa del médico y de la medicina: <ul style="list-style-type: none"> • Materialismo/ateísmo • Escepticismo Caciquismo	Escepticismo médico
ÁMBITO GUBERNAMENTAL	Enseñanza médica Indefensión por parte de las autoridades Caciquismo	Enseñanza médica
ÁMBITO PROFESIONAL	Intrusismo no profesional (curanderos)	Intrusión profesional Problemas intraprofesionales Falta de asociación Enseñanza médica Heterodoxia disciplinar Descuido de la Moral Médica

Fuente: elaboración propia

El malestar profesional no era patrimonio de los médicos españoles. Para finalizar este apartado e ilustrar la percepción de los médicos franceses sobre su posición social sirva como ejemplo la definición de “médecin” recogida en el Dictionnaire de Médecine de É. Littré y Ch. Robin en 1873:

“Celui qui exerce la médecine. Le médecin doit aide et assistance à ses semblables, comme la foi morale et sa conscience lui en font un devoir. Il n’y a pas de loi qui l’astreigne, en tant que médecin, à prêter son ministère et le force à subordonner sa volonté au caprice du premier venu. Son droit d’exercer la médecine, il le tient de son diplôme, qu’il a acquis au prix d’études coûteuses, longues et périlleuses. Manipulations, hôpitaux, infection, dissections, autopsies, il a tout affronté sans que la société lui donnât aucune assistance. Docteur, il fait son entrée dans la société à ces risques et périls. C’est qu’à force de travail improductif et de privations qu’avec le temps il parvient à se faire connaître et à pouvoir vivre convenablement de son travail sans aucun privilège de la société. Le médecin paye ses contributions directes et indirectes, ses enfants tirent a la conscription, il acquitte son loyer et sans que la société lui fasse remise de rien. Il n’y a, pour lui, ni exemption, ni faveur (p. 924).

2.1.6. La autodenominada “clase médica”

El acto de nombrar y la auto-nominación son aspectos importantes en la construcción identitaria, tanto personal como grupal. Durante el siglo XIX, el grupo profesional formado por los médicos españoles se vio sometido a una constante nominación como consecuencia, principalmente, de la enorme variedad de títulos universitarios en el arte de curar. Albarracín Teulón (1973) demostró la coexistencia de 35 titulaciones diferentes durante algunos periodos del siglo XIX.

J.M. de Miguel (1982) sostiene que el término “clase médica” es privativo de la lengua castellana y que en un primer momento no hacía referencia a ninguna “clase social” determinada o élite privilegiada, sino a la existencia de los diversos tipos de médicos o curadores (protomédicos, médicos-puros, médicos-cirujanos, cirujanos, sangradores, barberos y un largo etcétera). Hasta 1868, a pesar de la unificación de 1827, existían los “médicos-puros” dedicados a la medicina interna por un lado, y los “médicos-cirujanos” que también practicaban la cirugía. Según De Miguel:

“El término “médicos” hubiese sido confuso pues entonces se refería a los médicos puros que no practicaban la cirugía ni otras terapéuticas mientras que el de “clase médica” describía así el novísimo tipo de médicos-cirujanos. Sin embargo, este término de “clase” – puramente taxonómico – se convierte poco a poco en un término clasista, es decir, para demostrar el status y el nivel social de la profesión médica asociada” (p.101).

Los sustantivos utilizados para denominar la profesión médica fueron varios, creando incluso cierta confusión: profesor de la facultad de medicina, profesión de la ciencia de curar, profesores⁷⁹, facultativos, cirujano, médico y, especialmente, clase médica. Esta variedad de significantes denota, como afirma De Miguel, la falta de concreción y unión de una profesión. A partir de 1940 el término “clase médica” se populariza con connotación de estatus.

Los licenciados en Medicina del siglo XIX, como atestiguan especialmente los discursos de doctorado, reflejan en sus escritos una visión holística de la Medicina, al menos por lo que a su construcción identitaria se refiere y la denominación “médico” suele

79 Profesor y profesar hacen referencia a ejercer o enseñar una ciencia o arte.

hacer referencia tanto a la medicina como a la cirugía. No obstante, las fuentes sí evidencian la construcción del estatus o, para ser más exacta, la búsqueda de la “concreción y unión” a la que alude De Miguel. En este sentido, es interesante analizar una memoria manuscrita de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona del año 1866.

La polémica suscitada por los escritos del periodista Juan Mañer Flaquer dio lugar a la memoria titulada *De la importancia de la clase médica y de las leyes sanitarias o breves apuntes en contestación a los artículos sobre el charlatanismo y los anuncios, publicados por D. Juan Mañer y Flaquer*⁸⁰ en el *Diario de Barcelona*. El escrito consta de 25 páginas (sin numerar) y está firmado por F. Duch, médico titular de Centelles (Barcelona). El médico responde a los comentarios vertidos por el periodista Mañer en una serie de artículos titulados *De los anuncios y del charlatanismo*, que considera un desprecio y ridículo de la “clase más necesaria, más filantrópica y humanitaria de cuantas constituyen el saber humano”. El párrafo que enoja a Duch y sobre el que base toda su argumentación es el siguiente:

“Eso de la clase médica nos hace mucha gracia. La clase médica no la hemos sabido hallar en ninguna parte. Tampoco sabemos que formen cuerpo o asociación, ni que estén ligados por juramentos y reglamentos los unos con los otros y cada uno con la congregación. La clase médica no le puede dar nada, ni quitar nada, ni exigirle nada y hasta las diferencias que tenga con alguno de sus compañeros de profesión, los ha de dirimir, no por un fuero especial sino por los medios vulgares. ¿Dónde está, pues, ese mito de la clase médica? Lo que el pueblo no quiere es que se le moleste y se le contraríe por todos lados, a pretexto de salud, con leyes sanitarias, reglamentos, ordenanzas, capaces de hacer enfermar hasta a los guardacantones” (Subrayado original).

Como se puede observar, se recogen buena parte de los puntos sobre los que la sociología de las profesiones ha teorizado. Duch rechaza la acusación de mito con el argumento de que si bien los individuos que forman la clase médica tienen distintas procedencias sociales o titulaciones todos son iguales en funciones y ejercicio y están ligados a la profesión por una serie de reglamentos y ordenanzas. Con este tipo de argumento, Duch da preeminencia al Estado en la profesionalización desde fuera o identificación. Sin embargo, el autor refuerza su argumento mencionando el jura-

80 Director de *El Diario de Barcelona* entre 1865 y 1901.

mento hipocrático exigido para el ejercicio al recibir la investidura. Esta ceremonia tenía una gran trascendencia y en ella se reafirmaba la misión del médico como pone de manifiesto el discurso del entonces bachiller Andrés del Busto⁸¹ en 1853 “en representación de sus condiscípulos”, con ocasión de la ceremonia de investidura de los licenciados en Medicina, cuyo título rezaba *Sobre el sacerdocio médico considerado en su estudio y ejercicio*.

Es muy significativa la mención, por parte del periodista, de la inexistencia de un fuero especial donde dirimir los problemas profesionales obligando a los médicos a acudir a “medios vulgares del resto de sus conciudadanos”. La creación de cualquier campo, –especialmente el científico–, como ha demostrado Bourdieu (2008), busca la autonomía⁸² respecto de otros campos en la creación científica. Los médicos españoles del XIX no solo pretendieron ese tipo de cierre y/o censura, sino que también buscaban su autorregulación con la pretensión de instituir tribunales de honor (Ivorra Ivorra y Ferrándiz García, 1988). Los “tribunales de honor” eran instituciones típicamente españolas que nacieron en el ámbito castrense para que juzgar oficiales (Real Decreto de 3 de enero de 1869). Luego se extendieron a la Administración pública y posteriormente a la esfera privada, especialmente los colegios profesionales. Estaban formados por pares y en ellos se juzgaba la dignidad de uno de sus miembros para pertenecer al cuerpo o profesión. Se juzgaban conductas y estados de opinión sobre la dignidad del individuo pero no para proteger el honor del acusado sino del cuerpo al que pertenecía⁸³. Duch admite que “hasta cierto punto” tienen un fuero especial recogido en las ordenanzas, reglamentos y en las actuaciones de los subdelegados de Medicina, Farmacia o Veterinaria en materia de intrusismo profesional “velando para que el farmacéutico no se inmiscuya en el terreno del médico y éste en el del cirujano y viceversa”. Estos dos argumentos, según Duch, bastaban para demostrar la “existencia” de la clase médica, para que “el mito tomara cuerpo”. No obstante, intenta

81 Andrés del Busto (1832-1899), médico madrileño, socio de número de la Real Academia Nacional de Medicina y titular de varias cátedras en la Universidad Central, con especialidad en la de Obstetricia. [Fuente: Real Academia Nacional de Medicina, consulta electrónica].

82 La autonomía es una de las principales características de las profesiones, según Freidson (1978).

83 La Constitución de 1978 los derogó definitivamente [Fuente: Congreso de los Diputados: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/sinopsis/sinopsis.jsp?art=26&tipo=2>].

consolidar su posicionamiento aduciendo la importancia de los médicos “cuando la Administración provincial, la local o judicial necesitan ser ilustradas” reforzando la importancia del grupo, no la del médico como individuo, con las siguientes palabras:

“[n]o siendo posible saber la opinión general de la clase ¿A dónde se dirige esta Autoridad en semejantes casos? Se dirige a los *legítimos representantes* de la clase médica, que son, el subdelegado algunas veces, como representante oficial de los médicos de su partido, a las Academias de Medicina, corporaciones oficialmente reconocidas, y en circunstancias dadas al profesorado de la facultad en el claustro universitario” (Duch, 1868) (Énfasis añadido).

“¡La clase no da nada! Ni quita nada, ni nada exige”. Esta frase, que el autor utiliza como anáfora para desplegar su discurso, da lugar a otras reflexiones sobre el carácter comunitario de la profesión. En primer lugar, la comunidad profesional es la que otorga los títulos meritorios, las medallas y los diplomas:

“¿Los da la clase médica o el gremio de zapateros? Se cuida de ellos el Gobierno [...] ¿Se llama acaso a los periodistas que de todo quieren entender? ¿Se buscan los votos del colegio notarial o de abogados? No, ¡y mil veces no! Solo la clase médica legítimamente representada por las Academias u otra corporación médica oficial es la que concede semejantes distinciones”.

Duch otorga gran importancia al control interno de la profesión aludiendo a “deberes sagrados y de alta trascendencia” que ni siquiera menciona el código penal y que, por consiguiente, solo pueden ser juzgados por fueros especiales, por las ordenanzas de medicina y de farmacia. Se refiere, básicamente, a cuestiones de moral médica cuya competencia residía, desde 1847, en los subdelegados de Medicina y Farmacia y que, en determinadas circunstancias se elevaba a las Academias de distrito o en los Jurados médicos de calificación que establecía la Ley General de Sanidad de 1855 aunque solo se desarrollaron con la colegiación obligatoria y la institución de los Colegios Oficiales, como indican sus Estatutos. Como se verá en los siguientes capítulos, la Academia de Medicina y Cirugía de Palma tuvo que mediar en diversas ocasiones, especialmente en materia de honorarios y relaciones intra e interprofesionales.

2.2. La profesión médica: los componentes de su definición

Todas las definiciones tienen varios componentes. La profesión médica fue definida de manera explícita e implícita como una actividad que aunaba la ciencia y el arte.

Manuel Granda González se doctoró en 1865 con un discurso de tesis titulado *De los deberes que el médico tiene contraídos con la Humanidad*. El autor afirma que los deberes del médico podían resumirse en dos proposiciones:

1. El médico debe poseer todas las condiciones científicas indispensables para el ejercicio de la profesión y...
2. “conducirse con los enfermos, con la sociedad, como lo aconseja la moral cristiana, criterio de todas las acciones, así del hombre dedicado al ejercicio de la medicina como de los que desempeñan otras profesiones” (p. 6).

Aproximadamente 50 años después de estas proposiciones –que muchos alumnos de doctorado también formularon–, el 6 de julio de 1919, Juan Valenzuela Alcarín⁸⁴ pronunciaba su discurso de recepción académica en Palma para ocupar la vacante de su fallecido hermano, el también farmacéutico Victor Valenzuela. Tituló su discurso *La Ciencia y la Profesión* y fue contestado por el académico Pedro Jaume Matas. Valenzuela recurre a la figura de su hermano para disertar, posteriormente, sobre la problemática situación que percibían los profesionales de las ciencias médicas mallorquinas. El extracto que sigue resume parte de las ideas sobre la figura del profesional, encarnadas en su hermano:

“Mi hermano estaba iniciado para la ciencia; poseía conocimientos fundamentales que le facilitaban la penetración en los cálculos y la memoria que no le era escasa, con posesión de varios idiomas, le proporcionaba la amplitud en el saber. Era un factor inteligente en una de las dos ramas, dígolo (sic) así, que constituyen los estudios de la Facultad de Farmacia. Es decir, como alumno salido de las aulas, era un hombre de ciencia, como profesor ya en el ejercicio de la profesión, no era alumno tan siquiera.

En los tiempos presentes de excesiva concurrencia, con la lucha por el vivir, producto de la profesión, hace muchos años que dejó de existir profesionalmente mi hermano, no había nacido para ejercerla. [...].

De aquí mi manera de pensar que el farmacéutico con farmacia abierta, difícilmente puede tener tiempo para cultivar cuanto aprendió en las Aulas. El dualismo entablado entre la ciencia y la parte económica, base fundamental de su vivir, resta en extremo, desgraciadamente, su vocación por la ciencia. Por eso titulo este trabajo *La Ciencia y la Profesión*” (Valenzuela Alcarín, 1919: 10).

84 Licenciado en Farmacia. Académico de número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma (1918-1936).

Valenzuela había definido la ciencia, con ocasión de la organización del Congreso Regional de Ciencias Médicas, como: “el advenimiento del hijo predilecto de la Humanidad” que llevaría, como era creencia habitual en la época, el progreso a todas partes y a todos los conceptos (p. 12). Apuntaba, asimismo, que no necesitaba recurrir a la metáfora del árbol frondoso que renueva sus hojas puesto que el constante sustituir de unas teorías por otras era la base del verdadero progreso científico y la verdadera unificadora de las profesiones aunque la controversia fuera siempre necesaria:

“Filosofar, en una palabra; reflexionar, comparar, deducir enseñanzas para aplicarlas luego al ejercicio de nuestras profesiones, una ciencia exenta de pasiones que estudiara lo más grande y lo más pequeño en todas las manifestaciones de la vida” (p. 13).

El discurso de Juan Valenzuela supuso un llamamiento a la unidad de los profesionales de las ciencias médicas. Sin embargo, la contestación de Pedro Jaume y Matas⁸⁵ permite abundar en la idea de profesión en el momento en que se gestaba la sociología de las profesiones.

Este médico se plantea, en primer lugar, la naturaleza del “Trabajo” parafraseando las palabras de un “eminente pensador”: “trabajo es aleación variable y misteriosa de los esfuerzos mecánicos, intelectuales y sentimentales” (p. 28) para concluir que ninguna ciencia profesional responde mejor a esta afirmación que la médico-farmacéutica. No obstante, Jaume y Matas califica de “simple palabrería” la reducción al binomio teoría-práctica representadas por la Ciencia y el Arte. Por esta razón, al título de la disertación del socio ingresante – *La Ciencia y la Profesión* – añade un nuevo elemento: el Arte.

Pedro Jaume hace un repaso “límpico” (sic) a estos elementos para afirmar que puede existir “Ciencia sin Arte sin profesión, y, en cambio, estos dos extremos no pueden realizarse sin el factor Ciencia que es en resumen una concepción abstracta” (p. 30),

85 Natural de Marratxí y vecino de Palma. Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona. Socio de número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma desde 1900 hasta 1920, por defunción. Ejerció diversos cargos en dicha institución. Fue miembro del Colegio Médico-Farmacéutico de Palma de cuya directiva formó parte en los años 1896-1898, presidente en 1906 y 1907. Miembro del Colegio Oficial de Médicos desde 1899 y del Colegio Provincial de las Baleares desde 1918 (Fuente: *Libro de colegiados del 11 de noviembre de 1899 al 12 de diciembre de 1926 del Colegio Oficial de Médicos de Baleares*, (COMIB). *Registro de socios numerarios y honorarios de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma desde 1831*, (ARAMIB)).

que debe ir acompañada siempre de la Ética: “Arte y Profesión persiguen lo que puede ser útil y aplicable. Saber es el fin científico, hacer es la profesión” (p. 31). Un “saber” que solo podía alcanzarse mediante tres operaciones: observar, comparar y, especialmente, generalizar o abstraer puesto que “[e]l sentir y observar, solo pueden constituir un montón informe y confuso, sin relación ni coherencia, sin constituir la verdadera Ciencia” (p. 31).

Ambos ejemplos ponen de manifiesto la doble naturaleza de la profesión: por una parte la disciplina, la ciencia, el conocimiento abstracto. Por la otra, la práctica. El conocimiento abstracto se ha constituido como uno de los rasgos definitorios de las profesiones (Haliday, 1987; Larson, 1977; Abbott, 1988; Macdonald, 1995), y baste recordar la definición dada por Murphy en la que define el conocimiento profesional como “formally rational, abstract utilitarian knowledge” (1988: 245).

Macdonald (1995) expone la relación entre la especificidad del conocimiento abstracto y las profesiones. Según este autor, las profesiones solo fueron viables cuando el conocimiento emergió como una entidad independiente de otras instituciones, normalmente la Iglesia, y cuando el mercado adquirió suficiente relevancia para poder prestar de manera privada servicios basados en este conocimiento.

La emergencia del conocimiento como entidad independiente es, según Gellner (1988), una de las principales características de las sociedades modernas y se focaliza en el mundo empírico de la Naturaleza (Macdonald, 1995: 158). Este hecho tuvo lugar, según Macdonald, con el advenimiento de la Revolución Industrial y el capitalismo. Estas tesis fueron ampliamente desarrolladas por Larson (1977) que relaciona el auge de las profesiones con las propuestas de Polany en “La Gran Transformación” y el “milagro europeo” de Jones. El conocimiento que aplicarían las profesiones sería aquel que tuviera el aval de las certificaciones y las credenciales, que en la Europa Continental otorgaban los Estados (Weber, 2001).

La relación entre teoría y práctica, como ha puesto de manifiesto Broman (1995) para el ámbito de la historia de la medicina alemana, es un asunto prácticamente olvidado por parte de los sociólogos de las profesiones a pesar de que “professions are occupa-

tions that claim to join theory and practice” (1995: 836). Asimismo, el conocimiento del médico ha variado a lo largo del tiempo puesto que su misión también lo ha hecho. Cook (1994), en un artículo cuyo título resume este supuesto – *Good Advice and Little Medicine: The Professional Authority of Early Modern English Physicians* –, expone la importancia del médico y su autoridad como consejero gracias a su erudición y formación humanística. Broham (1995) también lo ha demostrado para el caso alemán y Laín Entralgo para el español (1983; 1986).

Foucault desarrolló la relación entre la teoría y la práctica como instrumento de análisis de la sociedad burguesa liberal. Algunos estudiosos de las profesiones, como Larson (1990) y Goldstein (1984), han adoptado posturas foucauldianas para acercarse al fenómeno del profesionalismo introduciendo el concepto de “disciplina”. Goldstein describe “disciplina” como un concepto ambiguo: “the maintenance of a set of rules and the punishment meted out of their infringement” pero también como “a branch of knowledge” (Goldstein 1984: 178) que implica la construcción de la “verdad”, así como el ejercicio del poder. Larson (1990), por su parte, sostiene que la verdad es una cuestión de autorización y de poder incluso para dotarla de superioridad epistemológica “boldstered by the structural links that modern societies establish between knowledge and practice, education and occupation, schools and work” (p. 37).

La definición del campo médico durante la segunda mitad del ochocientos se centra en dos aspectos: la construcción de la “disciplina” y la “incorporación”⁸⁶ del médico mediante un *habitus* en la práctica de la medicina. La importancia del conocimiento médico del XIX radica en la supuesta científicidad de este con el advenimiento del positivismo y la contribución de las ideas de Claude Bernard y la medicina experimental. Como señalan Burrage et al. (1990), en el estudio de las profesiones conviene diferenciar entre los productores de conocimiento, normalmente localizados las universidades, y los dedicados a la medicina práctica. Analizar uno de los aspectos clave de la profesión médica española – la ciencia – y relacionarlo con la construcción de la profesión requiere, a mi entender, introducir dos elementos esenciales que, a su vez, también influirán en la práctica de la medicina. Los dos elementos a los que se hace referencia

86 Incorporar maneras y modos de actuar propios de un grupo social determinado.

son: la anormal asimilación de las teorías médicas en el siglo XIX español y la escasa capacidad curativa de los medicamentos.

López Piñero (1964) ha establecido tres etapas en el desarrollo de la medicina española condicionadas por las circunstancias políticas, socioeconómicas y culturales si bien, como el mismo autor apuntaba (1992: 201), los estudios han introducido numerosas rectificaciones de detalle aunque se mantenga la vigencia como marco cronológico general.

- El primer periodo corresponde al denominado “periodo de catástrofe” y abarca la Guerra de la Independencia y el reinado de Fernando VII (1809-1833). Dicha etapa se caracteriza por el colapso de una ciencia ilustrada ascendente y una fuerte disputa entre liberales y absolutistas.
- El segundo periodo, “etapa intermedia”, coincide con el reinado de Isabel II (1834-1868) y en él se asentaron las bases de la recuperación de la medicina española mediante la introducción de las novedades europeas del momento, la asimilación de la medicina anatomoclínica y la introducción de “la medicina de laboratorio”, basada en la investigación microscópica y experimental de laboratorio.
- Por último, un tercer periodo que arranca con la revolución democrática de 1868 hasta el final de la centuria, caracterizado por la práctica recuperación de la medicina española en todos los ámbitos, la plena introducción en patología y medicina clínica de las tres corrientes de la “medicina de laboratorio”: la centrada en la patología celular, la fisiopatología y la etiología basada en la microbiología (López Piñero 1992: 234). Asimismo, la actividad científica se desarrolló en plena libertad desde el punto de vista ideológico.
- J.M. de Miguel (1982: 109) sostiene la hipótesis de López Piñero, quien afirma que tras el periodo “de catástrofe” la medicina española ya no se recuperaría y que la inserción normal en la sociedad –“viviendo apartada de ella, con un desarrollo científico basado únicamente en algunos personajes aislados, y sin el desarrollo de las instituciones adecuadas”– no sería una realidad hasta bien avanzado el siglo XX.

La profesionalización de la medicina en el XIX estuvo marcada, a mi entender, por una

de las características de la relación médico-paciente: la limitada capacidad de curación de la medicina. Shorter ha establecido tres periodos en la relación médico-paciente desde el siglo XVIII. El periodo “moderno” se corresponde *grosso modo* al siglo XIX y las características que lo definen son las siguientes:

1. Excellent in history-taking, for the anatomical-clinical method attached great importance to the chart, the course of the illness;
2. Excellent in clinical investigation, especially in the physical examination of the patient;
3. Excellent in diagnosis, genuine differential diagnoses organized about elucidating a “chief complaint” appearing now for the first time;
4. *Terrible in therapeutics*, there being few effective medications (1993: 789) (Énfasis añadido).

Por tanto, en el camino hacia la construcción del paradigma biomédico⁸⁷ y la “moderna” profesión médica fueron cruciales la construcción de la “disciplina”, la adquisición de medicamentos susceptibles de curar y la práctica ejercida por “el buen doctor” (Comelles, 1998; 2007).

El enorme avance de la cirugía desde el siglo XVIII también supone un factor importantísimo para el desarrollo de la medicina. Hasta el periodo de plena unificación profesional, se produce un cierre social por inclusión de la medicina respecto de las técnicas y avances de la cirugía. En este caso asistimos a la adquisición de técnicas manuales en la creación de una profesión que, como hemos visto, basa su especificidad en el conocimiento abstracto y en cuya trayectoria histórica la diferenciación entre el trabajo manual –minusvalorado– y el trabajo intelectual fueron esenciales.

2.2.1. La Ciencia

“¿Qué es la medicina? ¿Qué son los médicos en el terreno filosófico?” (Ceraín, 1855: 14). ¿La medicina es una ciencia?, ¿La medicina tiene principios ciertos, de

87 Las características del modelo hegemónico biomédico son: biologicismo, ahistoricidad, pragmatismo eficaz y mercantilismo (MENÉNDEZ, E. L., 1981: 322); esta medicina se desarrolla en el medio urbano a partir del siglo XVIII en Occidente (Foucault, 1966; 1990). Vid. MARTÍNEZ HERNÁNDEZ (2008) para una síntesis de los diversos paradigmas que han configurado, según este autor, el paradigma médico actual.

los cuales puede deducir consecuencias legítimas y seguras en su aplicación?
(Ortego, 1855: 6).

Estas son solo algunas de las preguntas que los estudiantes de doctorado del siglo XIX español planteaban en sus disertaciones y que ilustran la cuestión de identidad profesional. Un punto importante en el estudio de cualquier profesión es definir cuáles son su misión y sus objetivos: “who was doing what, to whom and how” (Abbott, 1988: 1). Este hecho no pasa inadvertido a los practicantes de la medicina del siglo XIX que suelen definir su disciplina antes de abordar muchos de los temas profesionales.

La medicina se percibía como una ciencia “importantísima que se ocupa del estudio de la obra más perfecta y complicada de la Creación” (De Rivas, 1866: 5) cuyos dominios eran la estructura material, la composición elemental y “la fuerza dinámica o principio que la anima” (p. 5) cuya misión y objetivos son la prevención y la “[restitución] de la salud que por desgracias haya perdido” (Porta, 1845: 7). Muñoz (1878) afirmaba que el objeto de la medicina era el conocimiento del hombre sano y enfermo con el fin de perfeccionarlo en su desarrollo físico y determinar la influencia orgánica de las acciones morales; prolongar su existencia hasta los límites que corresponden a la vida, prevenir las enfermedades y curar o paliar los estados morbosos cuando la curación fuera imposible. En definitiva: el ser humano, su perfeccionamiento y la conservación de la vida. La naturaleza de este objeto –el ser humano y la vida– marcará la visión que los médicos tenían de ellos mismos y por ende, la que la sociedad tenía de la “clase” autorizada para cuidar las dolencias⁸⁸. La siguiente definición sintetiza el pensamiento de los profesionales respecto a su misión:

“La misión benéfica de la medicina es acoger al débil ser de nuestra especie desde que abre los ojos a la luz, fortificar su delicado organismo, preservarle de las enfermedades y de los contagios, hacerle feliz con sus consejos, consolarle en sus sufrimientos, devolverle la salud perdida, prolongarle la existencia hasta donde es posible y cuando no es posible, sembrarle de flores el camino que le ha de conducir a otra vida mejor” (Sánchez Salgues, 1854: 5).

Sin embargo, con el discurrir de la centuria la medicina no se contempla solo como patología y terapéutica y “suponer esto, sería desheredar a la sociedad de una multi-

⁸⁸ En los escritos de los años centrales de la centuria es muy habitual encontrar la palabra “dolencia” al referirse a las enfermedades.

tud de útiles lecciones que no pueden recibir de otra parte, es desamparar un medio poderoso de perfeccionamiento” (Lastres, 1864: 12) en clara alusión al papel cada vez más importante de la medicina en relación con la justicia y la Administración, el higienismo, la infancia, etc., es decir, el proceso de medicalización de la sociedad. Los profesionales médicos del XIX perciben la medicina como adalid de la civilización y el progreso y por lo mismo se consideran agentes civilizadores.⁸⁹

La medicina en el siglo XIX necesitaba –como el resto de las ciencias– de una división interna que permitiera su conocimiento, puesto que la inteligencia humana era incapaz de abarcar todos los conocimientos existentes. Los autores consultados establecen varias divisiones que quedan resumidas en una clasificación tripartita: el estudio de Dios, del universo y del hombre, es decir, la Teología, la Cosmología y la Antropología. La medicina quedaba incluida en la Antropología y los médicos la consideraban la más antigua y difícil de todas, como atestiguaba el célebre y citado aforismo hipocrático: *Vita brevis, ars longa, experimentum periculosum, iudicium difficile*. La medicina tenía por objeto al hombre, un *homo dúplex*:

“La misión principal del que aspira a conocer la obra predilecta de la naturaleza es la de que no aparte nunca su memoria de lo atrevido y limitado a su empeño, ni su vista de lo complicado de la máquina que va a estudiar, verdadera síntesis de todo lo creado” (López, 1866: 8-9).

Sin embargo, el “sacerdote de Esculapio” debía considerar al ser humano no como un ente abstracto separado de la naturaleza, sino limitado por esta; un ser de constitución dual pero natural en el que tomaban parte las fuerzas físicas, químicas y orgánico-animales así como las anímicas. De este modo, aunque:

“[El ser humano es] cuerpo y espíritu, lo miramos solamente como ser natural, guiándonos por su exterioridad, objetividad y observación para llegar a conseguir la experiencia, única fuente de criterio de las verdades de la vida” (López, 1866: 9).

Estudiar al ser humano “naturalmente” significaba excluir abstracciones filosóficas que, según los médicos, obstaculizaban el progreso de la medicina, conjugando de este modo una solución al problema sobre la acusación que se les hacía de ateos:

89 Vid. Norbert Elias (1994) para la idea de agente civilizador.

“[r]econozcamos en la más completa obra de Dios una cosa que no es cuerpo, y que llamamos alma; y una fuerza constante y estable que rige, gobierna y defiende nuestra máquina orgánica, siquiera no sepamos el secreto de cómo lo hace; y contentémonos con estudiar al hombre naturalmente” (Rivas, 1867: 18).

El problema que se presentaba a los médicos españoles sobre esta abstracción se centraba en los denominados “sistemas médicos” que habían monopolizado el devenir de la medicina desde antiguo. Santucho⁹⁰ afirmaba que las profesiones españolas estaban despertando del letargo y que se encontraban en un momento de reorganización y de vigor gracias al ambiente que se respiraba en el país. Señala el autor el “fervoroso culto” que recibían las ciencias exactas, las físicas e incluso las biológicas para preguntarse “¿Participa la Medicina de iguales ventajas?” (1866: 51). Esta pregunta tiene, a lo largo de un periodo bastante amplio, una respuesta que permite entender de qué manera se construye la idea de profesión entre los facultativos. Este autor se preguntaba si existían obstáculos que imposibilitaran la cuestión planteada, y no duda en contestar afirmativamente. Santucho, como la mayoría de sus colegas profesionales, señala como culpables del escepticismo de la sociedad de su época a los sistemas que poblaron la medicina, en su teoría y en su práctica. Esta heterodoxia disciplinar había forjado la sensación, entre médicos y pacientes, de que se trataba de una ciencia incierta y conjetura. El autor achacaba a la confusión entre teoría y sistema, que calificaba como “producto de las elucubraciones del filósofo”:

“El criterio filosófico aparta a la teoría del peligro de convertirse en un simple conocimiento empírico; el sistema la hace servir a exageradas deducciones y la arrastra al error. Ved aquí señores académicos, de qué modo los sistemas filosóficos han influido siempre en los desvaríos de los sistemas médicos; y se deduce también por qué razón las buenas teorías, verdaderas doctrinas, no pueden ser envueltas en el error de los sistemas” (Santucho, 1866: 54).

Durante la segunda mitad del siglo XIX, unos años con más intensidad que otros, asistimos a una preocupación entre los médicos por lo que denominaban incertidumbre, escepticismo y materialismo. Esta preocupación y sus posibles soluciones tomaron

90 José María Santucho y Marengo (1807-1883), miembro del Cuerpo de Sanidad Militar y académico numerario de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Madrid (Fuente: Real Academia Nacional de Medicina, consulta electrónica).

cuerpo en los discursos inaugurales de las Reales Academias y en los discursos de doctorado y se expone a continuación.

Materialismo y ateísmo

Los médicos de la segunda mitad del XIX prestan mucha atención a la relación entre la medicina y la filosofía, y así queda atestiguado en los discursos de las Reales Academias y en los temas de doctorado. Los principales sistemas filosóficos citados eran, de una parte, el sensualismo o materialismo que tenía como punto de partida las sensaciones; de la otra, el idealismo, fruto de la razón. El eclecticismo surgiría del antagonismo de los dos anteriores, tomando lo “más razonable” de ambos”. Los escépticos, finalmente, “indiferentes a toda cuestión, se burlan de la divergencia de opiniones, juzgando imposible llegar a saber la verdad, y siembran la duda y la incertidumbre” (Benavente, 1857: 4). Todos los sistemas estaban “ocupados en afanosa solicitud en determinar las causas primeras” y en constituir, sin éxito, la unidad científica de la que no escapaban el resto de ciencias, produciendo una sensación de anarquía:

“El cáncer que nos corroe y destruye, no es patrimonio de ninguna ciencia en particular, sino que residiendo en la madre común de todas ellas, la filosofía, todas se presentan en la misma situación [de anarquía]” (Ceraín, 1855: 16).

Los médicos afirmaban que todas las ciencias, incluyendo “política, moral y religión etc.” se habían desarrollado a “impulsos de la filosofía” y por esta razón participaban de sus aciertos y de sus equivocaciones, siendo la medicina la que había recibido un mayor influjo “[a] pesar de las protestas de independencia que han hecho siempre los más distinguidos prácticos” (Benavente, 1847: 4). La influencia del espiritualismo se traducía en medicina en el vitalismo, mientras que el materialismo daría lugar al organicismo. El sistema sensualista estaba representado, por una parte, en la fisiología y la patología por los partidarios de las ciencias físicas y químicas que sometían el estudio del hombre a las mismas leyes que la materia y la explicación causal de todos los fenómenos se explicaría por la física y la química. Y, por la otra, por la escuela anatómica, que reducía todas las explicaciones médicas a los órganos en ejercicio sin admitir una fuerza motriz. Ceraín afirma la proximidad de este sistema con el materialismo por dirigir su atención a lo objetivo “pero no niegan nunca la existencia de Dios y del

alma”. Afirma el mismo autor que “llegando a lo moral se detienen y lo respetan: no son pues materialistas en el *mal* sentido” es decir, en lo tocante a la religión (Ceraín, 1855: 17) (énfasis añadido).

El materialismo fue definido como “sistema filosófico que no admite para la producción y explicación de los fenómenos, cualesquiera que estos sean, más que la materia; no teniendo en él cabida otra entidad, fuerza ni agente” (Ceraín, 1855: 7). Su código, continúa el autor, se basaba en los siguientes principios:

1. No hay más que materia.
2. Por ella se explican los fenómenos de la naturaleza.
3. En la producción y explicación de los hechos, no debe admitirse ninguna fuerza o entidad.
4. El elemento ideológico del conocimiento es la sensación. No se admite más que aquello que entra por los sentidos: sensación, objetividad y realidad fenomenal.
5. El método para seguir la investigación de los hechos es el *a posteriori*.

Una manera de conocimiento que era esgrimido por sus partidarios como una de las causas del progreso:

“[d]icen [los materialistas] ved ese vapor, esa electricidad; ¡ya no hay distancias; todos somos unos: rusos, españoles y americanos; y por último como fórmula abreviada de sus adelantamientos, nos dicen en Madrid antes de ponerse el sol “hoy por la mañana ha muerto el Zar!” (Ceraín, 1855: 9).

Por lo que aquí interesa, el problema que planteaba este sistema no era tanto de carácter científico y/o epistemológico como moral, puesto que se equiparaba al profesional de la medicina con el ateísmo, una idea que a los ojos de los médicos era totalmente vergonzosa

“[El ateísmo era] una idea tan generalizada en la antigüedad, que se oía repetir do quiera con la mayor frecuencia: “*allí donde veáis tres médicos reunidos, de seguro encontrareis dos ateos*” (Mestre Marzal, 1863: 5): (énfasis original).

Las causas del supuesto ateísmo entre los profesionales médicos se atribuían a varias circunstancias: a) al hecho de haberse dedicado siempre al estudio de la filosofía, que

se relacionaba únicamente con el estudio de la naturaleza y no con el de Dios, llegando a confundirlo, junto al alma, con la materia; b) a haber estudiado el universo y el comportamiento del cuerpo humano en términos mecanicistas “confundiendo de este modo el movimiento con el motor”; y, finalmente, c) en no creer en la existencia de todos los milagros y fenómenos “sobrenaturales”

“[p]orque consideran de poca entidad las cosas del vulgo, y niegan las, para ellos, verídicas historias, en que se demuestran las apariciones de espectros y hechicerías” (Mestre Marzal, 1863: 9).

Los dos últimos aspectos reseñados son de gran importancia puesto que hacen referencia a la relación médico-sociedad, es decir, el campo social que le otorga la legitimidad en tanto profesionales. En esta arena se dirimen dos visiones del mundo con sus propias lógicas de funcionamiento encarnadas en progreso-tradición y ciencia-superstición, aspecto este último del que los médicos hicieron su caballo de batalla⁹¹. Por esta razón, afirmaban que la acusación provenía de

“[l]as gentes supersticiosas que, viéndolos opuestos a ciertas prácticas de su mal entendida devoción, han esparcido esa calumnia, a la que se ha dado crédito por esa facilidad que hay en creer en lo malo” (Mestre Marzal, 1863: 6).

Los fenómenos sobrenaturales se explicarían, según Mestre Marzal, por la razón sin que ello invalidara la presencia divina. Afirma que los médicos lejos de no creer en los milagros “los reconocen y confiesan, admirando en ellos el poder ilimitado de Dios” (p. 11) pero que su explicación se halla en las leyes físicas. A su vez, los fenómenos atmosféricos que tradicionalmente eran observados como malos augurios o presagios, como los cometas o “estrellas con rabo”, al igual que los milagros tenían una explicación física y química, aunque el peso de la superstición estaba muy arraigado y se identificaban

“[l]os cometas, las auroras boreales y los fuegos fatuos [...] como vaticinadores de la peste, el hambre o la guerra: idea tan arraigada en su mente, que es muy difícil, por no decir imposible, extinguirla en la persuasión” (p. 11).

El peso de la tradición, según Mestre Marzal, era imputable a la Edad Media – “aquella época de barbarie” – y a los sacerdotes por su animosidad contra los médicos, así como

91 MURPHY (1979) en su estudio sobre la profesión médica en francesa (1776-1830) señala, entre otros aspectos, la importancia de los médicos rurales como agentes civilizadores.

por la escasa ilustración de la época en la que vivieron “lo cual puede lastrar en parte a disculparlos y disculpar a la vez *su afán por introducirse en el campo de la medicina*” (p. 12) (énfasis añadido). Este intrusismo sacerdotal se tradujo en una etiología especial: las enfermedades eran arte del demonio o de las brujas y hechiceros. Esta etiología especial tenía, por consiguiente, una terapéutica especial “porque todo el arsenal terapéutico no consistía más que en el agua lustral, las misas, los exorcismos, las reliquias e invocaciones de los Santos y las limosnas” (p. 13). Apunta el autor que se encontraba lejos de ridiculizar tales remedios, a los que recurría en algunas ocasiones, pero que no por ello dejaba de utilizar la terapéutica moderna fruto de la observación y la experiencia. El paralelismo entre médico y ateísmo basado, según Ceraín (1855), en la estrecha relación de la medicina y la filosofía sensualista o materialista había arraigado en la sociedad desde antiguo⁹² y había extendido la opinión de que:

“[h]ay en el médico cierta frialdad e indiferencia hacia los eternos principios de la moral, creyendo además que en el mero hecho de consagrarse a la humanitaria ciencia de la vida, se siente con menos viveza que los demás hombres, todo lo que dice relación con el dogma” (Ceraín 1855: 6).

Advierte Ceraín de que el médico, como los demás hombres, está sometido a la ley moral “[s]in que la ciencia que profesa sea un obstáculo para no admitir las verdades eternas de nuestra religión venerada” (p. 7). El materialista, por lo tanto,

“[n]ecesita negar la existencia de Dios, la del alma, y por lo consiguiente de la inmortalidad, el libre albedrío, la conciencia, la personalidad toda, [...] con tales principios, todo el edificio moral crujió por sus cimientos” (p. 10).

El argumento moral está directamente relacionado con el punto de vista profesional respecto del estudio del materialismo puesto que niega la existencia del alma y de la inmortalidad y por tanto, el objeto de la medicina: el cuidado, en su sentido más amplio, del ser humano. La negación de la inmortalidad se traduciría en el comportamiento y funciones del médico en una clara diferencia entre la medicina como abstrac

⁹² Ceraín (1855) traza la genealogía del materialismo a partir de la escuela filosófica jónica de Tales de Mileto. El autor imputa la no creencia en Dios y la materialidad del alma a sus seguidores y afirma, para armar su argumento, que ningún seguidor de esta escuela fue médico (p. 12).

ción y como arte, en un momento en que primaba, por falta de medios terapéuticos eficaces, el cuidado sobre la curación⁹³:

“¿Y cuál sería la conducta con uno de aquellos enfermos crónicos, de padecimientos incurables por la lesión profunda de las vísceras, y con los cuales el oficio del médico es sólo de consolador exclusivamente moral? ¿Cómo sabría acompañar a un enfermo de esta clase hasta el borde del sepulcro, haciéndole tolerable el tránsito de esta vida a la otra con los medios que proporciona nuestra santa religión? ¿Y qué proceder observaría en aquellos casos de luto y terror generales producidos por el espantoso desarrollo de una enfermedad epidémica?...En estas ocasiones es en las que el médico ostenta su doble carácter científico y moral; entonces es cuando resplandece como un astro su desinterés, su abnegación, su humanidad [...] (Ceraín, 1855: 19).

El discurso sobre el materialismo también se centra en el interés pecuniario de los profesionales en una época en la que las profesiones liberales muestran un fuerte rechazo a la comparación con los comerciantes e industriales (Martín-Moreno y De Miguel, 1982). Sánchez Salgues (1854) lo ilustra de manera diáfana cuando alude a la moral del médico preguntando qué tipo de moral es la que debe guiar al profesional de la medicina: severa moral, moral austera, sacrificio de las pasiones, de la voluntad y de los gustos. Por esta razón, sólo un móvil guiaba la conducta médica:

“[e]l móvil que ha guiado siempre a la a los médicos en la azarosa práctica de la profesión, ha sido un pensamiento más elevado; son aspiraciones más nobles y generosas las que consumen su actividad; son sentimientos más piadosos los que les dictan su afecto y su solicitud en la triste mansión del sufrimiento” (Sánchez Salgues 1854: 6).

Como se verá en el capítulo cuarto de esta tesis doctoral, esta percepción sobre el desinterés del médico y las cuestiones relacionadas con sus honorarios irá variando a lo largo del XIX mallorquín y es uno de los aspectos más importantes de la profesionalización de la medicina mallorquina.

93 Como se ha expuesto, el rol del médico varía con el tiempo (COOK, 1994; BROHAM 1995; LAÍN ENTRALGO, 1983 [1964]; 1986). Si para el siglo XIX se advierte un rol de cuidador/curador, los mismos valores son utilizados casi un siglo después para la profesionalización de la enfermería, como ha pues-to de manifiesto M. MIRÓ (2008).

Escepticismo e incertidumbre en medicina

Los médicos expresaban su imposibilidad de curar la mayoría de las enfermedades y esta era la razón de la desconfianza de la sociedad, que tildaba a la medicina de incierta, conjetural, estacionaria y empírica. Otro de los correlatos del escepticismo de la sociedad y la lucha de los médicos por establecer una doctrina unitaria tiene su reflejo en la incertidumbre, que desde un punto de vista sociológico no es necesariamente un aspecto negativo, sino un mecanismo de control en la relación entre el profesional y el cliente. Johnson, en su ya clásico *Professions and Power* (1972), proponía estudiar las ocupaciones desde la división social del trabajo. La especialización, argumenta el autor, crea relaciones de interdependencia social y económica y consecuentemente, relaciones de distancia social. Dependencia de las habilidades y la especialización de ciertos grupos sociales tiene como consecuencia que se reduce el área de conocimientos compartidos. Mientras la especialización crea relaciones de interdependencia, también introduce lo que él denomina “potentialities for autonomy”:

“It is social distance as a product of division of labour which creates this potentiality for autonomy, but it is not to be identified with it. Rather, social distance creates a structure of uncertainty, or what has been referred to as indeterminacy in the relation between producer and consumer, so creating a tension in the relationship which must be resolved” (Johnson, 1972: 41).

Las relaciones de poder, según Johnson, son las que determinarán si la incertidumbre se reduce a expensas del profesional o del cliente. Un elemento clave en el grado de incertidumbre y por ende de la potencialidad de autonomía es el carácter esotérico⁹⁴ del conocimiento aplicado. La distancia social del profesional, su autonomía y control aumentarán siempre que este sea capaz de involucrarse en un proceso de “mistificación”⁹⁵. Por tanto, la incertidumbre puede servir para fines manipulativos y directivos⁹⁶(Johnson, 1972: 42-43). Sin embargo, este control ocupacional debe ser

94 Johnson utiliza deliberadamente este término sin referirse a él como el grado de complejidad o de especialización. Conviene señalar que en la literatura sociológica anglosajona de las profesiones es muy recurrente el uso de conocimiento “esotérico” en el sentido de ser reservado y en oposición a “exotérico”, es decir, común, accesible para la mayoría de las personas.

95 COLLINS (1989; 1990a y 1990b).

96 Johnson concluye que el profesionalismo “is a peculiar type of occupational control rather than the expression of an inherent nature of particular occupation. A profession is not, then, an occupation, but a means of controlling an occupation” (1972: 45), definición, desde mi punto de vista, muy acertada.

amortiguado por algún mecanismo que facilite la relación entre el médico y el paciente puesto que dicha relación siempre entraña algún riesgo, especialmente para el cliente. Aparte del discurso del profesionalismo, uno de los mecanismos para reducir la incertidumbre es la confianza, una de las palabras clave de los textos analizados. Ante esta situación, los médicos definieron dos funciones: la de “sacerdote” y la de “hombre de ciencia” con las que atraer la confianza de los pacientes, sus allegados y otra potencial clientela.

El escepticismo fue considerado como una de las consecuencias del antagonismo entre materialistas e idealistas, a pesar de hacer referencia tanto a la incertidumbre ante la medicina como a esa percepción social de su incapacidad terapéutica:

“[e]l escepticismo médico no es esta duda filosófica [emanada de la contrariedad de los hechos que ofrece la práctica] que induce a examinar y a comparar los hechos antes de decidirse por sus teorías; el escepticismo médico es la negación de toda verdad y de todo progreso científico, y la propagación de la incredulidad y de la desconfianza en la medicina” (Benavente, 1857: 5).

El autor citado, en su discurso de doctorado, afirma la existencia de dos tipos de escépticos: los profanos y los “médicos espurios”. Respecto a los primeros, “ajenos a la ciencia”, los considera incompetentes para juzgarla. Esta incompetencia, desde su significación bourdieusiana resulta de mucho interés puesto que no solo indica un cierre social por exclusión, sino la construcción del campo médico buscando la autonomía con la aceptación del criterio únicamente de los pares. Algunos de los profanos aludidos fueron Catón o Voltaire “que juzgaba inútil la ciencia, excepto en los casos de heridas y fracturas”.

“[r]idicularizando con la sátira y el epigrama; tales ataques empero, hubieran sido de bien escasa significación si de entre los mismos hijos de Esculapio no surgiera, tantas veces por desgracia, el grito de sedición y de discordia” (Ortego, 1855: 8).

Los médicos abundaban en la idea de la dificultad que entrañaba su disciplina puesto que, según su opinión, la medicina no creaba “sino que arranca los secretos de la naturaleza”. Pero esta dificultad no había impedido que se realizaran grandes avances médicos, que los profesionales esgrimían en su defensa contra la calificación de “estacionaria” frecuentemente aplicada a la medicina:

“Se dirá acaso que la mortandad no disminuye, que la longevidad es rara, que hay enfermedades como antes, y que en muchas de estas, aun conocidas, la Medicina es impotente; pero nosotros contestaremos ¿y las pestes que llevan la desolación y la muerte, no de vez en cuando a alguna ciudad como ahora, sino a naciones enteras con horrorosa frecuencia: dónde están? ¿Dónde está la viruela con sus estragos después del invento del inmortal Jenner? ¿Sabéis cuántas víctimas caerían al impulso de la sífilis sin el descubrimiento de las propiedades mercuriales? ¿A quién se debe, sino al ilustre Vier que los alienados fuesen objeto de curación en vez de ser pasto de la hoguera? ¿Quién sino la Medicina, arranca este triunfo a la superstición y al fanatismo, y devuelve a la Sociedad lúcidos y útiles unos seres que repudiaba como réprobos? [...] En fin, Señores, la sociedad podrá exigir de los médicos el estudio, la observación, el saber, un criterio ilustrado, una conciencia recta; pero el don de la inmortalidad es imposible” (Carreras y Xuriach, 1878: 26-27)

“Decidle al vulgo que los adelantos de la Medicina han sido los que han elevado a la mujer al rango social que disfruta en las modernas sociedades del mundo civilizado [...] [obligando] al legislador a consignar en los códigos una nueva circunstancia atenuante, purificándola en las leyes, y demostrando a la vez la inexactitud en el libro sagrado [Levítico], purificándola también en el concepto de las gentes” (Toledo, 1897: 4-5).

Respecto a los segundos, es decir, los “médicos espurios”, Benavente señala dos tipos: los que abandonaron la carrera “porque no nacieron para ser médicos” y los que no tienen fe en la profesión “porque el libro de la naturaleza desmiente la única teoría que aprendieron de memoria” describiendo a dichos profesores como médicos apoyados en la vejez y la rutina que:

“[d]esalientan a los jóvenes estudiosos, diciéndoles que “nada se sabe”, y se burlan de todos los adelantos y descubrimientos científicos, sin presentar más documentos que el título y la fe de bautismo para acreditar su experiencia y sus años” (Benavente, 1857: 7).

Benavente propone el estudio del escepticismo médico a partir de tres puntos esgrimidos por los escépticos para justificar su elección filosófica. Se puede considerar este análisis como la delimitación del campo médico y el *habitus* profesional por parte de los médicos:

- 1º. Que no conociéndose la esencia de las enfermedades es imposible o difícil su diagnóstico.
- 2º. Que se ignora el modo de obrar de los medicamentos.
- 3º. Que la diversidad de sistemas y teorías prueba la incertidumbre de la ciencia.

La dificultad de diagnosticar solía resolverse admitiendo que no era necesario llegar a las causas primeras, puesto que “la inteligencia humana no puede penetrar los incomprendibles misterios de la naturaleza” (Benavente, 1857: 8). Este discurso se repite a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX y se relaciona con la “fe en la ciencia” y la imposibilidad de encontrar explicaciones a todos los fenómenos:

“Dejemos que sucedan los siglos a los siglos, conducidos por la mano del tiempo, gran descubridor de verdades, y contentémonos con aprender lo cierto y experimentado, sin que nos desanimen todos los secretos que están ocultos hoy, y acaso lo están eternamente, a la mirada escrutadora de los sabios” (Toledo, 1897: 16-17).

La defensa de la medicina como ciencia real y positiva suele hacerse comparándola con la química y la física. Los médicos se preguntan la razón por la cual la sociedad se cuestionaba las explicaciones médicas y no hacía lo mismo con las teorías de la gravedad, que aun siendo difíciles de demostrar o entender, se tomaban por verdaderas. A su vez, entendían que la obligación moral del colectivo médico era transferir sus conocimientos a la sociedad; una transferencia mediante la cual, además, se legitimaban:

“El médico que considera a su profesión como es, como debe ser, es decir, como un verdadero sacerdocio, no ha de negar jamás los cuidados de su arte bienhechor al que los reclame; el que ha consagrado su vida al estudio de la Física, de la Química, de la Historia Natural, puede sepultar en su inteligencia los conocimientos que haya adquirido, la sociedad no tiene derecho de hacerle salir del aislamiento en que propone encerrarse. El Médico, por el contrario, sirve a todo el mundo y aquella exige imperiosamente los servicios que la ciencia particular que él posee le pone en situación de ofrecerle, no es que una ley positiva obligue al médico más que a otro ciudadano cualquiera a ejercer la carrera que le abre el título legal de que está revestido” (Lastres y Juárez, 1864: 17).

El problema no residía tanto en el diagnóstico como en la curación puesto que los galenos ochocentistas disponían ya de muchos conocimientos:

“Se da un caso de afección de pecho, y el médico manifiesta casi geométricamente, que ocupa la base del pulmón derecho, que es de naturaleza inflamatoria, que se halla en el primer periodo de su agudeza, y que los síntomas generales son los que corresponden a esta enfermedad cuando acomete a individuos de tales o cuales condiciones, ¿se podrá decir con fundamento que el médico no conoce de qué clase de lesión se trata? ¿Qué más se quiere exigir de él, como prueba de exactitud del diagnóstico? ¡*Qué cure siempre y dé la inmortalidad, como si el médico tuviera el poder de Dios!*” (Benavente, 1857: 9) (énfasis añadido).

No obstante, la dificultad del diagnóstico no solo radicaba, según los médicos, en la ignorancia de la etiología de las enfermedades, sino en otros aspectos de la práctica médica: la relación entre el médico y el paciente, la no infalibilidad del médico y “accidentes extraños” que sobrevenían en el curso de la enfermedad como cambios atmosféricos, afecciones morales u otros a los que, sin embargo, califica de excepcionales y que “en nada prueban contra la certidumbre de la medicina” (p.10).

Entonces, ¿cómo justificaban que los enfermos, a pesar de su escepticismo, acudieran finalmente a ellos? Mediante el recurso a la Historia:

“Esto no puede ser de otro modo, por cuanto, la Medicina cuenta con la certeza histórica, la cual se funda en los testimonios de autores fidedignos; así como creemos firmemente que Alejandro Magno venció a Darío, por la misma fe histórica no podemos dudar de las descripciones de las enfermedades, ni de los efectos de los medicamentos, que nos refieren los buenos autores” (Torres de Castro, 1864: 11).

La función propedéutica de la historia es patente a lo largo del periodo estudiado y, como han demostrado D. Gracia (1979) y Albarracín Teulón (1988), obedece a la tradición francesa en la que se basó la medicina española durante las primeras décadas del XIX. Sin embargo, los médicos ochocentistas también recurren a la historia para justificar la larga tradición de su ciencia y moral profesional por lo que puede entenderse, como apuntan Comelles (1996) y Burnham (1998)⁹⁷, como un recurso de creación identitaria. Uno de los temas de doctorado de los años 60 de la centuria tenía el ilustrativo título: *La medicina ocupa con razón desde los antiguos tiempos un lugar distinguido entre las ciencias* y en ellos, todos los doctorandos, discurrían sobre la Historia de la Medicina desde épocas fabulosas y mitológicas hasta el siglo XIX.

Pero el origen de esta certeza también provenía de la observación y de la experiencia, constantes y verificadas “con unos sentidos diestros y bien empleados, [y] las verdades que resulten de ellas son tan seguras como las que tuvieran cualquier otro origen y fundamento” (Torres de Castro, 1864: 11).

97 La importancia de la Historia de la Medicina y la relación de esta con la búsqueda de la “distinción” de los médicos entre ca. 1600 y el final del siglo XIX puede consultarse en el capítulo primero de su estudio titulado *How the Idea of Profession Changed the Writing of Medical History*.

La ignorancia de la acción terapéutica de los medicamentos no era óbice para mantener la acusación de escepticismo médico o ciencia conjetural. De nuevo, y como se ha apuntado para el tema de la rutina, aparece una delimitación del campo médico respecto de los denominados intrusos, especialmente los titulados. Esta delimitación se establece no solo por el supuesto conocimiento de las propiedades terapéuticas de los medicamentos, de la capacidad de distinguir los efectos secundarios de los patológicos o de conocer, por deducción, qué sustancias había tomado un paciente frente a un conjunto de fenómenos, sino que, y quizá esta es la parte más importante, el médico mediante el diagnóstico se separa del intruso:

“Lo que el médico ignora es el modo de obrar de los de los remedios secretos que recomiendan los escépticos, y que usan los charlatanes para fascinar a los incautos que creen en sus cuentos y trapacerías” (Benavente, 1857: 10).

“[E]l médico, diferenciándose del charlatán, examina, antes de administrar el específico, las condiciones del enfermo, la forma, el periodo y antigüedad de la dolencia, así como las circunstancias que pueden favorecer o desvirtuar los efectos terapéuticos del remedio” (Benavente, 1857: 12).

Finalmente, apela, como en el caso del diagnóstico, al conocimiento empírico para justificar la utilización de ciertos compuestos a pesar de no conocer su mecanismo terapéutico. La actitud científica sin certidumbre es una demostración de la construcción de la profesión:

“¿Son menos positivas las virtudes del mercurio en el tratamiento de la sífilis, porque no pueda darse una teoría aceptable respecto de su acción curativa? Creo que ningún escéptico que padezca una intermitente perniciosa, dejará de tomar quinina porque ignore de qué modo se la va a curar; como creo que ningún sediento dejará de beber agua porque ignore de qué manera extingue la sed” (Benavente, 1857: 12).

Buena parte de las exposiciones de los años centrales del siglo XIX giraron en torno a los sistemas médicos y sus consecuencias en la medicina y en la percepción que la sociedad tenía de esta como ciencia. Sin embargo, los doctorandos del siglo XIX no consideraban esta controversia como contraproducente para la ciencia médica puesto que estas teorías no impedían los principios fijos y las reglas ciertas para la práctica de la medicina, como se ha visto en la delimitación entre teoría y sistema.

“¿Qué inconveniente hay en que los médicos discutan y se den razón de la causa de los fenómenos valiéndose de doctrinas vitalistas u organicistas, si por último se ponen de acuerdo en lo principal, en la elección de los remedios para aliviar o curar la dolencia?” (Benavente, 1857: 13).

Los médicos entendían la observación y la experiencia como camino “único que puede conducir al conocimiento de la verdad en medicina” (Ortego 1855: 3) siguiendo los preceptos de Hipócrates. Y admiten que esta aseveración era mucho más firme en el siglo XIX gracias a los adelantos de la ciencia, especialmente gracias al avance de la física y la química.

En definitiva, el escepticismo en medicina era condenado y constituía

[e]n el orden moral un verdadero delito, y en el orden social y profesional es una indignidad. Dar consejos en cuya eficacia y utilidad no se cree es engañar a un desgraciado paciente y cometer miserable estafa, y además apartarle de otro médico digno que, lleno de fe, sabría seguramente aplicar mejor que el incrédulo las reglas de un arte mancillado y desconocido por su torpe conciencia” (Calleja, 1894: 23).

La experiencia en Medicina

El tema de la experiencia en medicina fue tratado por Paula y Folch en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona en 1854, y por Santero en la Academia matritense en el año 1863. Respecto a los discursos de doctorado, se han localizado cuatro ejercicios titulados *Sobre la experiencia en Medicina*. Sin embargo, y como apunté en el apartado *Las fuentes de la investigación* del capítulo primero, no es posible conocer el número exacto de ejemplares dedicados a este tema. La “experiencia en Medicina” como intentaré demostrar, no fue únicamente una cuestión de creación del campo médico como disciplina, sino que, junto a otros temas, representó la construcción del *cuerpo* del médico. Conviene tener en cuenta que la literatura sobre la “incorporación” de la figura del médico fue muy popular en Europa, como ha demostrado K. Johansson (2006). Se advierte, pues, una preocupación del grupo profesional por la construcción del “self”, pero también de su contraposición a otros agentes relacionados con el proceso de salud/enfermedad/atención.

Paula (1854), como la mayoría de los autores españoles, cita a Zimmermann o a Sydenham (el *Hipócrates inglés*) para teorizar sobre este tema y solo hacia finales del siglo XIX aparece la figura de Claude Bernard citada de manera explícita. No obstante, las ideas del fisiólogo francés se perciben a lo largo del periodo estudiado aunque su obra cumbre *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* no fuera traducida al español hasta 1880⁹⁸.

La experiencia –en general– fue definida por Paula como “los resultados generales de las observaciones muy repetidas, que se adquieren por medio de la observación atenta y detenida” (p. 11). Así, la experiencia en medicina sería “la consecuencia de la observación de las enfermedades, siendo por lo mismo, la base y principio fundamental [de la medicina]” (p. 11). La experiencia se constituía en guía de las investigaciones, en la búsqueda de la “verdad” y de la práctica, síntesis de los estudios y “sello filosófico” que debía acompañar la práctica médica (López, 1866). Se observa, por lo tanto, la importancia de la disciplina o ciencia y la práctica o arte como rasgos definitorios de la profesión médica.

Los distintos autores acentúan la diferencia entre observación/experiencia y observaciones/experimentación con una frase atribuida a Zimmermann que fue harto repetida en los textos: “El que observa, escucha la naturaleza y el que experimenta, la (*sic*) pregunta” (Paula Folch, 1854: 11). La observación requiere de los sentidos y por esta razón, las referencias indudablemente llevaban a los disertantes a Hipócrates, a Galeno, a Bacon y la adopción del método inductivo (“sensualistas”) al que se adhirieron la mayoría de los médicos aunque “traspasando en sus especulaciones teóricas el horizonte de los fenómenos” (p. 11) lo que irremediamente abocó, según el colectivo médico, a la medicina a la multitud de sistemas que si bien se basaban en la experiencia, daban explicaciones “tortuosas” a los hechos contribuyendo al escepticismo y obstaculizando el progreso de la ciencia médica.

98 Existen varias traducciones comentadas de esta obra. La última versión (bilingüe) está prologada por J.L. Puerta López-Cózar (2011). Laín Entralgo es el autor del prólogo de la versión clásica de esta obra con ediciones de 1996 y 1947.

El progreso histórico de la experiencia lo resumía Fernández con las siguientes palabras:

“[v]emos primero a la experiencia pura constituyendo el arte; luego suministrar los primeros materiales para echar la base del edificio científico; más tarde ilustrarse con los conocimientos filosóficos, sujeta a los vaivenes de éstos; y últimamente unida en saludable consorcio con la observación y el raciocinio, ser la piedra de toque, la soberana, el juez supremo que ha de juzgar los hechos que pretenden hacerse lugar en la ciencia” (1867: 12).

La observación, por su parte, se definía como:

“[l]a ciencia de hacer una juiciosa aplicación de los sentidos al estudio de las enfermedades consideradas bajo las relaciones de sus causas, de sus efectos, de su naturaleza y de su método curativo. (...) designa la historia particular de un hecho, o de un caso de enfermedad” (Paula, 1854: 12).

Se trataba, por tanto, de la percepción exterior o material de los objetos o la “materia bruta”, según Zimmermann, aunque debía ir acompañada de la inteligencia o raciocinio, es decir, de la teoría

“[t]an despreciada del vulgo y tan frecuentemente atacada por los semi-sabios, [que] si está fundada en la observación de los hechos con sano criterio, triunfará en mil ocasiones de la ciega práctica” (Zimmermann, citado en Rivas, 1867: 13).

Las observaciones médicas solo se consideradas útiles cuando “[e]l raciocinio ha sacado de ellas, un mayor o menor número de conclusiones generales, de las cuales se compone la ciencia médica” (Paula, 1854: 12).

El experimento o experimentación se definía como la experiencia concretada en algún hecho, “designaba un ensayo o tentativa que se practica para aclarar alguna duda o aprender lo que se ignora” (Paula, 1854: 12). La experiencia, por tanto, era la suma de los conocimientos adquiridos por las observaciones y los experimentos. Una especie de interrogatorio de la naturaleza, volviendo al famoso aforismo atribuido a Zimmermann. Se trata, no obstante, de una observación y experimentación metódicas y razonadas que llevaba a los médicos a centrarse en varios aspectos esenciales: los sentidos, la erudición y el genio médico. Como puede observarse, son aspectos relacionados con la forma de trabajar y de suma importancia en la creación del campo profesional, según Abbott (1988).

Cómo observar y experimentar: los sentidos

La capacidad de observar era entendida como una capacidad inherente al ser humano. Sin embargo, en las ciencias experimentales y especialmente en la medicina, como argüían los médicos ochocentistas, era necesario que los sentidos reunieran dos circunstancias: que tuvieran una integridad fisiológica y que estuvieran educados para observar. Además, el médico debía estar dotado de espíritu de observación que se definía como “el hábito de ver cada objeto tal cual es y conocer lo útil que puede haber en él” (Rivas, 1867: 12). Este espíritu observador, asimismo, estaba fundado en la instrucción sólida en todos los ramos del saber de la ciencia médica pero especialmente en la función propedéutica de la Historia, puesto que esta enseñaría al médico cómo pensaron los grandes médicos sobre los hechos observados y en qué errores incurrieron.

El espíritu de observación, –ver los objetos como “verdaderamente son”–, puede establecerse como un hecho diferencial entre profesión y ocupación⁹⁹ y representa, a mi entender, la diferencia entre el médico y el curandero u otros agentes de la curación no legalmente establecidos:

“Un arquitecto y un geómetra miran un triángulo; un naturalista y un jardinero examinan las plantas; *un médico y un enfermero* observan un doliente; pero ni el arquitecto, ni el jardinero, ni el enfermero ven lo mismo que el geómetra, el naturalista y el médico. Tenían razón los estoicos cuando preguntaban: ¿Quién os ha dicho qué habéis visto?” (Fernández, 1867: 17) (Énfasis añadido).

Según varios autores, la observación perfecta solo podía realizarse mediante la educación de los sentidos ya que estos eran, según Hipócrates, el conducto inmediato para transmitir los hechos al entendimiento. El médico dotado de sentidos educados, expeditos y de espíritu de observación estaría en condiciones de investigar con éxito y sus descripciones serían cuadros fieles de los hechos observados, de las enfermedades y no “[h]istorias engalanadas con mil adornos, que desfiguran la naturaleza, cuya copia exacta es la misión del verdadero médico” (Fernández, 1867: 19).

99 De manera sintética, la sociología de las profesiones distingue la profesión de la ocupación básicamente en el conocimiento abstracto y en la no rutinización (estandarización) de las tareas.

Existían unas reglas prácticas que garantizaban una perfecta observación y experimentación, que cambian con el devenir de la medicina experimental:

- No hay efecto sin causa.
- Los actos vitales se rigen por leyes físicas y químicas.
- Los atributos de las cosas se conocen por comparación de sus semejanzas y diferencias.
- La observación debe ser atenta, minuciosa y analítica llevada a cabo con el ánimo libre y “desapasionado” de cualquier sistema filosófico o pasión. Por lo tanto, la formulación de hipótesis debía ser informada y no “hija del capricho o del pueril entretenimiento” (López, 1866: 21).
- Las observaciones deben ser auténticas, repetidas y, en algunos casos, apoyadas por cierto número de testigos. Deberían registrarse en un libro especificando las posibles causas, síntomas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento “con las reflexiones juiciosas que sugiera el caso, hechas al final y sin mezclarlas con lo observado” (López, 1866: 21). Las historias deberían redactarse en lenguaje sencillo y “castizo” con brevedad y modestia.
- Además de la enfermedad, conviene tener presentes todas las circunstancias que rodean al enfermo: sexo, edad, constitución, temperamento, idiosincrasia, oficio, estado, naturaleza, procedencia, hábitos morbosos, morbíficos, diatésicos, específicos y enfermedades padecidas. Finalmente, a estas circunstancias conviene unir las exteriores al enfermo, es decir, aguas, alimentos, clima, etc. así como las condiciones de endemia o epidemia. (Rivas, 1867: 17).
- La experimentación ofrece más dificultades que la observación puesto que el experimento “principia por entrar violentamente a la naturaleza” (López, 1866: 23), produciendo perturbaciones en los fenómenos que deben tenerse en cuenta para no tomar lo accidental por lo natural. De este modo, antes de deducir conviene realizar los experimentos varias veces con atención y “despreocupación de ánimo” conociendo la fisiología de los animales en los que se experimenta para verificar las analogías y diferencias con la fisiología humana, así como las sustancias empleadas.

- Si la experimentación se hace en uno mismo, debe tener presente “las condiciones temperamentales, estado de salud, influencia de los hábitos y no menos su imaginación” (López, 1866: 24).

Como se ha indicado, los sentidos debían educarse y perfeccionarse a lo largo de la vida profesional. Las menciones a este respecto son pocas aunque disponemos de un texto de 1835 publicado por Félix Janer titulado *Preliminares clínicos o Introducción a la Medicina Práctica*. En él, el médico catalán expone todas las cualidades físicas e intelectuales que debía poseer el práctico, así como las características de los cinco sentidos, su conservación y perfeccionamiento. Estos debían ser íntegros y perfectos puesto que eran la base de toda la experiencia. Así, la primera cualidad de cualquier médico era la feliz integridad de los órganos de los sentidos y la perfección de sus facultades sensitivas, susceptibles de ser educadas (1835: 18).

Erudición y genio

Estas eran dos características esenciales para desarrollar la “verdadera experiencia” médica y auxiliar a la observación. La erudición era una de las cualidades exigidas al médico en el desempeño de su rol como hombre de ciencia y practicante de la medicina. Fue definida como “el conjunto de todos los conocimientos principales y accesorios que constituyen la ciencia, transmitidos por palabra y por escrito” (Fernández Luanco, 1867: 13). Para el hombre de ciencia, la erudición adquirida mediante la lectura de los médicos clásicos evitaría los errores, como ya se ha visto en el apartado sobre la incertidumbre y el escepticismo. Sin embargo, el médico precisaba ilustrarse en otras ciencias, las denominadas habitualmente “ciencias auxiliares” y ser capaz de juzgar por sí mismo. De este modo, De Rivas puntualiza:

“No olvidemos tampoco el sentido en que debe tomarse la palabra erudición: porque el médico más erudito puede ser muy inútil si no ha aprendido a juzgar bien, y solamente ha leído para adornar su memoria” (1867: 11).

La erudición también obedecía al rango de la medicina “que no está al alcance de las capacidades vulgares” (Fernández Luanco, 1867: 15) como en tiempos antiguos en los que no se consideraba necesario el conocimiento de las enfermedades. La selección

de las obras que ilustrarían a los médicos también era un punto importante puesto que no debía tratarse de obras “monótonas que agobian la memoria” o llevadas por el espíritu sistemático de algunos autores para evitar “engalanar al médico con estéril palabrería” sino con lo realmente “útil y verdadero”.

El tema de la erudición fue ampliamente tratado por Félix Janer, durante la primera mitad del siglo XIX en dos publicaciones. Una de ella ya se ha citado (*vide supra*) y la otra se publicó en 1833 (con una reedición en 1855) con el título *Del buen gusto en Medicina y de los medios de adquirirlo y perfeccionarlo*. En esta última, Janer expone la relación metafórica entre el *buen gusto* como delicadeza y el sentido del gusto advirtiendo que no era privativo de las bellas artes y las letras, sino de todas las ciencias:

[e]l buen gusto en un facultativo supone [...] aquella feliz calidad del entendimiento que naturalmente lo dispone a sentir sin dificultad las impresiones de lo bueno y perfecto en la ciencia de curar. Esta natural disposición se halla particularmente en el médico y el cirujano que reúnen la integridad y finura de los sentidos, la energía y delicadeza de la sensibilidad, la celeridad y exactitud de la perfección, la extensión y tenacidad de la memoria, la viveza y profundidad de la imaginación; en una palabra, todas las calidades físicas e intelectuales que constituyen el talento médico” (Janer, 1855: 9-10).

La erudición, pues, permitía al médico distanciarse y “distinguirse”, en el sentido de Bourdieu¹⁰⁰, de los empíricos y charlatanes; es decir, le permitía alejarse de los procedimientos rutinarios que delegaba en los enfermeros y posteriormente en los practicantes.

Este “buen gusto” enlaza con la opinión de Zimmermann, citado por Fernández (1867), sobre el arte de la observación, considerado de gran importancia puesto que la historia natural de las enfermedades era la base científica del médico. Sin embargo, se podía tener un buen espíritu observador y una gran erudición y carecer del de discurrir debidamente frente a los hechos observados. Por esta razón, la observación siempre debía ir auxiliada por el “genio” puesto que “el primero mira lo que cae bajo el dominio de los sentidos; el segundo ve la unión y enlace de las verdades generales: el uno nos da la ciencia de los hechos, el otro la de sus leyes” (Fernández, 1867: 20).

100 Vid. BOURDIEU, (1999 [1979]).

El “genio” (Zimmermann), “naturaleza perspicaz” (Hipócrates, Galeno), “demonio familiar” (Clerc), “instinto natural” (Thierri), “ingenio” (Huarte), “tacto médico” (Richerand) hacían referencia al tino práctico, a ese “no sé qué, cierta cualidad que hace que dos médicos con los mismos estudios, la misma educación y práctica, no sean, sin embargo iguales” (Celso, citado por Fernandez Luanco, 1867: 21). En definitiva, esa cualidad “que [entre] el vulgo se conoce con el nombre de *ojo clínico*” (López y López, 1867:29) entendida como el conjunto de cualidades atribuidas al médico hombre de ciencia (observación, experiencia, erudición, genio) “ayudado de la observación asidua y constante de algunos años a la cabecera del enfermo” y que en la actualidad sigue siendo una expresión habitual.

El genio era percibido como una cualidad natural, que no se podía adquirir, pero sí perfeccionarse. Se definía como,

“Feliz disposición orgánica que da toda la fuerza y extensión posible a las facultades intelectuales, con cuyo don precioso del cielo, perfeccionado con la educación y el gusto, el médico siente y percibe con mucha viveza las impresiones de la enfermedades, y con una ojeada, que se parece a una inspiración, juzga de la analogía o diferencia de las sensaciones, consiguiendo pronto y bien lo que sin este privilegio no logra, o lo hace tarde y mal” (Fernández Luanco, 1867: 21).

Cada ciencia o arte precisaba de un genio distinto. La pintura y la poesía precisaban más imaginación que espíritu; la física y las matemáticas, más inteligencia que imaginación; la medicina y la política, por su parte, requerían tanta imaginación como inteligencia. Incluso, dentro de la misma ciencia médica, las distintas partes de la Medicina necesitaban de un tipo u otro de genio, como afirmaban los prácticos. Como se avanzó al principio, la ciencia es uno de los componentes de la profesión; el otro hacía mención a su práctica, al arte. Los siguientes apartados están dedicados a analizar este aspecto.

2.2.2. El Arte

Los códigos de moral médica y literatura sobre deontología profesional médica tuvieron una gran profusión durante el siglo XIX¹⁰¹ (Ortiz et al. 1991). Tradicionalmente,

¹⁰¹ Las publicaciones sobre historia de la ética médica y de la deontología profesional son muy numerosas fuera de las fronteras españolas; una síntesis reciente puede consultarse BAKER, R.B. y Mac-

desde la teoría de las profesiones, el discurso sobre estos códigos se ha centrado en su función dentro del proceso de profesionalización clásico, es decir, como una etapa necesaria o bien como herramientas para conseguir el monopolio (Berlant, 1975). No obstante, también pueden analizarse como instrumentos para la construcción identitaria grupal, puesto que no solo guiaban al médico en su práctica clínica sino, y con más énfasis, en el modo en que este debía comportarse para dotarse de una identidad positiva y “presentarse” ante la sociedad¹⁰². Resulta evidente la instrumentalización de dichos códigos puesto que los propios médicos fueron muy críticos respecto a la supuesta percepción negativa que la sociedad tenía de algunos aspectos de su profesión.

De este modo ¿cómo debía ser el médico “ideal”? El siguiente cuadro recoge, con las palabras utilizadas por los propios médicos ochocentistas, los principales aspectos en los que se debía incidir con el objetivo de crear una imagen positiva. Los manuales de Moral Médica, tanto españoles como extranjeros, prestan atención tanto a las relaciones de los médicos con sus pacientes y clientela como a las relaciones intraprofesionales. Sin embargo, la lectura de otras fuentes documentales, como discursos de doctorado, discursos inaugurales o folletos varios permite observar una primera preocupación profesional centrada básicamente en la relación médico-clientela. La preocupación por las relaciones intraprofesionales toma cuerpo, con fuerza, hacia finales del siglo¹⁰³. Ambos discursos –relación médico-clientes y relación médico-otros sanadores– podrían obedecer a una doble estrategia profesionalizadora. En primer lugar,

CULLOUGH, L.B. (Eds.) (2009). La historiografía española apenas ha prestado atención este tema, como recoge la *Encyclopedia of Medical Ethics* (1995), en la que se cita un artículo de Ortiz et al. Buena parte de esta temática, especialmente sobre bioética, ha sido desarrollada por Diego GRACIA. Sobre la ética médica en España para las épocas moderna y contemporánea puede consultarse PESET, J.L. y GRACIA, D., (eds), *The ethics of diagnosis, Philosophy and Medicine*, Series vol. 40, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1992; GRACIA, D. (2009), “The Discourses of Practitioners in Nineteenth and Twentieth Century Spain” en BAKER, R.B y MacCULLOUGH, L.B. (Eds.). Aunque en esta tesis no se recoge el punto de vista del médico mallorquín Jaime Salvá y Munar puesto que sigue a Félix Janer en materia de deontología profesional, puede consultarse una aproximación general a su obra en March Noguera, J. (2001).

102 Con “presentación”, me refiero a la construcción hecha por GOFFMAN, (1987, [1959]), *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, según la cual la interacción social en la vida cotidiana sería una metáfora de la representación teatral en la que los individuos buscan información sobre el resto con la finalidad de saber cómo actuar ante cada situación y obtener los resultados esperados.

103 Esto no significa que con anterioridad no se abordaran estos temas. De hecho, no mostrar fisuras hacia el exterior fue una estrategia profesionalizadora y, como se verá, el ejemplo mallorquín respecto a la epidemia de cólera de 1865 es un claro ejemplo de esta auto-censura de la profesión en su intento por mostrar una identidad compacta y compactada ante la sociedad.

la creación de un mercado mediante una “figura ideal” e idealizada. Una vez constituido este mercado, –con la medicalización como proceso coadyuvante–, el discurso sirvió para reforzar el monopolio legal sobre el arte de curar tal como sugiere Berlant (1975) para los casos británico y norteamericano.

Tabla 6. Las cualidades del médico del ochocientos según diversos autores

	Janer (1831; 1847)	Discursos de doctorado (1850 – 1880)	Toledo y Toledo (1897)
MORAL Y HUMANITARISMO	Religión Humanidad Confianza	Religiosidad Caridad, humanidad, abnegación, filantropía Benignidad	Moralidad
CIENCIA ERUDICIÓN CERTIDUMBRE	Afición al estudio y a la observación Desconfianza en sí mismo en algunos casos Confianza	Aplicación Estudio metódico y talento unidos a la observación y experiencia Convencimiento de la dignidad y nobleza de la profesión	Instrucción Fe en los principios de la ciencia Veracidad
DISCRECIÓN	Prudencia y secreto Confianza	Reserva, veracidad, secreto, prudencia, discreción	Prudencia Celo
DESINTERÉS	Desinterés	Desinterés	
CARÁCTER DEL MÉDICO	Templanza y sobriedad Circunspección y decencia Serenidad, valor y firmeza de carácter Fortuna Confianza	Grandeza de alma Templanza, sobriedad, circunspección, decencia, serenidad Firmeza de carácter Flexibilidad de espíritu Afabilidad, candor, dulzura, amabilidad, cortesanía	Valor Circunspección Entereza Hombre de mundo Cariñoso Paciente Tener despierta la conciencia “Susceptible en achaques de honradez”

Fuente. Elaboración propia

Moral y humanitarismo¹⁰⁴

El desarrollo de cualquier actividad profesional requería de la aplicación de los preceptos de la moral, aunque los médicos opinaban que en su caso esta debía ser más severa puesto que eran los árbitros de la vida de las personas que depositaban en sus manos el cuidado de su enfermedad.

El “sacerdocio médico” no podía alcanzarse con la administración rutinaria de los conocimientos adquiridos, sino que eran necesarias una serie de cualidades morales. Estas cualidades, como apuntaban los futuros doctores en Medicina, estaban presentes en todos los seres humanos pero en los “hombres”¹⁰⁵ de ciencia y, especialmente en los médicos, se desarrollaban de manera más perfecta y eran “una necesidad absoluta” (Alcaide de la Peña, 1862: 6). Poseer estas cualidades morales no obedecía, según los médicos, a un capricho estético, sino a la necesidad de tener un “poderoso auxiliar” en el arte de curar y obtener los mejores resultados de la praxis. Una praxis que con el transcurso de los años centrales de la centuria ampliará su jurisdicción a la higiene pública y la medicina legal “que cultivadas con entusiasmo y con talento, darán a los médicos los puestos que indebidamente se les niegan en la Administración” (Cesta y Leceta, 1869: 10). En este sentido, resulta interesante el giro discursivo hacia “lo social” y no únicamente “lo familiar”. El *sistema ecológico de las profesiones*, la creación del campo médico y la medicalización quedan patentes en la siguiente cita:

“[La Higiene privada] podría decirse que ha venido a sustituir a la moral en las sociedades modernas. Si alguno pudiera encontrar atrevida esta proposición, medite un poco y no tardarán en presentársele infinitos casos en que deja de hacerse tal o cual cosa, no porque la moral cristiana o la moral pública (como hoy se dice) la rechace, sino por miedo de contraer enfermedades más o menos vergonzosas, por evitar graves compromisos, tal vez la deshonra... y a este tenor” (Cesta y Leceta, 1869: 8-9).

104 La palabra “humanidad” no incorporó la acepción “sensibilidad, compasión por las desgracias de nuestros semejantes” hasta 1869, momento en que también se fija el significante “humanitario/a” con el significado “Lo que mira o se refiere al bien del género humano”. En 1925 se añade una segunda acepción: “Benigno, caritativo, benéfico” momento en el que también se fija el significante “humanitarismo”.

105 El lenguaje inclusivo y exclusivo de los discursos de doctorados y otros del mismo género literario son un excelente ejemplo de las estrategias profesionalizadoras y la construcción de la masculinidad. Vid. BURTON (2003), SÁNCHEZ (1999 y 2005).

El médico, puesto que estaba revestido de “un peligroso sacerdocio” (Lastres, 1864), tenía una gran responsabilidad en todos los instantes de su vida y no únicamente durante el ejercicio profesional. Por tanto, la aplicación de la moral médica no era solo un mecanismo de *habitus* profesional, sino que trascendía al ámbito personal creando la “figura del médico” más allá de su desempeño profesional. Se observa, por consiguiente, que existe una búsqueda de la estética encarnada en la “etiqueta médica”¹⁰⁶ y la construcción del “buen doctor” (Comelles, 1998).

La moral que guiaba al médico español del siglo XIX era la preceptuada por la religión cristiana siendo habitual el uso del aforismo *Medicus ante homnia sit christianus*. La moral era entendida como:

[d]octrina o enseñanza perteneciente a las buenas costumbres y al arreglo de la vida [...] patrimonio del cristiano, *carácter distintivo del verdadero médico*, y el emblema de los hombres de bien” (Pallarés, 1865: 8) (énfasis añadido).

Así, su correlato profesional sería: “la aplicación que debe hacer en sí mismo de las reglas de la moral o la práctica de la vida moral en medio de la sociedad, relativamente a su profesión” (Pallarés, 1865: 8).

La práctica de la medicina tenía un deber ineludible: dar consuelo a quien lo necesitara, independientemente de su condición puesto que la “patria” de la ciencia era el mundo. Un deber que los distintos autores consultados justificaban mediante la Historia de la Medicina, especialmente mediante la “mistificación” de las figuras de Asclepiades de Bitinia e Hipócrates¹⁰⁷. Así, el médico no debía considerar la nacionalidad, el patrio-

106 Sobre la “etiqueta médica” y su origen moderno en las obras de John Gregory puede consultarse la síntesis de MAIO (1999). El significado de “maneras” y “etiqueta” médicas proporcionado por MAIO es los siguientes: “Manners” may be described comprehensively as a “part of our fundamental beliefs or wants that includes notions as communal harmony, dignity of the person, a need for cultural coherence, and an aesthetic sense” (Martin and Stent, 1990, pp. 243–244). Correspondingly one element of Cicero’s “decorum” was “sense of beauty in habit” (Cicero, 1991, p. 98). The overlapping regions of “manners” and aesthetics thus become apparent. The associated term “etiquette” relates to the set of normative rules devolving from manners. Jeremy Sugarman defines medical etiquette as “the expected style, or form, of medical practice prescribed by convention” (Sugarman, 1994, p. 224). So it seems justifiable to use these two terms, not neglecting this fine difference, henceforth synonymously (p. 181).

107 En un interesante escrito de G. ROSEN (1985) titulado “El lugar de la Historia en la educación médica”, señala que Puschmann mantenía que el conocimiento de la historia no era indispensable para la práctica de la medicina en el sentido estrictamente técnico pero que la medicina, como profesión liberal, “tenía intereses que trascendían el puro utilitarismo. Como parte de su educación

tismo, la riqueza o la religión de las personas porque “El médico no reconoce otra aristocracia que la del sufrimiento, ni otras categorías que las patológicas” (Torre de Castro, 1864: 20)¹⁰⁸. Tampoco debía considerar si era un criminal puesto que solo competía a la justicia decidir sobre este supuesto. No obstante, cuando la intensidad de la enfermedad era la misma en personas de una u otra condición entonces el médico estaba en su deber de elegir sin dejar nunca de tener presente la universalidad de su misión, los consejos evangélicos y la moral cristiana como rectoras de la conducta:

“Pero supuesta la misma intensidad de la enfermedad en los individuos [...] el médico está en su derecho y en nada infringirá sus deberes, muy al contrario los interpretará de manera digna y elevada, considerando sus preferencias las razones que se fundan en el patriotismo, el mérito, la virtud, y en una palabra, en las más nobles pasiones del corazón humano” (Torre de Castro, 1864: 20-21).

La humanidad del médico era una de las principales cualidades puesto que identificaba al hombre de ciencia con el enfermo y esto propiciaba atraer su confianza:

“[c]on lo cual puede tener seguridad de que sus prescripciones y consejos no serán desatendidos [...] excusado es decir la ventaja que reporta para el tratamiento de las dolencias la ciega obediencia de los preceptos médicos” (Arroyo de la Hera, 1866: 8-9).

Este precepto de humanidad o humanitarismo requería de la abnegación y desprendimiento del profesor, que emanaba nuevamente de su condición cristiana y que se probaba más en los campos de batalla y en las epidemias, donde era el “ángel de consolación y el genio protector de los desgraciados” (Pallarés Gabriel, 1865: 17).

La abnegación empezaba en el mismo momento de emprender la carrera, durante la cual el estudiante “[perdía] su juventud” expuesto a toda clase de agentes infecciosos. Sin embargo, esta etapa de la vida preprofesional, se salvaba de manera “incólume” (Sánchez Salgues, 1854: 10). Algunos autores, en relación con la etapa preprofesional o

el médico debe estar imbuido de un sentido de la evolución y refinamiento gradual de lo que llega a conocer como verdad científica [...], el valor del enfoque genético es triple: pragmático, cultural y ético” (pp.29-30). El texto al que se refiere Rosen es *Die Bedeutung der Geschichte für die Medizin und die Naturwissenschaften* (1889) [El significado de la Historia para la Medicina y las Ciencias Naturales]. Una aproximación a la creación del mito fundacional puede consultarse en González Korzeniewsk (2010) para la homeopatía en Argentina.

¹⁰⁸ Esta cita aparece en varios de los escritos consultados pero, hasta el momento, no se ha podido localizar la fuente original.

universitaria, aluden incluso a la transformación del carácter del futuro práctico y a una cierta “incorporación”¹⁰⁹. Sirva como ejemplo la alocución del bachiller Andrés del Busto en 1853:

“Exigiendo la medicina tan largo y profundo estudio como ninguna otra ciencia, pone tal actividad el espíritu del médico, que abandona su parte física, languidece la materia y se forma así un hombre delicado y susceptible; respirando el aire infecto de los hospitales, y absorbiendo muchos productos de enfermedad desde sus primeros años, marchita la hermosura y lozanía de su verde vida, y adquiere su fisonomía un aire indefinible, y *como propio de la profesión*” (p. 13) (Énfasis añadido).

Los autores consideran al médico como “compañero” inseparable de la humanidad, calificada como gran familia, cuyos cuidados son altruistas y fruto de una “benéfica misión”. Su humanidad, sin embargo, y en opinión de los facultativos, no era recompensada por la sociedad, que mostraba su ingratitud ante la que

“[n]ada le importa [al médico] que estos servicios sean olvidados o tal vez desconocidos, pues el médico, cuya profesión es la ciencia, que la mira como un sacerdocio, está siempre dispuesto a distribuir a manos llenas el caudal de sus conocimientos y a pasar las horas de su vida entre los desgraciados que gimen bajo el peso del dolor, acostumbrándose a prescindir del reconocimiento público, como dice el ilustre Cabanis” (Torre de Castro, 1864: 9).

Esta supuesta ingratitud no solo hacía referencia al egoísmo de la sociedad, que correspondía con “fría indiferencia”, sino también, como se ha visto *supra*, con el escepticismo sobre el poder curativo de la medicina. Asimismo, el carácter humanitario de la profesión tiene una interesante lectura sobre la autonomía y autorregulación de la profesión. Varios autores asimilan el título universitario que les permitía el ejercicio profesional con una especie de contrato con el Estado que extendía dicha acreditación y que, a su vez, proporcionaba la base legal del monopolio profesional¹¹⁰. Granda González lo resume en su discurso de doctorado con la siguiente cita:

109 Sobre la “incorporación del médico” puede consultarse el capítulo titulado “El cuerpo del médico” en la obra de K. Johannisson (2006), *Los signos. El médico y el arte de la lectura del cuerpo*. Véase también GOFFMANN (1987) y el interesante análisis de SENNETT (2011 [1977]) en *El declive del hombre público*, para un ámbito más general.

110 El Estado, por su parte, también considera esta visión contractual. La versión estatal y las críticas a la profesión pueden consultarse en el interesante prólogo firmado por Alberto Aguilera y Velasco, ministro de la Gobernación (1894), en la obra de Eduardo Toledo y Toledo, *Sociología Médica. Breve estudio de moral profesional* (1897).

“El médico recibe del Estado un diploma que le autoriza para cuidar la salud de sus semejantes. Es tan delicado, tan ocasionado a desgracias el ejercicio de la noble profesión de curar, que la *sociedad exige ciertas garantías* de aptitud científica a los encargados de velar por su vida. Esta *garantía es el título*, resumen, expresión fiel de una larga y laboriosa carrera que ha iniciado al neófito en todos los secretos de la ciencia y el arte; el que posee dicho título tiene el derecho de ejercer la medicina, pero *como todo derecho supone un deber, aparece acto continuo en la conciencia del médico*, se dibuja en ella con caracteres imborrables el doble deber de significar con sus actos, de demostrar que con su comportamiento la posesión del título es justa, que es acreedor a él y que conoce cuál es su verdadera significación en el terreno científico y en el práctico” (1865: 6-7) (énfasis añadido).

Este “contrato” no se interpreta como una cortapisa al ejercicio liberal de la profesión, que quedaba sometido a las leyes respecto a los “deberes profesionales” en la misma medida que el resto de las profesiones. Sin embargo, los médicos perciben y desarrollan un discurso sobre la legitimidad que trasciende la legalidad para defender el ejercicio liberal de la medicina a la vez que su humanitarismo, no sin consecuencias por lo que a sus condiciones materiales retributivas se refiere.

Tanto la Moral médica como la Deontología se esgrimen como elementos legitimadores más fuertes que la ley y en el intento de la profesión médica por alcanzar su autonomía y autorregulación se alude a la Humanidad en su sentido de globalidad. Por esta razón, si el fin de la medicina era conservar la vida y “hacerla más agradable”¹¹¹ y su misión era llevarla a “una sola y única sociedad, la humana, son causas más que suficientes para que las funciones del médico se ejerzan en el anchuroso campo, cuyos límites son el mundo” (Torre de Castro, 1865: 14). Este “anchurosos campo” al que se refiere el doctorando nos ofrece una doble interpretación: la primera, la creación del campo médico desde el interior evitando, en lo posible, la injerencia y los límites impuestos por el Estado mediante su violencia simbólica. Por la otra, también desde el interior de la profesión, la creación de la identidad profesional mediante la legitimación a través de unos códigos de conducta reconocibles y sancionados por la sociedad¹¹².

111 El lenguaje funcionalista de los médicos ochocentistas tiene su expresión sociológica en las teorías sobre las profesiones de H. Spencer (*augmentar la vida*).

112 Los códigos serán en este caso los de la sociedad burguesa, que otros grupos sociales trataron de imitar. Sin embargo, la humanidad y humanitarismo son transversales a los distintos modelos, por ejemplo campo-ciudad.

Conocimiento científico, erudición y certidumbre

Parte de la importancia de la necesidad del cultivo de conocimientos médicos y afines ya ha sido expuesto en el apartado 2.2.1. Sin embargo, y puesto que la profesión se percibe como ciencia y como arte, los médicos prestaron mucha atención a cómo utilizar dicho conocimiento en la práctica diaria.

La erudición médica no se circunscribía únicamente a los conocimientos sobre la medicina puesto que el médico, por su necesidad de alternar con gentes de muchas condiciones, necesitaba poder desenvolverse en todo tipo de ambientes con la finalidad de que sus prescripciones fueran atendidas. Janer (1855) desarrolla extensamente la manera de adquirir la erudición necesaria, compaginando los conocimientos médicos y los humanísticos.

La vida profesional del médico, entendida como noviciado y profesión,¹¹³ era necesariamente la de un hombre estudioso; el médico debía estudiar constantemente puesto que la ciencia avanzaba rápidamente y ese estudio constante era una “obligación sagrada”. Esta cualidad se comprobaba primero en el ingreso en la universidad donde se ejercía una primera criba¹¹⁴. Luego, y a juicio de los médicos, era el “público” o “competente juez” quien constantemente fiscalizaba las competencias médicas. Por esta razón, y para no sucumbir al empirismo o la rutina, el estudio era uno de los deberes morales de los médicos. Sin embargo, aunque se considerase al público como “juez” esto no significaba, ni significa, que el profesional tuviera que hacer explícitos sus conocimientos. Esto por varias razones: en primer lugar porque la aplicación rutinaria de los conocimientos invalida la esencia misma de la profesión; y en segundo, porque dejaría de existir la “distancia social” (Johnson, 1972) necesaria para crear la relación profesional en su sentido sociológico. Al mismo tiempo, el “juez público” era considerado totalmente incompetente para juzgar la praxis médica y solo competía a los pares médicos decidir sobre las técnicas, procedimientos o protocolos de trabajo y sus

113 Cf. Discurso de Asuero en este capítulo.

114 Tanto desde la Escuela de Chicago, representada por E. Hughes en lo tocante a las profesiones, como el estudio de R. Collins, *La sociedad credencialista* (1989) cuestionan la utilidad práctica para el ejercicio profesional de gran parte de los conocimientos adquiridos en las aulas universitarias y habla de “mistificación” y prácticas simbólicas.

consecuencias.

Existe, por tanto, una relación entre la moralidad, la práctica y la certidumbre. El médico no debía dudar de la ciencia que administraba, ni mostrarse escéptico puesto que dicha actitud no solo degradaba la “disciplina”, sino que era la demostración palmaria del ejercicio médico guiado únicamente por fines crematísticos ante lo que debía abandonar su práctica

“[s]i no quiere convertir tan sagrado ministerio en una vil y miserable especulación, sino pretende trocar su digno y elevado carácter por el nada apreciable, en verdad, de esos charlatanes o embaucadores, que sin creencias ni principios ciertos, engañan a la sociedad con necia y afectada palabrería” (Alcaide de la Peña, 1862:7).

Además, la crítica entre profesores sobre las decisiones erróneas se contemplaba como una acción reprobable que no solo desacreditaba a los profesionales, sino que restaba homogeneidad al colectivo médico ante la sociedad:

“Para que no nos juzgue la opinión ciega del vulgo, para que sus juicios conserven el sello de incompetencia que les da la ignorancia absoluta de la materia en que deciden, es preciso que no les dé cuerpo, que no les dé bríos, que no les dé razón la autorizada palabra de algún Médico; es preciso que apaguemos nuestras rivalidades, nuestros odios, nuestras pasiones, respetando el saber de cada uno hasta donde la razón le ha permitido llegar, pero aconsejando siempre el estudio continuo para corresponder a la alta misión del médico; en el bien entendido que si es plausible y moral no destruir las reputaciones ajenas, es más moral y plausible poder ayudar a robustecerlas” (Terroba y Barrena, 1854: 15).

Se observa como la relación entre el escepticismo médico y el conocimiento podía ocasionar, en palabras de los médicos, menoscabo a la ciencia, denigración de la “clase” y graves perjuicios a la Humanidad (Alcaide de la Peña, 1862).

Había, sin embargo, otro aspecto interesante sobre el conocimiento: la importancia de su transferencia a la sociedad. Ya se ha visto de qué manera los médicos, al describir su disciplina, procuran crear las fronteras de su campo científico no solo por los conocimientos que consideran propios de la medicina, sino también estableciendo quien era competente para decidir cuáles eran esas fronteras. Así, la medicina, al ser contemplada como instrumento para “perfeccionar la especie y auxiliar el progreso de

los demás ramos del saber humano” debía colaborar con su saber con la filosofía, la metafísica, la moral y especialmente la legislación¹¹⁵.

Secreto médico y confianza

N. Luhmann (1988) señala que el término “confianza” (trust)¹¹⁶ no ha sido nunca un tema principal en las Ciencias Sociales, ni en el ámbito teórico ni en el práctico¹¹⁷. En el terreno empírico, el término se ha confundido con actitudes negativas o positivas respecto a las instituciones políticas, con la alienación o con la “confidence”. Además, el concepto se ha relacionado con la familia o las sociedades a pequeña escala por lo que su trasposición a las sociedades complejas ha sido algo dificultosa. Sin embargo, debe distinguirse entre familiaridad y confianza si bien esta se puede dar en el entorno familiar. El concepto “confianza” posee una serie de características que la definen: 1^a) implica una desigualdad de poder y control aunque el acto de confiar no implique una pérdida de estos; 2^a) la confianza entraña un riesgo; 3^a) implica expectativas y 4^a) los individuos escogen en quién y cuándo confiar (Espluga et al., 2009). Por su parte, Luhmann (2005, [1968]) afirma que la confianza es un mecanismo de reducción de la complejidad que permite ofrecer seguridades presentes para planificaciones y orientaciones futuras. La confianza, continúa Luhmann, es principalmente interpersonal, limitada y sirve para superar el elemento incertidumbre en el comportamiento de las otras personas. En definitiva: “trust is a solution for specific problems of risk” (Luhmann, 1988: 95)¹¹⁸. Y la relación médico-paciente / cliente, como cualquier relación

115 Las alusiones a la relación entre la Medicina y la Justicia son muy abundantes en los discursos de doctorado y los discursos inaugurales. La lucha por la *jurisdicción* es manifiesta en lo tocante a la medicina forense, como puede comprobarse en los explícitos títulos de varios discursos doctorales (Vid. Capítulo 1º, *Las fuentes de la investigación*).

116

SELIGMAN (1998) señala la diferencia entre *trust and confidence* - *confianza*, en castellano no se distingue en el ámbito del continente pero sí del contenido. Apunta que la diferencia entre ambos conceptos radica en que *la confidence* se fundamenta en el conocimiento y la predictibilidad, mientras que *la trust* es necesaria para mantener la interacción en ausencia de dicho conocimiento. En resumen y transcribiendo al autor: [...] Lenin is said to have remarked ‘Vertrauen is gut, Kontrol noch besser’ – trust is good, but control is much better”; la confianza (*confidence*), pues, podría ser entendida como control o fiabilidad.

117 La sociología de las profesiones no es una excepción. Algunos apuntes sobre esta relación entre profesiones y confianza pueden encontrarse en: FROWE (2005); DI LUZIO (2006); EVETTS (2006); SVENSSON (2006).

118 Un interesante estudio sobre la confianza fue llevado a cabo por la antropóloga Keith Hart (1988) entre los Frafas de Ghana. De manera muy resumida: según la autor, las diferentes tribus se vieron

profesional, supone un riesgo¹¹⁹.

En el siglo XIX, el tema del secreto médico¹²⁰ estuvo presente en la mayoría de los textos referentes a la profesión y se recoge como un derecho y una obligación facultativos. Uno de sus teóricos, el Dr. Mata, lo expresaba de este modo en su discurso inaugural del curso académico de 1848 de la Facultad de Medicina de Madrid bajo el título *Del secreto médico en Medicina*:

“[e]se deber, mejor diremos, ese derecho sacrosanto que tiene todo profesor del arte de curar en el desempeño de sus delicadísimas funciones, con respecto al velo impenetrable que debe echar sobre sus sentidos, para todo lo que no sea propio de su especial ministerio” (p. 7).

Según la mayoría de los autores consultados, tanto el deber como el derecho del facultativo de no revelar lo que conociera sobre sus pacientes, no debería tener los límites que imponía la legislación. Independientemente del carácter cuasi divino que auto-percibían de sus funciones facultativas, apelaban a la ruptura social que supondrían la desconfianza y la inseguridad y que debía evitarse a toda costa. Violar el secreto médico por imperativo legal atentaba contra el honor, el bienestar y la familia y podía ser, en algunas circunstancias, contraria a la moral.

El debate, a lo largo de los años centrales de la centuria, se producía entre dos terrenos prácticamente inseparables y en ocasiones confundibles: el legal y el de los principios morales. Las obligaciones de los médicos en materia legal eran: a) denunciar la exis-

atrapadas en diferentes sistemas (o lógicas) : el tradicional, basado en el parentesco y el moderno, basado en las leyes del mercado (contrato). La necesidad de moverse en un mundo en el que ambas lógicas o racionalidades chocaban o quedaban indefinidas, se vieron obligados a buscar una tercera lógica : un sistema basado en la confianza, localizado entre el status y el contrato. Es, pues, para el caso de los Frafas, una manera de mantener los intercambios económicos. Si trasladamos esta aproximación a la relación médico-paciente podemos observar que dicho tercer sistema es una manera de reducir la complejidad, como afirmaría Luhman, así como una forma de negociación en un intercambio que supone un riesgo.

119 Otras aportaciones interesantes al tema de la confianza y el riesgo pueden consultarse en GIDDENS, A. (1990), *The Consequences of Modernity*, Cambridge, Polity Press. La antropóloga británica MARY DOUGLAS también ha realizado grandes aportaciones a la temática del riesgo y la confianza, Vid.(1996), *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*, Barcelona, Paidós; (1991), *Pureza y peligro : un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*, Madrid, Siglo Veintiuno; (1992), *Risk and blame: essays in cultural theory*, London, Routledge.

120 Consúltese, entre otros, el clásico de ZUBIRI (1966); REQUEJO NAVEROS, M^a T. (2007) para la protección jurídico-penal desde una perspectiva histórica; HEITZMANN, M^a T. (1999), especialmente la introducción.

tencia de un delito que por medio del ejercicio profesional se descubriera y b) declarar todo lo presenciado como testigos siempre que el juez les llamara a declarar.

Los médicos expresan la contradicción de dos preceptos legales. De una parte, el decreto de Cortes de 11 de septiembre de 1820, en su artículo 2º, restituido el 30 de agosto 1836 que establecía que todas las personas “de cualquier clase, fuero o condición que sea, cuando tenga que declarar como testigo en una causa criminal, a comparecer, por dicho efecto, ante el juez que conozca de ella, luego que sea citada para el mismo” (Citado en Mata, 1848: 9-10). Por la otra, el Código Penal de 1821 y 1822

“[c]ondenaba a un arresto de dos meses a un año, multa de treinta a cien duros a los Eclesiásticos, Abogados, Médicos, Cirujanos, Boticarios, Barberos Comadrones, Matronas &c. que habiéndoles confiado un secreto por razón de su estado, empleo o profesión revelasen” (citado en Casado y Negro, 1851: 72).

Según Mata, quienes apoyaban esta legislación entendían que el profesor debía denunciar los delitos a fin de evitar otros puesto que su especial profesión le permitía descubrir cosas vedadas a otras personas. El objetivo era evitar otros delitos y castigar al culpable. Por lo tanto, el objeto de la denuncia era laudable “si esta da [...] resultados tan notorios [...], lejos de ser humillante, innoble, indigna, es al contrario honrosa, benemérita, digna de todas las consideraciones sociales” (Mata, 1848: 11).

La posición de Mata es totalmente contraria a la denuncia y la revelación, que considera ofensivas a la dignidad del profesor y del ser humano. El autor se pregunta cómo puede un médico (“probo, discreto, cuasi santo por su ministerio”) faltar a la confianza de las familias como si fuera un espía, “¿Eso se reputa como honroso, benemérito, casi acreedor de la gratitud de la patria?” (1848: 12). La denuncia y la delación deshonoraban a las personas en general porque era una traición a la confianza, pero en el caso de los médicos esta falta de moral se agravaba puesto que la confianza que inspiraban en su ejercicio era una de las condiciones más relevantes de su ministerio, a la par que inmanente a la profesión:

“[n]adie recomienda al médico [...], ni exige la palabra de guardar secreto, antes ni después de hacerle las revelaciones, saben ya que en un día solemne [juramos], al recibir *públicamente* la investidura profesional, guardar secretos en cuantos casos lo requieran” (Cesta y Leceta, 1869: 9) (énfasis añadido).

La delación y la denuncia, continuaba Mata, solo reportaban beneficios a la justicia y a la Administración pero no a las personas. La revelación, sin embargo, no tenía una connotación tan negativa puesto que se hacía bajo una obligación severa de la ley y esto atenuaba su “fealdad”. La cuestión era que revelar los secretos era “inmoral”, especialmente cuando los datos se adquirían por los privilegios de la profesión y la confianza de los pacientes y clientes.

El problema que suponía el secreto médico radicaba, en gran parte, en el tipo de información que conseguía el médico y el entorno que la generaba:

“¿En qué consiste que las familias llaman a su seno al profesor del arte de curar, no solo para exponerle sus dolores y sufrimientos físicos, si que también sus cuitas, sus padecimientos morales que tan frecuentes son en el hogar doméstico? ¿En qué consiste que se entrega tan a menudo ante el profesor a expansivos desahogos, aquí un padre solícito por el bienestar de sus hijos, allá una madre medianera entre las desavenencias de sus deudos; hoy una esposa herida en lo más sensible se su corazón por la infidelidad de un marido extraviado; mañana una pobre mujer, que por la debilidad de su sexo o de su carácter, no ha podido resistir a los halagos de una pasión funesta?” (Mata, 1847: 12-13).

Mata resuelve las cuestiones planteadas invocando el juramento hecho por los médicos “ante la cruz del Salvador y los Santos Evangelios” pero especialmente por el inmemorial precepto hipocrático de guardar secreto de cuanto se viera y oyera en la práctica profesional “considerándolo como una cosa sagrada”¹²¹. El silencio era una condición esencial del médico que lo elevaba al rango de sacerdote:

“*Los médicos son por eso los sustitutos natos de los sacerdotes en la intimidad de las familias. Los médicos también reciben confesiones, también tienen sus penitentes. Siempre que agobia el corazón de las personas el peso de los secretos relativos a los hechos, cuyo juicio pertenece a Dios, esos secretos se exhalan a las plantas del sacerdote. Mas cuando lo que esconde el corazón se refiere a lo terreno, el sacerdote que lo recibe en el seno de la confianza, no es por lo común el ministro del altar; es el médico; no es el hombre consagrado a la salud del alma; es el hombre que está velando por la salud del cuerpo*” (Mata, 1848: 13-14) (Énfasis añadido).

Como se puede observar en ambos pasajes del Dr. Mata y por el análisis de los textos que forman el corpus de este capítulo, los actos secretos atañen, mayoritariamente, a

121 “Guardaré secreto acerca de lo que viere u oyere y no sea preciso que se divulgue, sea o no del dominio de mi profesión, considerándolo como una cosa sagrada” (citado en Mata, 1848: 43). Esta cita ilustra la importancia entre el espacio sagrado y el profano y es fácilmente trasladable a la actividad profesional.

las relaciones familiares y a las distintas contingencias que podrían desestabilizar el orden y honor de las familias: “vicio sifilítico”, embarazos en solteras, embarazos en las casadas, partos clandestinos, abortos, infidelidades (de ambos cónyuges), heridas, duelos¹²², etc. Por esta razón, el secreto médico era una necesidad tanto para el médico como para los clientes¹²³. Limitar este derecho y obligación de los facultativos supondría, en opinión de los profesores, que el público huyera de ellos cual delatores o espías prefiriendo entregarse al autocuidado, a los curanderos o a los charlatanes.

Por tanto, se consideraba una garantía tanto para el profesional como para la clientela:

“[e]l secreto médico, no solo es un deber que está obligado a cumplir el práctico, sino que además es una garantía para el ejercicio de la profesión, quítese a los médicos el prestigio que les da el sigilo que guardan, y los enfermos no verán ya más en ellos los depositarios de sus sufrimientos y dolores físicos y morales, sino otros tantos entes, vulgares, ridículos charlatanes o *polizontes que tratan de sonsacar sus debilidades* para publicarlas o deponerlas ante los tribunales” (Granda González, 1865: 15-16).

Los juristas alegaban que la denuncia y la revelación eran instrumentos indispensables para que los tribunales hicieran aflorar la verdad. El argumento, opinaba Mata, era muy poderoso pero las ventajas de desvelar un secreto médico no debían valorarse solo por su inmediatez y era necesario tener en cuenta si era a costa de grandes intereses sociales y en perjuicio de deberes de orden privado y público. Por esta razón, Mata abogaba por un equilibrio, haciendo un símil médico:

“Los tribunales funcionan para la sociedad; la administración de justicia es una función del cuerpo social, el ejercicio práctico de un sentimiento, que, para ser debidamente interpretado, debe ponerse en armonía con los demás sentimientos de objeto público. En los cuerpos morales, como en los físicos, el orden, la salud, la fuerza, el estado normal, en una palabra, es el resultado del equilibrio, de la armonía de todas las funciones. Rara vez el predominio de unas deja de ser nocivo a las demás, y en último resultado al cuerpo entero” (1848: 19)

Así, el fiscal era la figura que mejor podía representar al acusador puesto que estaba

122 Aunque el duelo parece que era una práctica muy poco habitual en el territorio español, fue objeto de uno de los temas de doctorado de la Facultad de Derecho durante el siglo XIX. La relación entre duelo y burguesía puede consultarse en KOCKA (1993).

123 Una revisión de la estrecha relación entre los modelos médicos y la construcción de los conceptos sociales del ciclo vital se desarrolla en: BAKER y McCULLOUGH (2010), “Medical Ethics through the Life Cycle in Europe and the Americas”.

mal encubrir los delitos y evitar que sus autores pagaran por ellos, aunque la vigilancia social no debía hacerse a costa de la profesión médica. Por esta razón, inquietan el motivo de no fiscalizar el silencio de los sacerdotes o abogados defensores, que tenían legalmente prohibido desvelar sus secretos profesionales.

La solución propuesta por Mata era doble. De una parte, eximir a los médicos de la denuncia y declaración obligatorias y dejarlo como una opción personal según la conciencia de cada profesor. De la otra, establecer un ramo de médicos forenses encargado, entre otras cosas, de inspeccionar de oficio las defunciones.

Los médicos forenses, continúa Mata, no solo inspeccionarían los cadáveres y evitarían el entierro de vivos o resolverían dudas acerca de los homicidios, sino que disponer de funcionarios científicos sería de gran utilidad. Para un médico forense, su deber sería denunciar el delito y la diferencia entre forenses y otros facultativos estribaría en la confianza y el secreto ya que

“[Los forenses] no entrarían en el lugar doméstico por el umbral de la confianza; como no serían depositarios de secreto alguno, su conducta investigadora no sería innoble, y sus servicios estarían al nivel de su dignidad, estimación y prestigio; por cuanto desempeñarían las obligaciones de su destino público, representarían el ojo vigilante de la justicia, y serían en cierto modo una parte de los mismos tribunales” (Mata, 1848: 29).

La reforma de la legislación y la creación del cuerpo de forense otorgarían más dignidad a la profesión médica y mayores ventajas a la administración de justicia¹²⁴. El ejercicio privado dejaría libertad a los médicos que lo desearan para ejercer su derecho a denunciar y declarar.

Para terminar, en la cuestión del secreto confluían, según los diversos autores consultados, tanto la confianza como la amistad con el fin de que el encuentro médico fuera una especie de intercambio de reciprocidad positiva, presumiblemente la curación del cuerpo o del alma. Se observa, por tanto, un interés por construir una figura ideal del médico que se “distinguiera” del resto de los agentes del campo salud. En el siguiente

124 Una cronología de la creación y evolución del cuerpo de médicos forenses puede consultarse en PÉREZ DE PETINTO, M. (1999).

capítulo se analizará la postura de los médicos mallorquines al respecto así como el entorno en el cual se desarrolló su actividad.

Capítulo 3. Profesión, Sociedad y Medicina en Mallorca (ca. 1850-1900)

3.1. El punto de vista de los médicos mallorquines sobre su profesión

En el capítulo anterior, se expuso el punto de vista de los médicos españoles sobre la ciencia y la profesión médicas. Esta visión ponía el acento en dos cuestiones importantes sobre el concepto “profesión”, el conocimiento y la práctica (la ciencia y el arte). Los médicos mallorquines, como no podía ser de otro modo, también participaron de estos debates y en función de ellos describieron el significado de su profesión a la vez que proyectaban sus deseos sobre su “proyecto profesional”. Ya se han expuesto las opiniones de Juan Valenzuela y de Pedro Jaume Matas entrado el siglo XX; en este apartado se expondrán las aportaciones de los médicos mallorquines de la segunda mitad del ochocientos.

La aportación del médico militar Fernando Weyler¹²⁵ presenta una doble reflexión. En un principio opinaba que la medicina balear no se había distinguido por tener una escuela propia, hecho que atribuía a la diversificada procedencia académica de los profesores del arte de curar¹²⁶. Sin embargo, a mediados del XIX –momento en el cual Weyler escribió su *Topografía Físico-Médica de las Islas Baleares*– el autor percibe cierta homogeneidad “porque siendo en el día dominantes las doctrinas allende el Pirineo, hay menos disidencia” (1992: 177)¹²⁷. Weyler define el colectivo médico balear a partir de una división tripartita:

- I. Los ancianos, hijos de las escuelas balear, valenciana y barcelonesa que conservaban una mezcla de doctrinas que califica de *falso eclecticismo* con una práctica

125 Fernando Weyler y Laviña (Madrid, 1808 – Palma, 1879), médico militar, socio de número de la Real Academia de Medicina de Palma, de la que fue presidente. Es autor de varias obras, entre las que cabe destacar la *Topografía* citada y una obra sobre la vacuna: *De la perfección física y moral del hombre o defensa de la vacuna contra los principales cargos que le hace en Francia el Dr. Verdet Delisle considerándolo como causa de la supuesta degeneración física y moral del hombre* (1856). Una reseña biográfica sobre Weyler y su obra puede consultarse en el estudio preliminar a cargo del Dr. Bujosa (1992).

126 Mallorca contó con una Facultad de Medicina hasta 1823 y con una Escuela de Cirugía hasta 1827.

127 Mentalidad anatomoclínica. Vide, LÓPEZ PIÑERO, JM. (1976) y (1992) y BARONA (1992a) para una amplia explicación de la evolución de la Medicina española durante los siglos XVIII y XIX.

rutinaria más o menos acertada y un tino *a veces admirable* (p. 133). Según Weyler no podían rivalizar con generaciones más jóvenes por sus escasos conocimientos de anatomía y fisiología.

2. Un segundo grupo *–la edad adulta de la profesión–* compuesto por los que terminaron su *carrera literaria* entre 1844 y 1848. Educados en distintas creencias, Weyler califica a muchos de sus miembros como hombres de *erudición, de escogida práctica, admirable tino y maestría en la operación*

“[p]orque es preciso hacer justicia; en la isla abundan los buenos operadores hace largos años. La talla, las ligaduras de arterias, las cataratas, la debridación de hernias, la litotricia, se ejecutan con frecuencia; y esta última, antes que en Barcelona y Madrid. Esto sin contar otras operaciones más o menos delicadas” (1992: 177).

3. Finalmente, la generación de los más jóvenes. El autor de la *Topografía* alaba su escuela y los conocimientos que atesoraban pero se muestra muy crítico con lo que califica como desavenencias, envidias, falta de estímulo, apatía, etc., en fin, “con los engaños y sinsabores que rodean el ejercicio de la profesión” (1992: 178) que prefiere no hacer constar en su obra.

Parte de esta generación de los más jóvenes y los que les siguieron, mostraron en los discursos de la Real Academia de Medicina y, posteriormente, en los del Colegio Médico-Farmacéutico las mismas preocupaciones que los estudiantes de doctorado o sus homólogos académicos de Barcelona o Madrid: el escepticismo en medicina, la falta de unidad doctrinal y el problema del materialismo.

Como demuestra el discurso inaugural leído por Tomás Darder (1901)¹²⁸, el escepticismo en la medicina no era un recuerdo del pasado, sino que la sociedad seguía cuestionándose muchas de las actividades médicas y sus resultados, principalmente los terapéuticos. Domingo Escafió abordó esta temática en 1876 con la intención de demostrar la certeza de la medicina, mientras que Gabriel Sorá¹²⁹ (1888) hizo lo propio

128 Tomás Darder y Enseñat, natural de Palma, licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Central (1871). Socio de número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma (1874), donde ejerció los cargos de vicepresidente y presidente. Falleció en Palma el 2 de marzo de 1931 (Fuente: *Registro de socios numerarios y honorarios*, ARAMIB). Puede ampliarse la información sobre este médico en TOMAS MONSERRAT, J. (1986).

129 Gabriel Sorá Bonco. Natural de Palma, médico-cirujano. Socio de número de la Real Academia

respecto a los sistemas médicos¹³⁰ y su repercusión en la medicina práctica y por ende en la incertidumbre percibida por la sociedad y la propia profesión.

Domingo Escafi¹³¹ defendía el cuerpo doctrinal de la medicina por estar basado en unos principios y reglas que le daban un alto grado de certeza, restringido únicamente “como todas las obras humanas” por ciertos límites que no era dable traspasar:

“La Medicina es una ciencia positiva, porque parte de hechos debidamente observados, procede con orden en la investigación de las verdades y posee un conjunto de principios y doctrinas por el cual se da explicación a los fenómenos que ocurren. La Medicina descansa sobre sólidos cimientos, emplea el método más adecuado para llegar al descubrimiento de la verdad y ha adoptado el único sistema conveniente para relacionar los fenómenos entre sí y sacar las precisas consecuencias” (Escafi, 1876:9).

La medicina se fundamentaba en la misma base que las ciencias naturales, la observación de los hechos aunque, como advierte Escafi, las aventajaba puesto que el número de hechos observados era mayor y más “atentamente y minuciosamente observados”. La certidumbre de la medicina se basaba en la observación, la experimentación y los avances técnicos que le habían proporcionado la física y la química (“El termómetro, las medidas y pesos de extensión, el microscopio, los reactivos químicos, los estiletes, las sondas, los *speculums*, los estetoscopios...”). Asimismo, en el método analítico “y aquellas [verdades médicas] que no se amolden a esta sana lógica van relegadas al olvido o son nuevamente depuradas” (1876: 18). Del mismo modo, según este médico, para demostrar estas verdades o enseñarlas era preferible el método deductivo entendiéndose que ambos eran complementarios.

desde 1881 1931 (Fuente: *Registro de socios numerarios y honorarios*, ARAMIB)

130 Gabriel Sorá no es el único médico mallorquín en dedicarle su discurso a los sistemas médicos. Véase el Anexo 3.

131 Domingo Escafi Vidal, natural de Palma. Licenciado en Medicina y Cirugía en Barcelona (1863). Socio de número de la Real Academia de Palma desde 1876 de la que fue su secretario perpetuo (1890-1915). Socio fundador del Colegio Médico-Farmacéutico. (Fuente: *Registro de socios numerarios y honorarios*, ARAMIB). Sampol le dedicó la siguiente descripción en 1956: “Al citar tal entidad [el Colegio médico-Farmacéutico] no es posible dejar de señalar el nombre y perfilar la silueta del iniciador y animador del mismo, D. Domingo Escafi. Era Domingo, [...], un hombre de talla relativamente pequeña, largo bigote blanco, rasgos fisonómicos muy marcados, muy miope, inteligencia muy sutil desde todos los conceptos; quizá el menos importante fue el clínico-práctico. Político activo de izquierdas de fines de siglo; altamente activo aunque actuando desde la segunda línea a ser posible. Su actividad médico-social fue notable y de fecundos resultados para el avance de la Medicina Balear. Allá por el año 1885 fundó el Colegio Médico-Farmacéutico rodeándose para ello de los más prestigiosos valores médicos de aquella época” (Sampol, 1956: 24).

Al igual que hicieran sus colegas peninsulares, Escafi defiende los principios de la medicina como tan evidentes como los que esgrimían los científicos de las pujantes ciencias naturales, físicas o químicas, por ejemplo, para la fuerza del vapor o la electricidad. La incertidumbre atribuida a la medicina solo era admisible si no se conocían su historia y avances. Por esta razón, Escafi, como los médicos peninsulares, recurre al relato histórico que acostumbran a iniciar desde los albores de la medicina.

La posición cada vez más ventajosa de las ciencias naturales en el campo científico se presenta, tanto para Escafi como para Sorá, como motivo de conflicto. Gabriel Sorá apela a la genealogía de la medicina y a su larga trayectoria al cuestionar el estado de la medicina práctica en un discurso manuscrito titulado *Abusos e inconvenientes que han servido de rémora a los adelantos de la medicina práctica*:

“Estando como está la medicina colocada entre las ciencias naturales cuyo origen es tan próximo como remoto el de aquella, es muy difícil comprender el porqué nacidas estas de ayer, sin pasado, y si lo tienen es de escasa importancia, puede manifestar tan legítimo orgullo el desarrollo rápido y maravilloso de que han sido objeto a pesar de tener un nacimiento oscuro con dificultad, digo, de comprender el porqué la Medicina, de cuyo seno han salido los hombres que con más celebridad figuran en el catálogo de eminencias científicas, se encuentra tan atrás en su carrera con tantas razones que combatir y con tantas ideas. Pero más incomprensible es todavía como la Medicina misma [que] ha hecho grandes progresos y descubrimientos se halla entregada, aún en este siglo de exploración y experimentación a la mayor anarquía en su parte más esencial que es en su práctica (Sorá, 1888, s.n.)

Esta vez, sin embargo, Sorá culpa directamente a los propios médicos del estado que describe y no de las dificultades inherentes a la ciencia de curar, ni en la estructura “difícil y delicada de la máquina humana”, ni en la aparición de nuevas enfermedades. El autor repasa los sistemas médicos históricos criticando que sus maestros y seguidores “se dedicaban a engrandecer y perfeccionar la ciencia, que a decir verdad, la enriquecían con multitud de descubrimientos pero dedicaban muy poco tiempo al ejercicio del arte, o sea, al trabajo práctico”. Lo cual conducía a preceptos médicos “tan vacilantes que el discípulo más experto no podría apoyarse jamás en ellos sin gran peligro para el enfermo”. No obstante, Sorá apunta que a todos se debía hacer justicia puesto que todos aportaron alguna demostración provechosa y útil para la ciencia. El relato histórico tenía su moraleja:

“Por tanto, es necesario que nos sirvan de ejemplo la historia y los gritos de la razón y las demostraciones de la filosofía para que vaciléis al aceptar este o aquel sistema porque todos tienen algo de nocivo para la verdadera práctica de la medicina” (Sorá, 1888, s.n.).

Gabriel Sorá defiende y alienta la erudición médica pero opina que se debería dedicar más tiempo a visitar y tratar a los pacientes. Paralelamente, también critica la práctica de la medicina que describe como ajena a la verdadera ciencia, una práctica basada en observaciones defectuosas e inexactas por el “solo afán” de visitar a muchos enfermos advirtiéndolo de que:

[v]isitar incesantemente y observar con exactitud y utilidad solo podrán hacerlo aquellos que están dotados de un talento privilegiado pero a los demás ha de sucederles forzosamente ver muchos enfermos y pocas enfermedades. Lo mismo administra un globulillo el más ortodoxo alópata que aplica un sinapismo el más puritano homeópata.

Hoy en Medicina, puede decirse que sucede exactamente lo mismo que en política: solo reina la anarquía, sin fe, sin dogma, ni sistema, ni secta y hasta la moral brilla por su ausencia en todos los actos donde precisamente es indispensable para percibirlos” (s.n.).

El tema del materialismo es transversal en la mayoría de los discursos consultados. José Enseñat¹³² lo trató de manera expresa en el discurso de la sesión inaugural de 1872 cuyo exordio¹³³ era una declaración de intenciones. Su argumentación no difiere de la de sus colegas profesionales. Enseñat recurre a una hermosa descripción metafórica para exponer su explicación:

“Vosotros habéis observado una locomotora, máquina portentosa, inmóvil sobre sus pies de hierro, respirando con suavidad por su gran tráquea cilíndrica y originando en sus entrañas de acero un pequeño ruido. Después de impreso a un manubrio de la misma un ligero movimiento, notareis que la máquina consiguió energía en sus pulmones. En el momento sopló con lentitud, sus expiraciones se sucedieron a largos intervalos, se parecieron a una disnea, se aproximaron en breve tiempo y acabaron por precipitarse y lanzar al aire un torbellino de humo. [...] Convidad que si la locomotora recorriese países salvajes y se vistiese de for-

132 José Enseñat, vecino de Palma y socio de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma desde 1856, así como de la Academia Quirúrgica de Mallorca. Secretario de gobierno de la regia corporación entre 1863 y 1890, año en el que fallece.

133 “Yo no temo que me llamen adversario del vitalismo, ni declararme partidario y defensor sincero del espiritualismo, sin el cual, la vida humana me parece un enigma incomprensible. Royer Collard, en 1849, ante la Academia de Medicina de París en la inauguración de las sesiones” (manuscrito sin numerar).

ma animal, reuniría las condiciones precisas para ser mirada como un monstruo fantástico que sorprendiera con su marcha imparabile y su voz [...]” (1872, s.n.).

Enseñat y, –como se infiere de los textos consultados–, el cuerpo médico de la Academia palmesana y posteriormente del Colegio Médico-Farmacéutico (1882), se posicionan claramente como “fisiólogos materialistas” en el trato del cuerpo humano y “espiritualistas” al ocuparse del alma (Enseñat, 1888). El cuerpo humano se entendía como una máquina, pero se acusaba a la fisiología de desdeñar la psicología que no sabía explicar el entendimiento y los sentimientos del hombre “en la esfera del organismo”. Una fisiología que Enseñat califica de funesta que “no maneja más que hornillos, vasos químicos, reactivos y escalpelos y no observa sino órganos y funciones”. El alma, según el autor, no era el cuerpo orgánico sino un ser libre, un espíritu que tras la muerte obtenía el destino que le deparaba su “criador”. Así, preguntaba Enseñat: “¿Quién, sin que delire, concederá inteligencia a la materia y solo a la materia?”. Finalizaba su argumentación diferenciando entre el instinto y la inteligencia que “es leer interiormente, leer lo que se concibe, es la razón en ejercicio, conociéndose y conociendo”.

La fundación 1882 del mencionado Colegio Médico-Farmacéutico supuso un hito en la historia de la Medicina balear. La publicación de las actividades desarrolladas por las principales instituciones médicas constituye una base documental de riqueza e interés indiscutible. Si bien se puede hablar de instituciones afines y complementarias, a la hora de analizar los temas que tratan sus discursos inaugurales se observan algunas diferencias. En líneas generales los discursos del Colegio Médico-Farmacéutico ofrecen una mayor preocupación social¹³⁴, mientras que los de la Academia se centran en temas más específicamente médicos. Los primeros se adecuan más a las características que María Isabel Porrás¹³⁵ atribuye al período, aunque también se encuentran en este tipo de preocupaciones algunos discursos de la Academia. Resulta interesante fijar otra característica sobre los autores de los discursos del Colegio de Médicos: algu-

¹³⁴ Las actas de las sesiones literarias del Colegio Médico-Farmacéutico consignan una gran actividad en el estudio de los casos prácticos presentados por sus miembros; estas cuestiones se posponían cuando surgía alguna emergencia sanitaria, especialmente de tipo epidémico o problema de salud pública.

¹³⁵ PORRAS, M^a I. (1993), “La idea del bienestar en el discurso médico español antes del Estado del Bienestar”, en MONTIEL, L. (Coord.), *La salud en el Estado del Bienestar: análisis histórico*, Madrid, Editorial Complutense.

nos de ellos (Julián Álvarez, Eugenio Losada, por ejemplo) van a tener un compromiso político como miembros del consistorio de Palma a finales del siglo XIX, cuando el partido republicano ganó las elecciones y cuando se aprobaron una serie de medidas reformistas de carácter higiénico-sanitario de no poca relevancia, como fue el derribamiento del recinto amurallado de la ciudad. La lectura de los textos permite fijar una serie de características del discurso médico oficial hacia finales de la centuria que se resumen a continuación y que contextualiza el ambiente en que se movían los protagonistas de este estudio.¹³⁶

Al igual que los profesores peninsulares, los médicos mallorquines entienden la profesión como Ciencia y como Arte, con especial énfasis en este ya que reclaman y acentúan su rol como médicos prácticos. Hacia finales del diecinueve, principalmente la *Generación de los 50*¹³⁷, tiene una conciencia de ser una generación que se encuentra a caballo entre dos propuestas: el tradicionalismo médico y la “Medicina Moderna” (*sic*)¹³⁸. Esto queda patente en el aspecto social de la definición de la medicina. Como señala Julián Álvarez¹³⁹, hablar de medicina y sus relaciones con el medio social hubiera sido un contrasentido en épocas anteriores puesto que la disciplina era inaccesible para los profanos, “algo misterioso, separado del vulgo o fuera de sus alcances” (1896). Existe, pues, un reconocimiento de la Ciencia Médica como una rama de las Ciencias físico-naturales cuyos fenómenos, antes monopolio de la “clase médica”, “han caído en

136 Parte de los contenidos que figuran a continuación son deudores de un trabajo conjunto realizado con I. MOLL BLANES (2006).

137 “Sus componentes se caracterizaron por el amor al estudio, el afán de estar al corriente de los estudios científicos, conciencia de los problemas profesionales e interés por el saneamiento de las localidades de la isla”, (TOMÁS MONSERRAT, 1985: 31, nota 9).

138 Julián Álvarez la denomina “Medicina Moderna” en un discurso cuyo título refleja la evolución a la que se hace referencia: *La Medicina Moderna en sus relaciones con la sociedad* (1896).

139 Julián Álvarez Aleñar, licenciado en Medicina por la Universidad de Barcelona, donde se doctoró en 1872 con un discurso sobre la sífilis. Como apunta J. Tomás Monserrat (1985) tuvo una prolífica actividad en la *Revista Balear de Ciencias Médicas*. Esta es la descripción que hizo José Sampol (1956:33) de este personaje: “Gozaba Julián Álvarez de una silueta personalísima, siempre en función casi dogmática. Más bien alto; erguido; usaba lentes, por encima de los cuales dirigía al interlocutor algo así como el rayo de una mirada impetuosa, activa [...]. Tan era así que, su clientela, sin excepción, creía sus aseveraciones a pies juntillas, ¡Lo dijo Blas. Punto redondo...! [...]. Su cultura, tanto médica como general, era muy vasta. Algo desequilibrada por un fácil entusiasmo hacia *lo último, lo nuevo*. Snobismo temperamental. Enamorado siempre del *dernier crit* médico era la desesperación de los farmacéuticos que no sabían dónde ni cómo encontrar el medicamento prescrito [...]. Menos mal que no llegó a alcanzar la actual época con sus millares de nombres a cual más enrevesado. Buen clínico al desprenderse o no supervalorar lo recién leído en *The Lancet, La Semaine Medicale* u otros portavoces de los avances médicos” (énfasis original).

la jurisdicción crítica de cualquier hombre de ciencia” (Álvarez, 1896: 7). Finalmente, la centralidad del concepto antropológico –el estudio del hombre en los detalles de su organización y en la síntesis de su ser– y la influencia de la antropología como necesaria en la manera de funcionar la sociedad. Se adivina, pues, una nueva relación entre los “hombres” de ciencia.

Respecto a la relación con “el vulgo”, –siempre conflictiva–, “esa inmensa masa donde flota la opinión pública con la cual tenemos que entendernos, en cuyo medio debemos movernos y con cuyos fallos debemos contemporizar, a menos de tener que librar una batalla por cada uno de los avances de la Ciencia que pueda chocar con la Tradición, base en que firmemente apoyan su “criterio” las grandes agrupaciones sociales” (Álvarez, 1896:7). Sin embargo, admite que los avances ya no eran rechazados de plano como ocurría en siglos anteriores. Es destacable la postura de Julián Álvarez en relación con el empirismo, que consideraba que no debía desdeñarse puesto que era una fuente de conocimientos médicos. Por esta razón, abogaba por el estudio crítico de los conocimientos populares (música, literatura): “*el vulgo* (ha dicho [Letamendi]) *sabe inmensamente más de lo que él se figura*” (p. 37). Álvarez animaba a sus colegas profesionales a “en la diaria visita, hacer estas exploraciones y consignar las que crea útiles en la Revista Balear de Ciencias Médicas entregándola así a la crítica profesional” (p. 38).

En resumen, la *Medicina Moderna* no era una “moda”, sino una “seria y definitiva manera de ser”. Su base el hecho observado y experimentado como fuente de conocimiento y como forma de funcionamiento. De ahí la relevancia de los centros especializados –sanatorios, clínicas–, y del nuevo instrumental médico, referenciado por los profesionales baleares en sus discursos o en las sesiones literarias:

“Estos modernos métodos de investigación científica, aplicados a la clínica, empezaron a practicarse en Palma hace ya más de 10 años por [...] ilustrados profesores [...] los cuales, llevados de sus aficiones a los estudios microscópicos y químicos, montaron en sus respectivos gabinetes modestísimos laboratorios, que contribuyeron [...] al esclarecimiento de puntos oscuros o dudosos de diagnóstico; lo cual vino a patentizar la necesidad de reunir esfuerzos individuales aislados en un centro común de investigación científica, especialmente dedicada a la medicina y a la higiene” (Darder, 1901: 22).

La Medicina Moderna evitaba elevarse a concepciones racionales, que tantas veces la habían conducido a la elucubración y al extravío (Álvarez, 1896: 9). En definitiva, una ciencia ecléctica, según la opinión de Julián Álvarez.

La nueva ciencia médica tenía un principio: se atribuye la responsabilidad de las innovaciones al trabajo de Pasteur. Tenía, a su vez, un hito que según Álvarez fue el Congreso de Ciencias Médicas de Barcelona en 1888 donde “diéronse la mano la Medicina Moderna y la sociedad española” (p. 12). Los comentarios de Álvarez respecto a este congreso confirman otro tipo de cambios en la profesión médica que también han sido referenciados en otros textos del mismo periodo. El cambio de paradigma es también el cambio en la manera de trabajar y en la figura del médico que incorpora dichas tareas; el estilo retórico y florido que debía acompañar al médico se contempla como signo distintivo de generaciones pasadas:

“[En el Congreso de Barcelona de 1888] El elemento que podríamos llamar *tradicional médico*, reducido en número, enemigo por sistema de todo progreso, arrollado por la avalancha de la panspermia; doctos profesores afectos hasta aquel entonces al *statu quo* de la Ciencia, aceptando la nueva doctrina, *convencidos por la exposición de trabajos experimentales sencillos y desprovistos de todo atractivo de la exposición oral, pero concluyentes en sus demostraciones prácticas*” (Álvarez, 1896: 11) (énfasis añadido).

La urgencia por implantar los nuevos principios higiénicos es un denominador común en buena parte de los artículos, así como la manifiesta preocupación por socializar los adelantos de la Medicina, es decir, por impulsar políticas sanitarias más intervencionistas:

“[c]iudades populosas, abiertas á todos los contagios, muy especialmente a los llamados exóticos, se han visto libres de éstos y disminuida notablemente la cifra media de su mortalidad normal, desde que abandonando los procedimientos de desinfección pública, proveyeron a la adopción de un sistema de alcantarillado y abastecimiento de aguas en armonía con las condiciones de la localidad; al objeto de alcanzar la incomunicación posible entre las viviendas de sus moradores, y evitar la contaminación de las aguas destinadas al abastecimiento público, por los micro-organismos letales que anidan en el subsuelo” (Oliver, 1902: 23).

Buena parte de la exposición sobre la ciencia médica estaba relacionada con la función del médico como “hombre” de ciencia. Sin embargo, los médicos mallorquines, posiblemente por no contar con una facultad de Medicina ni instituciones de ense-

ñanza de la medicina¹⁴⁰, ponen el foco en el Arte, es decir, en la medicina práctica denominándose, con preferencia, médicos prácticos, destacando una noción antropológica de enfermedad

“En la ocasión presente hay que estudiar las enfermedades no en sí mismas, sino bajo el punto de vista de sus repercusiones y trascendencias sobre la sociedad y los medios de que dispone ésta para preservarse y combatirlas. ... Aquí no nos interesa en absoluto la enfermedad, sino el enfermo” (Matas, 1902: 7).

Precisamente respecto a la función del médico práctico es donde los comentarios son menos optimistas y denotan inseguridad profesional. Álvarez, como la gran parte de la profesión médica española (cf. Cap. 2) se refiere a la frase, parece que harto utilizada en la época, de que “la medicina no avanza”. Sin embargo, Álvarez es mucho más preciso: “la terapéutica no progresa, está tal cual la engendró el padre de la medicina” (p. 30) (énfasis añadido). Nuestro autor responde que no es exacto y que los grandes avances en la materia eran patrimonio de la época: la anestesia, la antisepsia, la asepsia, la inyección hipodérmica, la higiene terapéutica, la aplicación metódica y racional de los elementos cósmicos: sol, aire, luz, electricidad, etc., la hidroterapia y especialmente los avances de la cirugía. El médico de Molière, afirmaba Álvarez, era un médico que no podía volver y que el moderno si cumplía su deber tenía todo el derecho al respeto y consideración por parte de la sociedad. Pero por encima de todo “*está el buen sentido, la honradez, y aquel sublime y elemental principio: no hagas nunca a otros lo que no quisieres hicieran contigo*” (1896: 46) (énfasis original).

Como referencia de síntesis quisiera señalar que se trata de un discurso que se adapta a las características que presenta el discurso oficial español a comienzos del siglo XX, planteadas por M.I. Porras (1993), a saber: reformismo social, intervencionismo médico e importancia creciente de la medicación. Sus contenidos, además, demuestran una serie de preocupaciones generalizables al colectivo médico español del periodo

140 La documentación de la Real Academia palmesana hace mención a escasos cursos que se realizaron en la propia Academia o en el Hospital Provincial. El acta del 21 de julio de 1892 queda consignado que se dio permiso a González Cepeda y a Losada para impartir las asignaturas de Medicina y Farmacia en las instalaciones de la Real Academia. La *Reseña histórica de los trabajos que han ocupado a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma (1893)* arroja más luz sobre esta noticia con motivo de la necrológica de González Cepeda. La *Reseña* aclara que este médico impartió un curso libre de Anatomía y Disección en el Hospital Provincial, previa autorización de la Diputación.

estudiado por lo que atañe a su profesión, principalmente a la rama de la medicina práctica.

3.2. La asistencia sanitaria en la Mallorca de la segunda mitad del siglo XIX

El médico Tomás Darder y Enseñat, en su discurso inaugural de las sesiones de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de 1901, daba la bienvenida al nuevo siglo XX. Esta efeméride era la ocasión ideal para hacer balance no solo del año fenecido, sino de una etapa profesional alumbrada, entendían los médicos mallorquines, con el advenimiento de la teoría bacteriológica de la que una generación –la de los 50– era su directa heredera. Se trata de un discurso –titulado *Progresos de la Medicina Balear durante el último tercio del siglo XIX*– donde todavía resuenan las acusaciones hechas por la sociedad y los propios médicos sobre los escasos avances de la medicina a las que su autor pretende contestar y refutar mediante la presentación –en clave de símil financiero– de una cuenta de resultados; es decir, el “debe y el haber” (1901: 22) de la medicina balear y la “ejemplar laboriosidad de su cuerpo médico”. Este escrito, como ocurre en otros documentos médicos mallorquines del mismo periodo, empieza presentando –y justificando– el estado de la medicina mallorquina de su tiempo. De una parte, la asunción de un aislamiento que necesariamente tenía consecuencias negativas para la ciencia médica. De la otra un enérgico halago de la “clase médica” mallorquina representada por sus corporaciones científicas, especialmente por el Colegio Médico, que Darder considera un “oasis en el desierto” del panorama científico balear.

En el “haber” de esta cuenta figuraban los avances diagnósticos del siglo XIX. En primer lugar la auscultación, para continuar con una relación de dichos avances. Así plantea la cuestión:

“¿Quién ha podido olvidar las sátiras chocarreras con que fueron saludadas nuestras primeras aplicaciones a la clínica del termómetro, del microscopio, de tantos otros aparatos y preciosos reactivos, sin los cuales sería hoy de todo punto imposible la práctica de la medicina?”(Darder, 1901:24).

El texto es un repaso a los avances de la medicina principalmente en sus relaciones con la química y la física para concluir refiriéndose a los descubrimientos de Pasteur

y la revolución que sus teorías supusieron para la práctica de la “higiene terapéutica”. Darder dedica buena parte de su escrito a estos avances y aunque su intervención se produce siempre “sin menospreciar los conocimientos antiguos, antes bien, utilizando siempre de una manera preferente el precioso legado debido al delicado espíritu de observación de [nuestros] antepasados” (p. 27) enfatiza cómo su generación tuvo que luchar contra la “sanguinaria doctrina de Broussais” que los médicos mallorquines fueron desterrando de su praxis hasta proscribir la lanceta “[al] viejo estuche, como avergonzada del inmenso daño que ha causado” (p. 34). La dieta severa, los antiflogísticos, los vejigatorios y un largo etcétera se exponen como paradigma de una medicina ya superada. Los progresos terapéuticos del último tercio del ochocientos, sus usos y prescripciones fueron, según Darder, objeto de “largos y provechosos debates” en el seno del Colegio Médico-Farmacéutico y por esta razón, advierte, en Mallorca nunca tomaron carta de naturaleza medicamentos peligrosos para el tratamiento de la fiebre, como la antipirina, fenacetina, salipirina, etc. (p. 36) Sí lo hicieron, en cambio, aquellos remedios que los médicos, también de forma consensuada, estimaron que tenían una excelente acción terapéutica sin hacer daño al paciente (por ejemplo, el salicilato de sosa). Y en medio de todos los progresos expuestos por Tomás Darder, la vacunación y la sueroterapia que en Mallorca tuvieron su máximo exponente en el trabajo continuado de la Real Academia de Medicina y posteriormente en el Instituto de Vacunación fundado en seno del Colegio Médico-Farmacéutico¹⁴¹. Finalmente, Tomás Darder alude a la importancia del Laboratorio Químico-biológico fundado en 1897 en Palma lamentando el escaso uso que se hacía del mismo:

“Precisa imponerlos [recursos del laboratorio] a vuestra clientela, como supisteis imponer a su tiempo el termómetro, los sifones, los aparatos de aspiración, termo-cauterio, dinamómetro, báscula, estetoscopio, fonendoscopio, laringoscopio, otoscopio, oftalmoscopio, y tantos otros aparatos, hasta el moderno cistoscopio y la radiografía, ensayada y aplicada, con general aplauso, por nuestro estudioso y reputado compañero el Sr. Jaume y Matas” (Darder, 1901: 32).

141 Para un estudio sobre la viruela en Mallorca durante el siglo XIX puede consultarse: CANALETA SAFONT, E., MOLL BLANES, I., PUJADES MORA, J.M^a, , SALAS VIVES, P., “De la inoculación a la vacunación: Mallorca siglos XVIII-XIX”, en PERDIGUERO GIL, E. y VIDAL HERNÁNDEZ, J. M. (eds.), *Las vacunas: historia y actualidad*, Institut Menorquí d’Estudis, Maó, 2009, pp. 37-52.

El “debe” de este panorama se resume en cuestiones como la higiene privada y pública sobre la que Darder dice que “vale más callar” (p. 43). La descripción del estado higiénico de Mallorca es una denuncia dirigida a todos los estamentos, excepción hecha de la Medicina y sus practicantes:

“Vivimos en las cuestiones de higiene, siglos atrasados, [...] permaneciendo a menudo sin desagüe las aguas putrefactas; dominando en las construcciones enteramente la rutina: junto a la alcoba el estercolero y la pocilga, junto al hogar el escusado, contiguo al depósito de aguas portables, el de la materia excrementicia; junto a los parajes más malsanos, las escuelas, instaladas con sus rancios sistemas pedagógicos [...]; sin hábito de bañar y asear el cuerpo; sin asomo de limpieza pública; [...] sostenidas nuestras murallas por el férreo brazo militar, influido y mal trazado nuestro ensanche por la desalmada y utilitaria política; [...] todo acusa una lamentable decadencia general, de la que es rara excepción la Medicina en Mallorca” (Darder, 1901: 44).

El colectivo médico balear quedaba exculpado, en palabras de Darder, por su activa propaganda, por los informes emitidos en épocas de normalidad y en épocas epidémicas, en los discursos y trabajos

“[a]rchivados en los libros de actas de la Academia y del Colegio y arrinconados y perdidos, otros en las estanterías de nuestras oficinas públicas, si son el mejor galardón de vuestra carrera, no han hallado eco, ni alcanzado jamás el fruto apetecido” (1901: 44).

Este tipo de preocupaciones de los profesionales médicos mallorquines se pone de manifiesto en las actas de las dos principales corporaciones, en los discursos de las sesiones inaugurales, artículos periodísticos y de forma especial en los ciclos de conferencias. Las percepciones y construcciones de la realidad hechas por el colectivo médico balear en una ceremonia como la sesión inaugural conviene circunscribirlas al propio acto constitutivo y a la creación del campo médico y su *habitus*. Sin embargo ¿qué nos indican los estudios históricos sobre la “realidad” del estado sanitario de la Mallorca de la segunda mitad del siglo XIX y por ende del espacio en el que se construye la profesión?

En primer lugar, una población que oscilaba en torno a los 250.000 habitantes, de los que unos 70.000 residían en la ciudad de Palma y el resto se distribuía en municipios con una tasa muy elevada de urbanización: en 1855 el 40% de la población residía en

centros con más de 5.000 habitantes; en 1900 la proporción ascendía al 51%; en 1930 era el 53% (Moll y Salas, 2005). Por otra parte el análisis de ciertos indicadores, especialmente los demográficos, indican que la tasa de mortalidad, principalmente la infantil, era una de las más bajas del país –a finales del ochocientos se situaban en torno al 100‰– y que la transición demográfica balear fue mucho más temprana¹⁴² que en muchas provincias españolas. Este hecho, como apuntan I. Moll y P. Salas (2005) y J. M^a Pujadas-Mora (2012), no pasó desapercibido a los propios coetáneos. El ingeniero Eusebio Estada¹⁴³ (1889) afirmaba que la baja mortalidad de Palma se debía a las condiciones climáticas y a determinadas pautas de comportamiento, sin que el sector público hubiera contribuido significativamente en la mejora de las condiciones sanitarias. Una observación con la que coincidió Tomás Darder unos años más tarde, como hemos podido observar en su discurso de 1901 *supra*. En 1928, Emili Darder¹⁴⁴ emitía un juicio muy parecido sobre la situación sanitaria balear aunque resaltó la escasa incidencia de las enfermedades epidémicas propias del ochocientos (cólera y fiebre amarilla), el control de la viruela y la escasa incidencia del tifus. Darder también dejó constancia, como ya había hecho Estada, de que las tasas de mortalidad insulares eran las más bajas de

142 ARBELO CURBELO, A. (1962), *La mortalidad en la infancia en España, 1901 – 1950*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas; BUJOSA HOMAR, F. et al. (2000), La avanzada transición demográfica en Mallorca: el caso de la mortalidad infantil. *Boletín de la Asociación de Demografía Historia*, XVIII (II), pp. 125 – 146; CABRÉ, A. (1999), *El sistema català de reproducció*, Barcelona, Proa; DOPICO, F. (1985 - 1986), Desarrollo económico y social y mortalidad infantil. Diferencias regionales (1860 - 1950). *Dynamis*, 5 - 6, pp. 381 – 396; DOPICO, F.; REHER, D. S. (1998), *El declive de la mortalidad en España, 1860 – 1930*, Madrid, Asociación de Demografía Histórica; GÓMEZ REDONDO, R. (1992), *La mortalidad infantil española en el siglo XX*, Madrid, Siglo XXI; MUÑOZ PRADAS, F. (2005), Pautas territoriales de mortalidad en la España de 1860: una reconstrucción y análisis. *Revista de Demografía Histórica*, 23 (2), pp. 43 – 78; NICOLAU NOS, R. (1991), Trayectoria regionales en la transición demográfica española. En EIRAS ROEL, A. (ed.) *Modelos regionales de la transición demográfica en España y Portugal*, 2. Asociación de Demografía Histórica, pp. 49 – 65; PASCUA MARTÍNEZ, M. (1934), *La mortalidad infantil en España*, Madrid, Dirección General de Sanidad y PUJADAS MORA, J. M. (2009), *Evolució de la mortalitat infantil i juvenil a la ciutat de Palma (Mallorca, 1838 – 1960)*, Palma, Universitat de les Illes Balears, Departament de Ciències Històriques i Teoria de les Arts.

143 Eusebio Estada (1843-1917). Autor de *La ciudad de Palma*. Tanto esta obra como un estudio preliminar sobre la figura de este ingeniero, a cargo de Francesc Bujosa Homar, están disponibles en una versión electrónica: <http://lull.uib.es/articulos/1701257.14245/1.PDF>

144 Emili Darder Canaves (1895-1937), natural de Palma. Licenciado en Medicina y Cirugía en la Universidad de Valencia (1915) y doctor en Medicina (1918). Trabajó con Tomás Achúrraco y con Gustavo Pittaluga en Madrid. En Barcelona trabajó en el Laboratorio Municipal. Socio de número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma. Militó en el Partido Republicano Federal de Mallorca y fue alcalde de Palma. Fue fusilado, después de un consejo de guerra, el 24 de febrero de 1937 (Fuente: CANALETA SAFONT, E. y PUJADAS MÓRA, J.M. (2008), “La producción científica d’un metge que féu política: Emili Darder i Cànaves (1895-1937)”, *Actes d’Història de la Ciència i de la Tècnica, Nova època*, volum 1(1), pp. 285-291).

España. A pesar de estos datos, para Eusebio Estada, Enrique Fajarnés¹⁴⁵ y los Darder los niveles bajos de mortalidad no suponían una ventaja puesto que un análisis comparativo con otros lugares mostraba un considerable atraso sanitario de la provincia, especialmente en relación a los “países cultos”. No obstante, las comparaciones fueron bastante asimétricas ya que se contrastaron poblaciones con recorridos demográficos bastante diferentes. Es decir, se consideraron países con transiciones demográficas avanzadas –por ejemplo los países del norte de Europa- frente a otros con transiciones retrasadas, como es el caso español (Pujadas-Mora, 2012). Pero la lectura catastrofista de las cifras demográficas les sirvió para justificar la necesidad de la reforma sanitaria con el fin de modernizar la sociedad dado su compromiso social de impulsar mejoras que equipararan las islas con los países más avanzados (Moll y Salas, 2005: 225).

Para la “clase médica”, las mejoras en la ciudad de Palma –bajo el apelativo de “saneamiento” – se debían concretar, principalmente, en actuaciones sobre el curso del agua potable y las aguas fecales –canalizaciones y alcantarillado–, en la limpieza de la vía pública, en inspecciones alimentarias, pero sobre todo en el derribo de las murallas. En la esfera privada se propuso evitar el hacinamiento y cuidar la ubicación de las fosas sépticas (Pujadas-Mora, 2012 a).

Ch. Winslow en 1920 aportó la siguiente definición de Salud Pública¹⁴⁶:

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

Como señala I. Moll (2005), si nos atenemos a esta definición podemos establecer dos procesos de atención sanitaria para la Mallorca del ochocientos: el colectivo de pro-

145 Enrique Fajarnés Tur (Ibiza, 1858 – 1936). Licenciado en Medicina y Cirugía en Barcelona. Socio de número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma desde 1885. Fajarnés no se dedicó a la medicina pero desarrolló una gran actividad como escritor médico y socio del Colegio. Sobre este personaje puede consultarse: PRATS GARCÍA, E. y PUJADAS-MÓRA, J.M^a (Eds.) (2008).

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

fesionales sanitarios y una red de instituciones religiosas femeninas con una total dedicación a la asistencia social y la enseñanza femenina.¹⁴⁷ A mediados del siglo XIX, prácticamente todos los municipios mallorquines contaban con un médico y un farmacéutico titulares, y posteriormente con un veterinario. Esta red está fuertemente vinculada a la acción política local y estatal que por medio de contratos aseguraba la asistencia de las personas sin recursos. A partir de mediados del XIX se diseña un marco legal que incorporará a estos sanitarios a la administración local.¹⁴⁸ La configuración de esta red puede reseguirse en¹⁴⁹:

1. Según el *Acta del Real Acuerdo sobre arreglo de los médicos* (1795), que trataba de la necesidad de que únicamente los profesionales con acreditación de la Academia Médico-Práctica pudieran ejercer la medicina, en Mallorca había 87 médicos. Sin embargo, esta nómina solo incluye aquellos profesionales acreditados por esta institución mallorquina.
2. El *Repartimiento Individual de la Contribución* de 1852 permite afirmar que prácticamente todos los municipios mallorquines contaban con un médico titular y la mayoría con un farmacéutico.
3. Listado de miembros del Colegio Oficial de Médicos de Baleares, publicada en el Boletín Oficial de la Provincia en 1899, en la cual todos los municipios mallorquines ya contaban con médicos titulares.

Obviamente, a esta red de sanitarios titulares cabe añadir los médicos libres. Tomás Monserrat (1985: 63) afirma que los pueblos de la isla disponían del doble de número de médicos que la capital. Según este autor, en 1887 ejercían la medicina 170 médicos (53 en la capital). A principios del siglo XX, el Colegio Médico-Farmacéutico contaba con 183 socios (en sus tres secciones) de los cuales 64 residían en Palma, domiciliados preferentemente en los alrededores de la Plaza Mayor y los alrededores del Hospital Provincial. La asistencia sanitaria domiciliar se completaba, para las clases pobres, con el

147 La importancia de las religiosas como base de la futura profesión de la enfermería y su proceso de profesionalización en Mallorca puede consultarse en G. GALLEGO (2009).

148 La asistencia médica rural durante el siglo XIX español y toda la problemática respecto a las diferentes leyes sobre los médicos titulares ha sido tratada por ALBARRACÍN TEULÓN (1973a; 1974).

149 Los datos que siguen a continuación corresponden para los médicos a MOLL (2005). Para las religiosas GALLEGO (2009) y MOLL (2005)

Hospital Provincial de Palma. A partir de principios de siglo XX, se observa la creciente importancia de una serie de clínicas privadas muy ligadas a ciertas dinastías médicas.

La red asistencial organizada por la Iglesia cubría las necesidades que los Ayuntamientos no podían cubrir por falta de recursos. Se trataba de órdenes religiosas femeninas distribuidas por todos los pueblos y lugares de la isla, dedicadas a la educación de la infancia y de las mujeres, al cuidado de los enfermos y a la asistencia de los pobres. Por otra parte, estas religiosas fueron las responsables de los servicios de enfermería de los centros hospitalarios públicos y también los nuevos centros privados irán haciendo uso de sus servicios.

Finalmente, una política sanitaria desarrollada por los Ayuntamientos y la Diputación Provincial en consonancia con el proceso de municipalización de la Salud Pública que se desarrolla a lo largo del siglo XIX como consecuencia de la transferencia de responsabilidades por parte del Estado. Entre las actuaciones institucionales cabe citar:

- Las acciones preventivas frente a las epidemias¹⁵⁰.
- El desarrollo de una normativa municipal por medio de ordenanzas, cuya vigencia abarca de 1871 a 1936¹⁵¹
- Y una serie de actuaciones puntuales dirigidas a la provisión de servicios y creación de infraestructuras, además de la colaboración en la creación de la red de servicios sanitarios señalados más arriba¹⁵².

3.2.1. Los profesionales sanitarios de Mallorca: su número y procedencia

Fernando Weyler Laviña en la *Topografía Físico-Médica de las Islas Baleares* (1992 [1854]) exponía el número de facultativos médicos por habitante en el archipiélago. Por lo que respecta a la mayor de las Baleares, Weyler afirma que “la estadística profesional [...] sacada de documentos oficiales” (1992: 182) arrojaba las siguientes cifras:

150 Sobre las epidemias mallorquinas del ochocientos, puede consultarse: PUJADAS, J.M, *La gestió de les epidèmies a Mallorca al segle XIX*, Memòria d'Investigació, Universitat de les Illes Balears, Palma, 2005; CANALETA SAFONT, E. y PUJADES MORA, J.M^a. (2006) y PUJADES MORA, J. M^a y CANALETA SAFONT, E. (2010). Véase también SALAS VIVES (2010a y 2010c).

151 MOLL BLANES I. y SALAS VIVES, P. (2005). SALAS VIVES, P. (2002; 2010b)

152 *Ibidem*.

- Médicos-cirujanos y médicos puros: 104
- Cirujanos latinos, romancistas y otras varias clases: 42

Weyler establece un “profesor” por cada 1260 habitantes. El autor de la *Topografía* es muy consciente del problema que suponía para los profesionales el gran número de titulaciones en la ciencia de curar y se refiere a ellos como profesores “en general” y apostilla que “rigurosamente hablando, nadie se limita a su ramo” (1992:182). Sin embargo, apunta que esta cifra no era exacta puesto que la mayor parte de los profesores estaban domiciliados en Palma y que, en consecuencia, la relación era de 1 profesor por cada 590 habitantes. Para reforzar el significado de estas cifras, Weyler aporta los datos correspondientes a Francia (1 médico cada 6914 habitantes) con las que concluye que el número de profesores era excesivo, especialmente en la capital, dando lugar al abatimiento de la clase “porque de la competencia excesiva y abundancia de mercados, resulta la baratura de géneros” (1992: 182).

Gloria Gallego (2009: 166) ha calculado la relación territorial de licenciados en Medicina y Cirugía en Baleares y en España. De este cálculo se desprende que la relación territorial era mejor en Baleares con algo más de un médico titulado por cada 12 Km², frente a los 16 Km² para el resto del territorio español. Un estudio cuantitativo y cualitativo más profundo permitiría averiguar el número de médicos en ejercicio por habitante. Por el momento, podemos aproximarnos a este hecho gracias a los datos aportados por G. Gallego (2009) y por los recopilados por mí misma. Puesto que el objetivo de esta tesis doctoral es hacer una aproximación a la construcción de la profesión médica, es decir, hacer un relato básicamente identitario, he procurado aportar datos de corte cualitativo mediante los cuales complementar el análisis estadístico.¹⁵³ Estos datos, como ya se ha indicado en el apartado sobre *Las fuentes de la investigación*, corresponden a las partidas de bautismo y certificados de nacimiento que acompañan a los expedientes académicos de los médicos españoles. Se trata de un estudio preliminar y solo se recogen los expedientes que figuran en el Archivo General de la Administración (AGA); los expedientes depositados en las distintas universidades comple-

¹⁵³ Estos datos son parciales, a la espera de una investigación más amplia donde se reconstruirían las relaciones familiares de largo alcance (generaciones) con el propósito de construir estirpes de sanitarías.

tarían esta información.

Gallego (2009) ha realizado un estudio descriptivo y cuantitativo sobre la profesionalización de los sanitarios del conjunto de las Islas Baleares entre los años 1842 y 1932. Esta autora ha localizado 1233 sanitarios de los cuales, en lo tocante a la licenciatura en Medicina y Cirugía, el 75,33% eran mallorquines.

Tabla 7. Distribución de los médicos baleares según islas (1848-1923)

Origen	Frecuencia absoluta	%
Palma	205	33,94
Resto Mallorca	250	41,39
Menorca	55	9,11
Pitiusas	30	4,97
Baleares	8	1,32
No Baleares	4	0,66
Sin referencia	52	8,61
TOTAL	604	100

Fuente. Gallego (2009)

Tabla 8. Distribución de los profesionales sanitarios baleares por titulación (1848-1923)

Titulación	Frecuencia absoluta	%
Médicos	604	48,99
Matronas	169	13,71
Farmacéuticos	160	12,98
Practicantes	127	10,3
Veterinarios	95	7,7
Dentistas	49	3,97
Sangtadores	29	2,35
TOTAL	1233	100

Fuente: Gallego (2009)

El análisis de la serie de registros completos oficiales, comprendidos entre 1879 y 1928, muestra que en las universidades españolas se licenciaron 30.556 estudiantes de Medicina de los cuales 413 (1.3%) eran de origen balear. La mayoría de los médicos baleares obtuvieron su título en la Universidad de Barcelona, seguida, a mucha distancia, por la de Madrid. La siguiente tabla muestra dicha distribución:

Tabla 9. Distribución de los licenciados en Medicina y Cirugía nacidos en Baleares según universidad (1848-1923)

Universidad	Frecuencia absoluta	%
Barcelona	285	69
Madrid	42	10,17
Zaragoza	27	6,54
Valencia	26	6,3
Sevilla	17	4,12
Valladolid	7	1,7
Santiago	6	1,45
Granada	2	0,48
Salamanca	1	0,24
TOTAL	413	100

Fuente. Gallego (2009)

El análisis de la información de los expedientes académicos permite aportar algún dato más, aunque a partir de un número menor de registros. Estos datos, basados en 105 expedientes, permiten avanzar –al igual que Gallego (2009)– la relevancia de la Universidad de Barcelona como centro formativo de los médicos mallorquines¹⁵⁴. El siguiente mapa ilustra esta procedencia:

Mapa 1. Número de médicos por universidad de licenciatura (1869-1923)



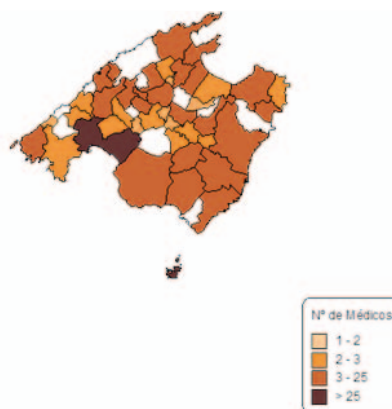
Fuente: elaboración propia a partir de base de datos “Expedientes AGA”

La mayoría de los licenciados provienen de las poblaciones más meridionales de la isla –con la excepción de Pollença–: Andratx, Felanitx, Inca, Lluçmajor, Marratxí, Pal-

¹⁵⁴ El elevado porcentaje de licenciados mallorquines en la Universidad de Barcelona merecería un estudio monográfico en el que se contrastara la influencia de las teorías médicas preeminentes en dicha universidad, el ambiente médico de la ciudad y su repercusión en la práctica balear

ma, Pollença, Porreres, y Santany. A excepción de Marratxí y Porreres, el resto de las localidades registran poblaciones de más de 5000 habitantes desde la segunda mitad del siglo XIX (Pujadas Móra, 2009:223). Ello evidencia una relación entre fenómenos de profesionalización y procesos de urbanización, dado que la frecuencia relativa de licenciados correspondiente a las poblaciones de más de 5000 habitantes supone el 60% de los casos. La capital de la mayor de las Baleares, por su parte, registra el 40% de los licenciados mallorquines

Mapa 2. Número de médicos por lugar de nacimiento (1869-1923)



Fuente: elaboración propia a partir de base de datos "Expedientes AGA"

Tabla 10. Número de licenciados en Medicina en las principales localidades mallorquinas (1869-1923)

Localidad	Nº licenciados
Andratx	3
Felanitx	3
Inca	4
Llucmajor	3
Marratxí	3
Palma	42
Pollença	4
Porreres	3
Santanyí	4
TOTAL N=105	69

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos "Expedientes AGA"

Los datos más relevantes, por lo que aquí compete, son los referentes a la profesión del progenitor y en algunas ocasiones, la de los abuelos de los titulados. Del número total de expedientes analizados (105), 64 de ellos (60.95%) contienen la profesión de los

padres de los médicos titulados de origen mallorquín. De este 60.95%, en 22 (34.37%) documentos se ha podido obtener la profesión de, al menos, uno de los abuelos. Como se ha indicado en el capítulo segundo, uno de los problemas de los censos de población del ochocientos español fue la dificultad de establecer una tipología profesional y ocupacional. A pesar de esta dificultad, se ha realizado una categorización social mediante el esquema proporcionado por la clasificación HISCLASS basada en la Historical International Standard Classification of Occupations (HISCO)¹⁵⁵ para poder llevar a cabo un análisis estadístico de los datos. Este análisis se complementa con observaciones de tipo cualitativo ya que algunas de las profesiones y ocupaciones referidas –no olvidemos que por los propios agentes– son categorías de estatus más que dedicaciones profesionales, como el caso de los hacendados o propietarios, o el de doctor en Medicina o en ambos Derechos. Los 64 casos se han agrupado en 7 categorías HISCLASS¹⁵⁶, recogidas en la siguiente tabla.

Tabla II. Ocupaciones de los progenitores masculinos de los licenciados mallorquines (1869-1923)

Clasificación	Palma	Part Forana	Total
Trabajadores del campo	1	1	2
Industriales	2	0	2
Profesionales	9	10	19
Profesionales de bajo nivel y empleados	6	5	11
Trabajadores manuales cualificados	3	2	5
Campesinos	1	20	21
Trabajadores manuales no cualificados	4	0	4
TOTAL	26	38	64
Frecuencia relativa	40,63%	59,37%	100%

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos "Expedientes AGA"

Los médicos titulados mallorquines, independientemente de su origen geográfico proceden mayoritariamente de los siguientes grupos: *agricultores/campesinos* (32.81%), *profesionales (de titulación superior)* (29.68%) y *profesionales de bajo nivel y empleados* (17.18%). De esta distribución se pueden inferir algunas cuestiones, como la estrate-

¹⁵⁵ El proyecto puede consultarse en: http://historyofwork.iisg.nl/detail_page.php?act_id=35200

¹⁵⁶ La traducción de las categorías utilizadas por el HISCLASS entraña cierta dificultad analítica. Se ofrecen las denominaciones originales utilizadas son las siguientes: *Rural workers. Higher managers. Higher professionals Lower prof. and clerical, sales. Skilled workers. Farmers .Lower skilled workers*

gia de ascenso social mediante la adquisición de la titulación en el ámbito rural mallorquín o *Part Forana*¹⁵⁷, una tendencia continuista en el grupo de los profesionales de titulación superior y, de nuevo, una estrategia de ascensión social de las profesiones con menos prestigio y estatus social. De manera general, podemos afirmar que la profesionalización de los médicos mallorquines es un fenómeno de reproducción del propio grupo de profesionales ya que la proporción de médicos titulados cuyos ascendientes se integraban en este sector representa el 46.87% de los casos estudiados, aunque con una situación nada desdeñable de los agricultores acomodados.

Sin embargo, conviene diferenciar el comportamiento entre Palma y la *Part Forana*. Para el caso de la capital los grupos preeminentes son los profesionales, mientras que en la *Part Forana* representan el segundo grupo más significativo. Las siguientes tablas permiten observar estos datos de forma desagregada:

Tabla 12. Ocupaciones desagregadas del grupo 2: profesionales (1869-1923)

GRUPO 2: PROFESIONALES		
Título profesiones	Palma	Part Forana
Abogado	1	
Escribano		2
Farmacéutico		1
Ingeniero de caminos	1	
Intérprete de lenguas	1	
Médico	3	4
Médico-cirujano	2	2
Procurador		1
Teniente coronel infantería	1	
TOTAL	9	10

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos "Expedientes AGA"

¹⁵⁷ Cuando en Mallorca nos referimos a la zona rural no implica un determinismo agrario. En realidad la referencia más correcta es *Part Forana* que desde el momento de la configuración de la sociedad catalana en el siglo XIII se adjudica a todo lo que no pertenece a la Ciudad [de Palma].

Tabla 13. Ocupaciones desagregadas del grupo 4: profesionales de bajo nivel y empleados (1869-1923)

GRUPO 4: PROFESIONALES DE BAJO NIVEL Y EMPLEADOS		
Título profesiones	Palma	Part Forana
Cirujano	1	1
Cirujano-dentista	1	
Comerciante	1	1
Dentista	1	
Empleado	1	
Practicante	1	
Secretario Ayuntamiento		1
Secretario Judicial		1
Traficante		1
TOTAL	6	5

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos "Expedientes AGA"

El grupo de los *profesionales* tiene prácticamente el mismo peso en toda la isla: un 34.61% en Palma y un 38% en la *Part Forana*; en ambas zonas, seguir la carrera paterna en la ciencia de curar (médico o médico-cirujano) representa la opción de más de la mitad de los médicos titulados. Por tanto, para este grupo profesional no se observan diferencias –al menos por lo que a una generación se refiere–, entre el mundo urbano y el rural. La alta tasa de urbanización de la isla, con los datos disponibles hasta el momento, no explica esta tendencia ya que los profesionales titulados de la *Part Forana* se encuentran en pequeñas localidades (Calvià, Costitx, Porreres, Selva, Sencelles y Sineu). Solo en Inca se registran 3 casos de este grupo, aunque ninguno de ellos procede de las ciencias médicas.

El grupo que recoge a los *profesionales de bajo nivel y empleados* muestra algunas diferencias entre Palma y la *Part Forana*. Este grupo representa el 23.07% en la capital, mientras que solo el 13.15% en el resto de la isla. Con los datos disponibles, se observa que la mayoría de los representantes de este grupo para el caso palmesano corresponde a profesiones sanitarias. Como ocurre para el grupo de los *profesionales* (superiores) en la *Part Forana*, no se observa una relación entre la urbanización y las profesiones de la pequeña burguesía puesto que los casos están distribuidos entre pequeñas localidades. Respecto a estos dos grupos se puede inferir, a la espera de contar con una base de

datos más representativa, que la profesionalización es una forma de ascensión social en ambas zonas de la isla.

El grupo de los *agricultores/campesinos* merece una mención especial por dos motivos. Primero, sus resultados arrojan una dinámica social específica y segundo, su composición interna refuerza esta dinámica.¹⁵⁸ La siguiente tabla muestra el grupo por “profesiones/ocupaciones” desagregadas.

Tabla 14. Profesiones desagregadas del grupo 8 (1869-1923)

GRUPO 8: CAMPESINOS		
Título profesiones	Palma	Part Forana
Agricultor		1
Arrendatario		1
Comrador		4
Hacendado		4
Labrador		3
Propietario	1	7
TOTAL	1	20

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos “Expedientes AGA”

Este grupo, como se ha indicado, representa el 32.81% de las profesiones paternas de los titulados mallorquines de la zona rural (a excepción de 1 caso palmesano). Además, a estas ocupaciones se pueden sumar los dos jornaleros del grupo de los *trabajadores agrícolas*. Así, corresponderían 21 casos para la *Part Forana* y 2 para Palma. Se observa, por tanto, una estrategia de ascensión social mediante la adquisición de una titulación universitaria como la Medicina que habilitaba a su poseedor a ejercer una profesión de alto estatus social.

El análisis de las “profesiones y ocupaciones” de este grupo permite entrever unas estrategias familiares que aseguraban su reproducción. Hacendados y propietarios no se corresponden a ocupaciones laborales, sino que su significado es mucho más amplio y hace referencia a una posición más que a una ocupación. El hacendado era

¹⁵⁸ Ya en 1979, I.Moll y J. Suau en su estudio sobre la sociedad agraria mallorquina observaron esta circunstancia; es decir una fuerte diferenciación social del sector mal llamado “campesino”. Véase también para los conceptos de “*amo*”: MIQUEL, A. (1999), *El campo en la cabeza. Pervivencia del agrarismo e la construcción de la identidad*, Madrid, Los Libros de la Catarata, y (1990), “La construcción de la identidad en las Islas Balears”, *Revista de Ciencias sociales de la Fundación Joaquín Costa*, Zaragoza.

siempre un gran terrateniente y podía pertenecer bien a la aristocracia básicamente urbana (con sede en la ciudad de Palma), bien a grandes propietarios que vivían en los pueblos¹⁵⁹. La categoría “propietario” es más ambigua, aunque siempre hace referencia a quienes contaban con patrimonio suficiente para vivir sin trabajar.

Para finalizar con las profesiones de los ascendientes, si nos remontamos a dos generaciones anteriores, en 18 casos (17.14% del total) el padre tenía una profesión sanitaria y en 6 de estos casos, los abuelos también. La siguiente tabla recoge las profesiones u ocupaciones sanitarias paternas:

Tabla 15. Profesiones sanitarias de los ascendientes de los titulados mallorquines en Medicina y Cirugía (1869-1923)

Ocupación sanitaria	Palma	Part Forana
Barbero-sangrador	1	1
Cirujano	1	1
Cirujano-dentista	1	
Dentista	1	
Médico	4	3
Médico-cirujano	2	2
Practicante	1	
TOTAL	11	7

Fuente: elaboración propia a partir de base de datos “Expedientes AGA”

La profesionalización de la medicina balear, como la de cualquier profesión, posiblemente obedece a la reproducción profesional dentro de la propia familia. Esta hipótesis solo podrá verificarse cuando sea posible analizar las profesiones de los miembros de una familia a lo largo de varias generaciones, así como sus alianzas matrimoniales. Con los datos disponibles, es posible conocer la dedicación de, al menos, uno de los abuelos en 25 casos –solo en 10 de ellos conocemos la serie completa; es decir, profesión progenitor, profesión abuelo materno y profesión abuelo paterno.

Al reseguir las profesiones de los abuelos, tanto por vía materna como paterna, parece que se mantiene la tendencia que se ha observado: preeminencia del grupo de Agrarios básicamente propietarios, en el caso de la zona rural; y, en el caso de Palma se observa,

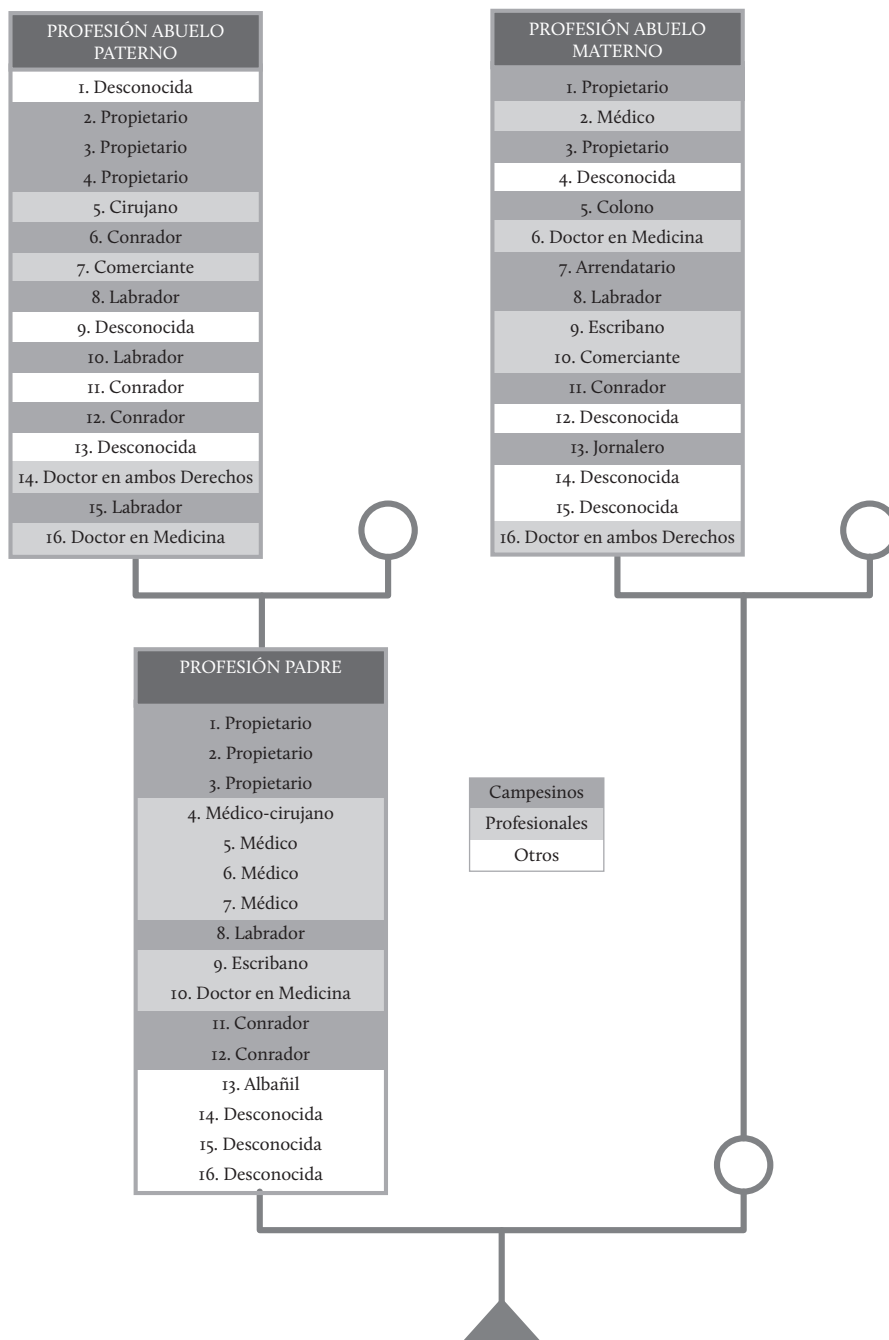
¹⁵⁹ También conocidos en Mallorca como “mà major”, categoría social que corresponde a la organización estamental.

nuevamente, la importancia de los profesionales (superiores).

Son escasos los datos sobre las profesiones de los hermanos de los licenciados mallorquines en Medicina, pero se observa una preferencia por los estudios de Farmacia.

Finalmente, con los 105 casos, se ha podido establecer que existe una coincidencia del 26.87% de los casos entre el lugar de nacimiento y de ejercicio de la profesión.

Esquema 4. Genograma profesional de los titulados mallorquines en Medicina y Cirugía. Part Forana (1869-1923)



3.2.2. Las corporaciones médicas mallorquinas

El estudio de las diferentes corporaciones médicas en la Mallorca de la segunda mitad del siglo XIX no es el objetivo de este trabajo; la mayoría de los trabajos existentes sobre este tema¹⁶⁰, y en los que me baso para la redacción de parte de este apartado, son de autores miembros de las propias instituciones y, en algunos casos, han sido patrocinados por las propias instituciones. De hecho el objetivo de este apartado es presentar las instituciones médicoquirúrgicas palmesanas del periodo estudiado para analizar en próximos apartados, de forma global, la relación entre la profesionalización y las asociaciones mallorquinas de la segunda mitad del ochocientos.

La exposición no sigue un orden cronológico ni jerárquico. Su orden obedece a la importancia documental y consecuentemente expositiva en el conjunto de este trabajo. Por tanto, se presentan en primer lugar las asociaciones y corporaciones que tuvieron menos impacto en la sociedad mallorquina: Sociedad Frenológica Mallorquina, Academia Médico Militar de Mallorca, y la Academia Quirúrgica Mallorquina. A continuación, las dos grandes instituciones que marcaron la pauta médica y profesional durante la segunda mitad del XIX: la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma y el Colegio Médico-Farmacéutico, con sus posteriores divisiones orgánicas.

160 BUJOSA HOMAR, F. et al (2008), *L'Ensenyament de les Ciències de la Salut a les Illes Balears des de la Conquesta fins a la Guerra Civil*, Palma, Govern de les Illes Balears, Conselleria de Salut i Consum; BUJOSA, F. y MARCH, J. (2001), *L'Ateneu Balear (1877-1892): una associació poc estudiada*, en SERRA, S. y COMPANYY, A. (Coords.) *El moviment associatiu a les illes Balears : des del final del segle XIX fins a l'actualitat*, Palma, Institut d'Estudis Balearics; RODRÍGUEZ TEJERINA, J.M. RODRÍGUEZ TEJERINA, J.M. (1981), "La Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca a los ciento cincuenta años de su fundación (1831-1981)", II Congreso Nacional de Reales Academias de Medicina y Cirugía, Palma de Mallorca; (1986), *Historia de la medicina en Mallorca, siglo XIX*, Palma, Caja de Ahorros de Baleares "Sa Nostra"; SUREDA BLANES, J. (1960), *Las Academias Médicas de Mallorca : 1788-1831*, Palma, [s.n.]; TOMÁS MONSERRAT, J. (1976), *Medicina y médicos : Mallorca, siglo XIX* Palma, [s.n.]; (1981), (La Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca y la ciencia médica del siglo XIX : notas para el estudio de su contribución, II Congreso Nacional de Reales Academias de Medicina y Cirugía : Comunicaciones : Palma de Mallorca, 1981 - p. 53-56 1985), *El Colegio de médicos de Baleares 1882-1982*, Palma, Colegio Oficial de Médicos de las Baleares; (1990), *Innovaciones y progresos médicos en Mallorca : 1898-1989*, Palma, [s.n.]; (2006), *La Real Academia de Medicina y Cirugía : unificación de la ciencia de curar*, en REIAL ACADEMIA DE MEDICINA DE LES ILLES BALEARS (2006), *Il·lustració y Medicina*, Palma, Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears. SUREDA TRUJILLO, J. (1978); MOLL BLANES (2012); MOLL BLANES, I; VIDAL HERNÁNDEZ, J.M. (2011); CANALETA-SAFONT, E.; MOLL BLANES, I. (2011).

Sociedad Frenológica Mallorquina (1844 - ¿)

Se tiene noticia de la existencia de esta sociedad gracias a dos documentos: su reglamento (de 24 de marzo de 1844) y el discurso del primer año de actividad societaria (de 3 de marzo de 1845). Hasta el momento no se han localizado ni las actas ni los discursos posteriores, por lo que no es aventurero afirmar que posiblemente tuvo una vida muy efímera¹⁶¹. No obstante, la falta de documentación también puede obedecer a mandatos reglamentarios; así el artículo 8º establecía que la impresión de las memorias o los extractos de los debates se decidiría en función de la situación económica de la sociedad o la voluntad de los miembros.

La Sociedad Frenológica Mallorquina estaba constituida por 27 miembros (Tabla 16). Algunos de los socios fueron médicos de profesión o formación como lo atestiguan las nóminas de profesores de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma. Estuvo presidida por José O’Ryan, médico-cirujano que ejercía en Andratx, y en su junta directiva figura el Dr. Mariano Morey¹⁶² como primer vicepresidente. El Presidente nato (*sic*) de la sociedad fue Mariano Cubí i Soler¹⁶³, introductor de los postulados de Gall en España y divulgador de la Frenología. Parece, como atestigua Fernando Weyler, que Cubí recaló por la isla puesto que O’Ryan menciona “un sabio profesor” del que recibió unas lecciones en Mallorca. Además, la influencia de Cubí en el funcionamiento de la sociedad queda patente en los discursos, en los que se menciona el seguimiento de sus indicaciones y una comunicación epistolar constante.

161 Fernando Weyler, en la *Topografía Físico-Médica de las Islas Baleares* (1992 [1854]) hace una pequeña mención a esta asociación, con la que viene a confirmar su efímera existencia: “Hubo un día, en que en el momento del entusiasmo que produjeran las lecciones del señor Cubí, se fundó una Sociedad frenológica, en la que figuraban profesores; un soplo pasajero fue la existencia de una reunión, cuyo recuerdo vivirá, mientras exista alguno de sus fundadores” (1992: 178). Mariano Cubí Soler (Malgrat de Mar, 1801-1875) fue el introductor de las teorías de Gall en España. Se puede consultar una biografía datada en 1876 en la siguiente web: <http://www.filosofia.org/aut/001/1876cubi.htm>. La historia de la frenología en Catalunya puede consultarse en la tesis de NOFRE MATEU, D. (2007), “*Una ciencia de l’home, una ciencia de la societat. Frenologia i magnetisme animal a Catalunya (1842-1854)*”, también disponible online: <http://www.tdx.cat/handle/10803/5171> [accedido: 27/12/2012].

162 Mariano Morey Rosselló (1793-1852), natural de Palma. Doctor en Cirugía (1814) y doctor en Medicina (1815). Socio numerario por oposición de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma desde 1831, donde desempeñó los cargos de bibliotecario-archivero y depositario. Fue el encargado de leer el discurso inaugural de 1841, titulado *Utilidad y ventajas de las Academias Médico-Quirúrgicas y la necesidad de darles mayor impulso* (Fuente: *Registro de socios numerarios y honorarios desde 1831*, (ARAMIB)).

163 Vid nota 161.

Tabla 16. Socios de la Sociedad Frenológica Mallorquina

Socios de la Sociedad Frenológica Mallorquina		
Mariano Cubí i (sic) Soler	Juan Bisellach	Miguel Vidal
José O Rian	Octaviano Carlota	Lorenzo Abrines
Mariano Morey	Buenaventura Fontanals	Mariano Quintana
Ignazio Aillon	Jaime Morey	Guillermo Fuster
Rafael Cañadó	Antonio Fontanals	Antonio Bosch
Casimiro Urech	José Ignacio Alonso	Pedro Feliu Perelló
Jaime Rullan	Joaquín Socías	Juan Palou
Mateo Urech	Guillermo Antonio Puerto	Juan Bautista Billón
Juan Bagur	Miguel Ramis	Francisco Muntaner
Antonio Sureda		

Fuente: elaboración propia a partir de O’Ryan 1844)

El discurso –anónimo–, de 1845, pone de manifiesto que la Frenología era de reciente arraigo en Mallorca y que los miembros de la sociedad no estaban muy avezados en su práctica. Por esta razón, en el primer discurso su ponente afirma que para los socios “fue necesario afianzarse la Academia en la facilidad de localizar y graduar [los cráneos]” (Sociedad Frenológica, 1845: 1) mediante el examen de las cabezas de todos sus socios para apreciar su carácter y talento.

El objeto de la sociedad “no es ahora, ni podrá ser jamás otro, sino el de estudiar, adelantar y propagar la frenología, con todas las aplicaciones verdaderas, útiles y legítimas que de ella pueda hacerse” (art. 2º). No obstante, como puntualiza su presidente en el discurso de institución, el estudio de la ciencia debía hacerse mediante su práctica puesto que la experiencia había demostrado ser el camino más adecuado con el fin de “difundir e inculcar” sus utilidades. La teoría, opinaba O’Ryan, “vendrá por sí misma a ofrecérsenos después” llevando a la generación de los conocimientos. Por esta razón, el reglamento prescribe, en su artículo 5º, el funcionamiento de las sesiones: “Las sesiones ordinarias o regulares serán con el objeto preciso y específico de examinar cabezas presentadas por algún socio al efecto” (O’Ryan, 1844:3). El artículo continúa con la descripción exacta del desarrollo de las sesiones. El discurso sobre la importancia de la práctica no es baladí si tenemos en cuenta el debate coetáneo sobre los sistemas médicos y las repercusiones que, a juicio de los médicos, tuvieron para la práctica de la medicina.

El reglamento consta de 18 artículos que regulan todos los aspectos de la sociedad. Como se ha señalado, uno de las cuestiones más reglamentadas es la que hace referencia al desarrollo de las sesiones y especialmente las intervenciones de sus socios (artículos 5º, 6º, 7º) en los que el presidente ejerce un fuerte control. La membresía se regula en el artículo 4º y para ser admitidos en la sociedad, los nuevos socios debían poder *localizar y graduar los 39 órganos encefálicos* y contar con el voto favorable de dos terceras partes de los miembros presentes. A su vez, la cuota mensual prescrita era de 4 reales (art. 16º). La sociedad contaba con una junta de gobierno formada por un presidente, tres vicepresidentes, tres secretarios y un tesorero. Los cargos eran anuales y voluntarios (Art. 9º y 10º). El siguiente cuadro los recoge:

Tabla 17. Junta Directiva de la Sociedad Frenológica Mallorquina

Junta directiva de la Sociedad Frenológica Mallorquina
Presidente nato de la Sociedad
Mariano Cubí i Soler
Presidente
José O Rian
Vicepresidentes
Mariano Morey
Ignacio Aillon
Rafael Cañadó
Secretarios
Casimiro Urech (secretario de actas)
Jaime Rullán (secretario de correspondencias)
Mateo Urech (secretario de libros auxiliares)
Tesorero
Juan Bagur

Fuente: elaboración propia a partir de O’Ryan 1844)

El reglamento y el primer discurso permiten describir las actividades que se realizaron en 1844, así como las expectativas que albergaban sus socios. Dichas actividades pueden dividirse, básicamente, en dos: a) la localización y graduación craneal y, b) la enseñanza de la frenología. Así y aparte del examen de los propios socios también se examinaron varias personas presentadas por estos: concretamente tres, un adulto y dos niños. Se conoce el resultado de los exámenes de los niños donde se afirma que ambos debían dedicarse a la ebanistería y a las artes. El autor anónimo de la memoria

se felicita del acierto del análisis craneal y de manera especial del hecho de que uno de los niños –de padres indigentes–, fuera admitido en la Escuela de Nobles Artes gracias a las gestiones de la Sociedad. En palabras del orador:

“¿No es de esperar y con fundamento, que en fuerza de nuestros certeros dictámenes los padres de los niños examinados se resolverán a educarles frenológicamente, y que todos a su tiempo bendecirán el día que se estableció esta Sociedad a quien serán deudores de su bienestar?” (Sociedad Frenológica, 1845: 8).

El examen, localización y graduación de cabezas se completó con la visita a la prisión de la ciudad, donde se examinaron trece presos. Hay que señalar que la sociedad también funcionaba a modo de consulta. Cualquier persona que quisiera pasar un examen frenológico y obtener un dictamen escrito debía abonar, según el reglamento, 10 reales de vellón.

La enseñanza queda reglamentada en los artículos 13^o y 15^o. Se distingue entre la enseñanza de la frenología a los aspirantes a socios –que llevaría a cabo una comisión especial formada por cinco socios, con un precio de 60 reales de vellón– y los cursos que la sociedad podía ofertar sobre “frenología, anatomía, agricultura, botánica, historia natural y otros útiles ramos del saber humano” (O’Ryan, 1844:5). Eran cursos gratuitos para los socios y para las personas “externas decentes”, cuyo coste ascendía a 20 reales. Según consta en la primera memoria de actividades, siete personas se habían iniciado en el estudio la frenología.

Finalmente, como la mayoría de las sociedades científicas, la Sociedad Frenológica mantenía correspondencia con sus homólogas, nacionales e internacionales, y en su primer año de actividad ya tenía solicitudes de miembros correspondientes. Se trataba de un tal “Mr. Boid”, secretario de la sociedad de Kilmarnock y de Robert Kox, secretario de la de Edimburgo, ambas escocesas.

Academia Médico – Militar de las Islas Baleares

Como para el caso anterior, disponemos de dos documentos para el estudio de esta institución¹⁶⁴. El primero es la memoria escrita por el médico militar León Anel (1851) y el segundo la memoria que firma Fernando Weyler Laviña (1852). Ambos médicos ostentan el título de *Vicedirector honorario consultor médico efectivo Jefe de Sanidad Militar de dichas islas*.

Los dos documentos obedecen a la reorganización de las academias médicas militares de los distintos distritos y por esta razón siguen un patrón establecido por el Director General del cuerpo. Era de obligado cumplimiento dar comienzo a las sesiones inaugurales con una memoria que reflejara las siguientes cuestiones (Anel 1851: 1):

- Historia de las enfermedades predominantes en los hospitales del distrito, sus causas y medios curativos.
- Reseña de los casos más notables de enfermedad médica o quirúrgica.
- Relación “circunstanciada” de las operaciones quirúrgicas.
- Resumen de los trabajos académicos.
- *Exposición de medios y arbitrios generales que se hubiesen inventado para mejorar, bajo todos aspectos, el servicio sanitario castrense y de los particulares que por sí hubiese ideado con igual objeto para el de las tropas de su distrito en el año entrante.*

Aunque solo contamos con estos dos textos, se puede conocer un período más largo del que permitiría establecer la fecha de cada discurso, puesto que el primero de ellos es una reseña de lo ocurrido en el distrito desde 1847. Mediante las memorias se aprecia la situación de los hospitales militares –a los que se niega dicha calificación por su lamentable estado, según Anel–; de las principales enfermedades, entre las que destaca la viruela, las intermitentes, las oftalmias así como la sarna y la sífilis, que Anel

164 Buena parte de la documentación del Archivo del Hospital Militar de Palma está sin catalogar y muchos de sus fondos se encuentran fuera de Mallorca. Hasta el momento, no se ha podido localizar ninguna documentación que haga referencia a esta Academia, excepción hecha de los dos documentos reseñados. Por esta razón, los responsables del archivo son de la opinión, que comparto, de que posiblemente las reseñas publicadas solo obedecían a un mandato reglamentario. Fernando Weyler, en su *Topografía*, no la menciona cuando se refiere a las corporaciones médico-científicas mallorquinas (Vid. página 178 de la *Topografía*).

presenta como un problema acentuado por la negativa de los soldados a denunciar a las mujeres o prostitutas que supuestamente eran las transmisoras de enfermedad; y, finalmente, de la importancia de la cirugía, contando para algunas de las operaciones con una “maquina de eterización de Charriere” desde 1847. Por otra parte, es reseñable la importancia que Anel confería a la colaboración en materia sanitaria entre autoridades civiles y militares, especialmente durante la epidemia de viruela de 1847, de la que traza la historia natural de la enfermedad. Sin embargo, lamenta que dicha colaboración no fuera posible a pesar de que

“[i]nsté sobre la conveniencia de establecer, en casos de epidemia, algún punto de contacto entre la sanidad civil y la militar, lo cual no pudo tener efecto por la organización especial que entonces se dio a las juntas de sanidad provinciales” (Anel 1845: 33).

La colaboración entre médicos militares y civiles queda atestiguada en varios de los casos clínicos expuestos en ambas memorias. Por otra parte, la vida académica, como expresan Anel y Weyler, era prácticamente inexistente por el escaso número de “académicos” del distrito y por su no asistencia a las sesiones:

“Las Academias: estas reuniones científicas cuyos resultados crecen a proporción del mayor concurso que a ellas acude, no han podido menos de resentirse en este distrito, que cuando más ha contado con seis profesores que concurrir a ellas, y de estos dos residen en Mahón, tiempo ha habido que ha sido menor y que solo se han reunido en Palma dos profesores” (Anel 1851: 29).

Seis eran los facultativos militares que correspondían a las islas; de estos, solo cuatro “están llamados a cooperar en estos trabajos” (Weyler 1852: 21) y Anel indica que la Academia no se reunía desde 1848 aunque la vida académica se suplía con diversos trabajos, “observaciones y sumarios clínicos” presentados mensualmente y con los “histórico-médicos” de los casos tratados. La siguiente tabla es un resumen de los trabajos presentados, reseñados en las memorias de 1851-52.

Tabla 18. Memorias presentadas en la Academia Médico-Militar de Mallorca (1851)

MEMORIAS PRESENTADAS DURANTE 1851	
AUTOR	TÍTULO
Manuel Cotoruelo	Ventajas e inconvenientes del uso del aguardiente como desayuno del soldado y como excitante del valor al prepararse al combate.
Fernando Weyler	Ventajas e inconvenientes del café usado por el soldado.
Fernando del Bosch	Ventajas e inconvenientes de las bebidas acidulas usadas por el soldado.
Francisco Pey (Mahón)	Observación clínica de un caso de intermitentes.
León Anel	Apuntes sobre reformas que conviene hacer en el reglamento de Sanidad militar
Joaquín Bosch	Cualidades del pan que se suministró a la guarnición de Ibiza.
Vicente Moyà (Farmaceutico)	
Luís Già	Memoria histórica de la viruela que reinó en esta capital en los años 1846 y 1847
Joaquín Bosch	Historia de una viruela petequial
José Brun	Memoria sobre oftalmias. 22.4.1851
José Santandreu	Historia médico-práctica de un individuo afectado de escrófulas. 10.5.1851
Ramón Costa	Métodos y procedimientos curativos, aparatos e instrumental de útil aplicación puestos en práctica durante el primer semestre del año. 12.6.1851
Vicente Moyà	Nuevas sustancias y preparados medicinales descubiertos durante el primer semestre del año. 12.6.1851
Mariano Canalejo (Mahón)	Exposición de un caso práctico de una diátesis venérea. 14.7.1851
Federico Llansó (Mahón)	Sobre amputación de un brazo. 14.7.1851
Francisco Pey (Mahón)	Caso práctico de un individuo atacado de neumonía reumática. Septiembre de 1851
Mariano Canalejo (Mahón)	Memoria sobre calenturas intermitentes. 12.11.1851
José Santandreu	Sobre la higiene general del soldado. 10.12.1851
Vicente Moyà	Adelantos químico-farmacéuticos. 10.12.1851

Fuente: elaboración propia a partir de Anel (1851)

La Academia Médico-Militar, al igual que su homóloga civil, también fue el escenario donde expresar el malestar de la profesión médica militar como lo prueba la memoria de León Anel. El trabajo “excitado por el Sr. Director General del cuerpo” se basó en cuatro puntos que fueron ampliamente discutidos por los académicos (Anel, 1851: 30):

- 1º. Necesidad de que nadie fuera dispensado de probar su suficiencia médica en oposición pública para garantizar el buen servicio y decoro de la “clase”.
- 2º. Desaparición de los ascensos por elección, sustituyéndolos por empleos supernumerarios u otros premios que no afectaran la escala general del cuerpo, “porque lo primero que debe hacerse es estrechar íntimamente todos los intereses de los profesores militares, para que no apareciendo entre ellos más que un pensamiento, el bien del servicio en pro común de la clase, marchen, a la sombra de tales virtudes sociales, con paso firme y uniforme hacia su regeneración” (Anel, 1851: 27).
- 3º. Que todo el servicio médico militar fuera realizado por individuos inscritos en el cuerpo de Sanidad.
- 4º. dar al cuerpo una posición estable y decorosa idéntica a la de los demás institutos del ejército.

Con la documentación disponible, podemos concluir que dicha academia y sus reseñas obedecían a un mandato reglamentario y sus actividades no correspondían a la dinámica de un tipo de institución cuyo objetivo era el que se ha descrito al comentar las Memorias.

Academia Quirúrgica de Mallorca (1847 -1868)

La enseñanza de la cirugía en Mallorca se remonta a finales del siglo XVIII cuando se creó en Palma una Escuela de Anatomía y Cirugía (1789-1829), financiada por el Ayuntamiento de Palma y auspiciada por el cirujano castrense Francesc Puig. Esta academia se fundó en el período que va de la situación de vacío universitario mallorquín (1823) a la unificación efectiva de los estudios de medicina y cirugía. Como señalan diversos autores (I. Moll, y J.M. Vidal, 2011; Rodríguez Tejerina, 1986), su fundación obedecía de una parte al descontento de un grupo de cirujanos que no se sentían representados en el contexto de la Academia de Cirugía y Medicina de Mallorca; y de la otra, de la necesidad de contar con un centro propio para la formación y transmisión del conocimiento científico de su disciplina.

Así en el año 1846, los cirujanos E. Puget y G. Rico dirigieron un escrito a la Academia de Medicina y Cirugía de Mallorca en el que exponían su deseo de

“[p]royectar una sociedad donde la disertación razonada de materias científicas les proporcione una mutua ilustración y les facilite los medios de estar al corriente de los progresos del arte. [Para] el bien de la de la humanidad, el engrandecimiento de la ciencia que profesan y la justa vindicación de su clase” (Rodríguez Tejerina, 1986: 174).

El proyecto de reglamento de la futura academia quirúrgica fue aprobado –no sin resistencias– por la Academia de Medicina y Cirugía de Palma, al tiempo que era apoyado por la Academia Quirúrgica Matritense. Su aprobación definitiva por parte de la Junta Suprema de Sanidad del Reino se dio en febrero de 1847, celebrándose la primera sesión inaugural el 8 de septiembre del mismo año. De esta manera la Academia Quirúrgica de Mallorca seguía los pasos de otras instituciones españolas coetáneas, como el Instituto Médico Valenciano, la Academia Quirúrgica Matritense o la de Zaragoza, con las que mantuvo, durante los años de su existencia, una estrecha relación y colaboración.

Las sesiones inaugurales se celebraban el 8 de septiembre de cada año y seguían, como se infiere de las actas de las sesiones, una liturgia bien establecida. En primer lugar intervenía el director de la corporación, a su alocución seguía la reseña de las actividades realizadas a lo largo del año por parte del secretario, para continuar con el discurso de un socio de número –según mandato estatutario– y terminar, en algunas ocasiones, con un pequeño discurso de algún miembro de la junta directiva. El análisis de todos los parlamentos –no se debe olvidar que se trata de discursos orales que posteriormente se transcribían– pone de manifiesto la sensibilidad de los socios en relación con varios temas: conciencia de su profesión, temas científicos expuestos en las sesiones literarias y reseñados por el secretario durante la sesión inaugural, la formación de un gabinete de instrucción y las relaciones con otras corporaciones científicas.

Otro aspecto interesante de las actividades académicas fueron los trabajos científicos reseñados por el secretario de la junta de gobierno. Estos estudios manifiestan el quehacer profesional de los socios, al estar basados en su práctica diaria, al tiempo que muestran la importancia que otorgaban los facultativos mallorquines a aspectos coyunturales como la viruela, a cuyo estudio se dedicaron muchas de las sesiones literarias. Las actas también permiten colegir como la discusión de ciertas técnicas

y procedimientos quirúrgicos eran objeto de consenso profesional para su posterior transferencia al resto de los cirujanos mallorquines.

La Academia dispuso de una biblioteca que contaba con publicaciones periódicas y revistas especializadas, tanto españolas como extranjeras. Además, se creó un gabinete de instrumentos gracias a las donaciones de los socios o a su adquisición por parte de la misma institución. Por el momento, se desconocen las causas de su desaparición.

Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma (1831- actualidad)

El antecedente de la Real Academia, aunque con matices que la diferencian sustancialmente, fue la Academia Medicopráctica (1789-1800)¹⁶⁵ cuyos responsables fueron algunos miembros del claustro de la Facultad de Medicina de la Universidad de Mallorca con el apoyo de la Sociedad Mallorquina de Amigos del País. La Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma es fruto de la reorganización sanitaria de 1827 con la creación de la Real Junta Superior Gubernativa de Medicina y Farmacia. En 1830, la monarquía fue dividida en distritos al frente de los cuales se instituyó una Academia de Medicina y Cirugía; las denominadas *academias de distrito*. Los distritos fueron: Barcelona, Cádiz, Granada, La Coruña, Madrid, Palma Sevilla, Valencia, Valladolid y Zaragoza. Esta academia, como señala Sureda Blanes (1960), tenía carácter oficial y por lo tanto susceptible de “intromisiones de los poderes estatales” que, a juicio del mismo autor, pudieron suponer un “lastre”. Como se verá en los siguientes apartados, las personas que fundaron el Colegio Médico-Farmacéutico en 1882 eran socios de la Real Academia y posiblemente esto viene a respaldar esta aseveración.¹⁶⁶

La Academia quedó constituida el 18 de marzo de 1831 y sus doce primeros socios de número, la mayoría nombrados por la Junta Superior Gubernativa, fueron Miguel Noguera, Francisco Oleo, Felipe Salom, Juan Nicolau, Rafael Cerdó, Gabriel Floriana, Damian Verger, Miguel Muntaner, Pedro José Arabí, Juan Trías, Miguel Oleo y Mateo

165 Sobre esta academia véase: BUJOSA HOMAR (1975), *La Academia médico práctica de Mallorca: 1788-1800: catálogo de sus disertaciones, censuras y documentos*, Valencia, Cátedra e Instituto de historia de la medicina; (1978), *L'Academia medico-practica de Mallorca*, en *Comunicacions de les II Jornades d'Història de l'Educació en els Països Catalans*, Ciutat de Mallorca, pp. 108-110.

166 Ver anexo 2.

Castellà. En principio estaba constituida por doce socios numerarios y cinco agregados que eran la representación académica en los distintos partidos judiciales, es decir, los subdelegados de Medicina. Como todas sus homólogas, contaba con un número determinado de socios corresponsales, tanto nacionales como extranjeros.

El régimen interno de la Academia era el indicado por la RC de 31 de agosto de 1830¹⁶⁷. Dicho reglamento establecía la estructura y las actividades institucionales estableciendo la constitución de una junta directiva y cinco comisiones permanentes: Salud pública, Policía, Aguas Minerales, Vacunación, Topografías y Subdelegaciones. Como el resto de academias de distrito, tuvo un importante papel en medicina legal y forense. En los primeros años, también competía a la Academia la reválida de títulos de médicos, comadronas y bachilleres en medicina.

La Academia era la encargada de velar por la rectitud profesional mediante la persecución de intrusos y curanderos. Esta actividad, como atestiguan los expedientes custodiados en el archivo de la institución mallorquina, se desarrolló con mayor o menor acierto como veremos en el capítulo correspondiente, hasta 1847 cuando se produce la reorganización administrativa de la sanidad española por la cual los Subdelegados de Medicina pasan a depender directamente del Jefe Político.

El carácter consultivo e informativo de la Academia hizo que las distintas autoridades isleñas tuvieran en cuenta las indicaciones y dictámenes vertidos por la institución, especialmente los referidos a la viruela y las epidemias. Asimismo, la institución era consultada en los temas relacionados con la salud pública, policía médica y construcción de hospitales, lazaretos, cementerios, etc. La documentación de la Academia demuestra que estas obligaciones reglamentarias fueron algo más que negro sobre blanco. El proceso de medicalización de la sociedad balear, así como la mayor legitimidad de la profesión y la disciplina médica, también quedan reflejados en las consultas que los particulares formulaban a la Academia y que se recogen en las actas y otros documentos de la regia institución.

167 Real Cédula de S.M. y Señores del Consejo, por la que se manda observar el reglamento general para el régimen literario e interior de las Reales Academias de Medicina y Cirugía del Reino. Dicho reglamento rigió hasta 1876.

En 1876, como reflejo de los avances en Medicina, se actualizan los estatutos académicos (vigentes hasta 1924). El nuevo reglamento establece tres tipos de socio: numerarios, honorarios y corresponsales. La Academia quedaba dividida en siete secciones: anatomía y fisiología, medicina, cirugía, higiene pública, literatura y filosofía médica, farmacia y veterinaria. Se crearon las comisiones permanentes de epidemias, contagios, epizootias y efemérides epidémicas. Así como cuatro comisiones de medicina legal; aguas y baños minerales; vacunación; examen de medicamentos nuevos y remedios secretos y una comisión de corrección de estilo. Las actas ponen de manifiesto que algunas de estas secciones y comisiones apenas se reunían y que la actividad de la academia fue muy irregular.

La Real Academia, por su génesis, no fue una sociedad democrática a la que podían acceder todos los facultativos de la isla, a diferencia de su antecesora. Se trataba de una corporación “aristocrática”, en la que el ingreso seguía unas pautas estipuladas en los reglamentos pero que en la práctica, como se infiere de las actas, también podía obedecer a otros criterios. La Academia, en sus primeros años, sólo admitía a los que reuniesen los títulos de Medicina y Cirugía, algo anómalo puesto que la RO de 18 de febrero de 1835 negaba la preferencia de los médicos-cirujanos respecto de los médicos y de los cirujanos puros. Este hecho es de gran importancia si se tiene en cuenta el prestigio adquirido por los cirujanos mallorquines gracias a la actividad del Colegio de Cirugía de Palma. Además, el conflicto entre las diversas titulaciones se evidenciará con la creación de la Academia Quirúrgica de Mallorca¹⁶⁸.

El Colegio Médico- Farmacéutico (1882 – actualidad)

Los antecedentes del Colegio Médico-Farmacéutico de Palma se encuentran en el Ateneo Balear (1861), donde el 25 de febrero 1882 se inaugura la Subsección de Ciencias Médicas, denominándose a partir de octubre del mismo año Colegio Médico- Farmacéutico. La primera junta directiva estuvo formada por Domingo Escafi Vidal, Tomás Darder, Juan Munar¹⁶⁹ y Pedro de A. Escafi Vidal. Con la excepción del último, todos

168 Cf. Cap. quinto de este trabajo.

169 (1846 – 1911) Natural y vecino de Palma, socio de número de la Real Academia desde 1882. Fue vicesecretario y vicepresidente de esta corporación. Socio fundador del Colegio Médico-Farmacéutico (Fuente: *Libro de Registro de socios numerarios y honorarios*, ARAMIB)

eran socios de número de la Real Academia balear.

Desde su nacimiento, y hasta la actualidad, el propósito del Colegio ha sido la formación de los profesionales baleares. Ese espíritu fundacional se plasmó desde el principio en la necesidad de tener un órgano de expresión y en 1885 vio la luz el primer número de la *Revista Balear de Medicina, Farmacia y Veterinaria*, que de 1888 a 1924 se denominó *Revista Balear de Ciencias Médicas*.

El Colegio consiguió abrir en 1888 el Instituto Balear de vacunación directa, el Laboratorio Químico-Biológico (1896) y en 1898 el Instituto Balear de Antropología; por el momento no hay estudios sobre estas dos instituciones, aunque se tiene constancia de su funcionamiento gracias a la información que incorporan las publicaciones oficiales de la Academia, del Colegio Médico-Farmacéutico y de las actas del Laboratorio.

La RO del Ministerio de Fomento de 19 de abril de 1895 concedió al colegio el carácter de corporación oficial, sin subvención y quedando a disposición de las autoridades públicas para dar su opinión en materia médico-sanitaria. En 1898, coincidiendo con la creación de los Colegios Médicos Oficiales de médicos y farmacéuticos, la corporación renunció a su carácter oficial quedando como asociación científica privada, al amparo de la Ley de Asociaciones. A partir de estos momentos convivieron el Colegio Médico-Farmacéutico, conservando su nombre, y el recién inaugurado Colegio Médico Oficial. Una vez terminadas las vicisitudes sobre la colegiación obligatoria y finalmente establecida en 1918 tras varios proyectos fallidos, la nueva organización impuesta fue la de la crear el Colegio Médico Provincial Obligatorio, hasta 1936 (Monserrat, 1982: 83).

Estos cambios orgánicos son de suma importancia para este estudio, por dos razones:

- El Colegio Médico-Farmacéutico de Palma, desde su fundación hasta 1898, fue una asociación de las profesiones médicas palmesanas, aunque los profesores de otras poblaciones baleares podían ser socios corresponsales. La documentación, además, revela que fueron muchos los médicos mallorquines que optaron por este tipo de membresía lo cual viene a indicar la importancia de esta asociación en par-

ticular, y de la “asociación” en general durante el último tercio del diecinueve.

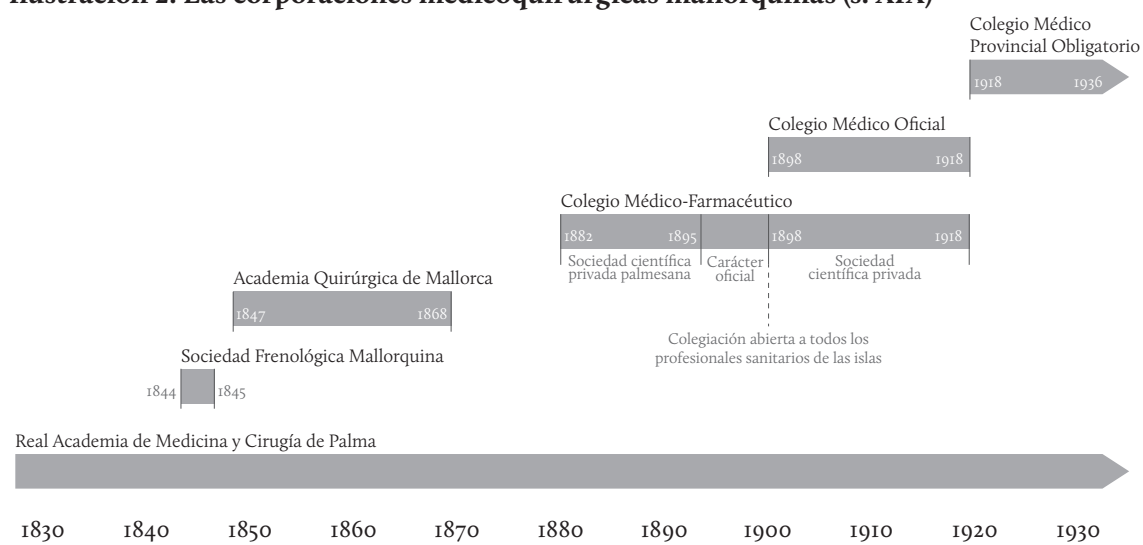
- En 1898, la colegiación se extiende a todos los médicos, farmacéuticos y veterinarios residentes en cualquier localidad de la isla. Una vez aprobada la colegiación oficial, de manera paralela se crea el Colegio Médico Oficial y ambas instituciones acordaron que el Colegio Médico-Farmacéutico “[constituyera] una sección científica no influida para nada por las complicaciones a que puedan dar lugar las posibles luchas de intereses profesionales”^(Monserrat, 1985: 54) que se dirimían en el seno del Colegio Médico Oficial. Así como cada profesión médica fundó su Colegio oficial¹⁷⁰, el Colegio Médico-Farmacéutico albergaba a las tres especialidades (Medicina, Farmacia y Veterinaria) como sociedad científica.

La institución del Colegio Médico Oficial supuso que cada partido judicial tuviera una subcomisión (Palma, Inca y Manacor para Mallorca; Mahón para Menorca y, finalmente, Ibiza para las Pitiusas). Las subcomisiones tenían cierta independencia, especialmente en cuestiones relacionadas con los honorarios e igualas; además, como demuestra la documentación, los integrantes del Colegio fueron muy sensibles a las distintas costumbres imperantes en las diferentes comarcas baleares.

El siguiente diagrama recoge las distintas corporaciones médicoquirúrgicas de la isla durante la segunda mitad del siglo XIX.

¹⁷⁰ El Colegio Oficial de Farmacéuticos de las Baleares se fundó en octubre de 1898. Los veterinarios baleares crearon una asociación en 1884, Asociación de Veterinarios de la provincia de Baleares, según consta en la *Revista Balear de Ciencias Médicas* (Año 1, nº 1, 1885). Parece que un periódico de la Corte (*sic*) se hizo eco de esta asociación, a la que se alaba. El principal problema que planteaban era el del intrusismo, resultando “letra muerta la intervención de la Subdelegación, rebajados por las actuales disposiciones legislativas al papel de simples delatores, siéndoles necesaria la intervención de testigos para denunciar un hecho que hayan presenciado” (p. 5). La fundación del Colegio Oficial de Veterinarios de las Baleares data de 1907 (Colegio Oficial de Veterinarios de las Islas Baleares, comunicación personal).

Ilustración 2. Las corporaciones medicoquirúrgicas mallorquinas (s. XIX)



Fuente. Elaboración propia

3.3. La función de las asociaciones en el proceso de profesionalización

Los apartados anteriores han servido de base para la comprensión del escenario espacio-temporal en el cual transcurre la narración. La sucinta referencia a las diversas asociaciones u organizaciones médicas ha puesto de manifiesto la carencia, desde 1823, de una facultad de Medicina. Este hecho es de gran importancia porque la universidad tiene un papel relevante en la profesionalización. Es la encarnación, –estatal en nuestro caso–, de lo que R. Collins (1979) denomina *gatekeeper*, aquellos que permiten y regulan la entrada y la permanencia en el grupo profesional. Sin embargo, como intentaré mostrar, se trata de una primera barrera que, especialmente a finales del siglo, se refuerza con las distintas asociaciones y colegios profesionales que también actúan como *gatekeepers*; es decir, agentes del cierre social.

En los siguientes apartados se revisará el panorama asociativo español del ochocientos y su legislación para continuar con las especificidades de las asociaciones mallorquinas y su función en la construcción de la figura del “profesional ideal”.

3.3.1. Las asociaciones médicas en el ámbito español del siglo XIX

La teoría de las profesiones ha prestado una gran importancia a la función de las asociaciones científicas y profesionales en el denominado proceso de profesionalización.

Esta importancia posiblemente obedece, entre otras, a razones heurísticas puesto que las asociaciones han generado una gran cantidad de información. Desafortunadamente, para el periodo que nos ocupa, las personas enfermas, sus allegados y otro tipo de clientela han dejado poco testimonio de su participación en este proceso. Otra de las causas de la relevancia de las asociaciones en la sociología de las profesiones estriba en que buena parte de los estudios sobre las profesiones se han realizado desde las propias asociaciones y por los propios profesionales, especialmente en Inglaterra y los EEUU (González Leandri, 1999:107).

Remitiéndonos al caso español, Arroyo (1994: i) señala que el asociacionismo se puede entender desde la perspectiva que nos ofrece la sociedad moderna, en la que destaca la idea de la coexistencia de varios sectores y en la que se han elaborado formas complejas bajo forma burocratizada. En las organizaciones, los intereses grupales se organizan y mediatizan permitiendo conseguir, con más facilidad, los objetivos marcados por el grupo. Estos intereses y objetivos obedecen, en muchas ocasiones, a la búsqueda de un monopolio u oligopolio, y el caso de la profesión médica y sus estrategias profesionalizadoras son un caso paradigmático del siglo XIX español (1994: ii). Según esta autora, la presencia de las organizaciones, que empezó a gestarse en el siglo XIX, se traduce en una estructuración de centros de poder que entran en contacto entre sí compitiendo por monopolios. Sin embargo, estas estrategias de poder solo pueden entenderse a finales del siglo XIX con la creación de los Colegios oficiales.

El movimiento asociativo debe encuadrarse en el contexto europeo y norteamericano donde también se desarrollaron numerosas corporaciones profesionales –algunas anteriores al siglo XIX– que fueron un modelo para las españolas. Sin embargo, esta eclosión durante el ochocientos hay que entenderla como consecuencia de los cambios económicos, sociales, políticos y especialmente ideológicos, fruto de la cada vez más importante transformación del pensamiento científico y la Revolución Industrial (Arroyo 1994: 19). Por lo tanto, nos encontramos ante la evolución de la sociedad civil pluralista que busca en las organizaciones la defensa de sus intereses (Pérez y Giner, 1985).

Las distintas profesiones médicas del siglo XIX (Medicina, Farmacia y Veterinaria) configuraban un conglomerado harto pluriforme y funcionalmente difuso en constante transformación¹⁷¹. A estas características, conviene sumar la importancia analítica derivada del binomio urbano/rural en una época en la que, exceptuando algunas regiones peninsulares, la economía agraria y las relaciones emanadas de esta fueron determinantes. Jover (1976, citado por Arroyo 1994:27) considera que las nuevas clases profesionales, a pesar de su pequeño número, eran las que intervenían en el diseño de las nuevas políticas gubernamentales. Las prácticas de esta clase media tendieron, mediante sus asociaciones, a defender posturas conservadoras: preservar prácticas monopolísticas, en muchos casos ya sancionadas y legitimadas por el Estado en forma de una extensa legislación. Como apunta J. Puigvert (2003: 159), las asociaciones profesionales fueron decisivas en la creación de la sociedad civil burguesa y de la esfera pública puesto que produjeron cambios importantes en la sociabilidad y en las prácticas comunicativas.

El movimiento asociativo español del siglo XIX destaca por el número de corporaciones de médicos y farmacéuticos, especialmente durante la segunda mitad del siglo, como consecuencia de las nuevas responsabilidades otorgadas por el avance científico y por los cambios en la organización social. Por otra parte, los distintos gobiernos perciben la cada vez mayor importancia de estas profesiones, como lo demuestra la Ley General de Sanidad de 1855. Arroyo (1997) destaca que los profesionales españoles de la segunda mitad del siglo XIX tomaron conciencia de la necesidad e importancia de encauzar sus demandas profesionalizadoras a través de las corporaciones. Esta actividad responde, según la misma autora, a un cambio que preconiza el final de las estructuras del Antiguo Régimen. Así, los grupos profesionales y sus organizaciones se convierten en grupos de interés capaces de ejercer presión e intervenir en los conflictos.

Según Mayntz (1987, *apud* Arroyo, 1994), las organizaciones son formaciones sociales con un número definido de miembros orientados a la consecución de unos fines y objetivos, constituidas racionalmente –por lo menos en su intento– para conseguir dichos fines y objetivos. Los valores que las definen, siguiendo al mismo autor, son la

171 Para el caso español puede consultarse ALBARRACÍN TEULÓN, A. (1973a; 1973b; 1974).

pertenecía, la estructura interna y el racionalismo. La pertenencia viene motivada por el mismo grupo y durante el siglo XIX español fue voluntaria, exceptuando la colegiación obligatoria de 1898. La estructura interna, por su parte, establece un sistema de responsabilidades que se ejercen de manera individual, sin que ello suponga que afecten a la persona que las ejerce. El organigrama que presentan las asociaciones españolas del XIX es más formal que funcional ya que las decisiones solían tomarse de manera conjunta y los socios participaban activamente. La racionalidad, finalmente, indica el camino a seguir (Arroyo 1994). Los elementos básicos de las corporaciones son: a) objetivo, normalmente plasmado en los reglamentos justificando su existencia; b) las estructuras que permiten ordenar los esfuerzos de la asociación y c) sus miembros, que son los que crean la organización.

3.3.2. Asociaciones y legislación española durante el siglo XIX

Todo este engranaje conceptual y su materialización se sustentan, normalmente, en una base jurídica. En el caso español, con algo de retraso respecto a otros países europeos, la Revolución de 1868 marca la fecha de reconocimiento del derecho de asociación (Olías de Lima 1977: 25-26, *apud* Arroyo 1994).

La primera mitad del siglo XIX se caracteriza por una falta de regulación del derecho asociativo, si bien no significa que no estuviera legislado¹⁷². El espíritu de la ley no lo garantizaba, sino que establecía las condiciones para denegarlo o imposibilitarlo. El derecho de asociación no se contemplaba como una libertad individual y estaba especialmente perseguido si la finalidad era política (Olías de Lima, 1977 *apud* Pelayo 2007)¹⁷³. Maza (1997: 85) señala la RO de 28 de febrero de 1839 como punto de partida de la regulación del fenómeno asociativo si bien ve en dicha RO la “conveniencia de institucionalizar un mecanismo amortiguador de la imprevisible precariedad obrera”. La opinión de la misma autora respecto al marco legal anterior a la Restauración es la de una actitud reacia a la consolidación de este derecho, tendente a reprimir cualquier

172 Con excepción de las referencias sobre asociación contenidas en las Leyes del Libro 12 de la Novísima Recopilación; la Real cédula de Fernando VII, de 1824; la Orden de la Regencia provisional de 1841, o las de 1848, 1861, 1874 y 1875 (Pelayo, 2007: 96, n.1).

173 Las etapas preconstitucionales y anteriores a la Ley de Asociaciones de 1887, así como sus modificaciones posteriores pueden consultarse en FLAQUER (1999), MAZA (1997) y PELAYO (2007).

alteración del orden aunque tolerando algunas modalidades asociativas tachadas de “inofensivas” con el ánimo de encauzar la refrenable solidaridad popular permitiendo su control y domesticación (1997: 87).

El Real Decreto de 20 de noviembre de 1868 es, sin lugar a dudas, un claro exponente de los cambios sociales acontecidos en la sociedad española del XIX donde la intervención de nuevos grupos sociales –los “*corps-intermediaires*” en palabras de Durkheim, entre ellos las profesiones– debe ser ampliada puesto que su rol es cada vez más complejo frente a las fuerzas tradicionales encarnadas en el Estado y la Iglesia. Este decreto significa el primer reconocimiento positivo del derecho de asociación.

La protección del derecho de asociación y reunión se establece en la Constitución de 1869 (art. 17^o) que únicamente ponía limitaciones en función del objetivo, es decir, si eran contrarias a la moral pública y la seguridad del Estado. No se estableció ninguna regulación preventiva, es más, se prohibió este tipo de legislación y los potenciales abusos fueron remitidos a las leyes comunes, siendo los tribunales de justicia los órganos competentes; este sistema de control de los derechos “inherentes a la persona humana” en materia asociativa aparecía fijado en el artículo 19^o ¹⁷⁴ (Arroyo 1994: 8; Pelayo, 2007: 97). Como señala Pelayo, el problema del legislador fue que al amparo de una legislación tan laxa surgieran asociaciones con fines distintos a los establecidos. Estas contingencias se subsanaron con medidas administrativas que obligaban a poner en conocimiento de las autoridades locales el objeto de la asociación y el reglamento por el que se regían. Sin embargo, esta concepción de la asociación como derecho natural, nacida de la voluntad de los individuos, queda restringida por una orden de 25 de septiembre de 1869 en la que se ampliaron las causas de suspensión de la actividad societaria y en la que se incidió en un mayor control estatal (Pelayo, 2007). Este control se acentuó en 1874 mediante un decreto dictado por Serrano cuyo objetivo principal era impedir la actividad de la Primera Internacional. Hasta la primera ley de asociaciones, la Orden de 7 de febrero de 1875 recogía las recomendaciones de actuación y las direc-

174 “A toda Asociación cuyos individuos delinquieren por los medios que la misma les proporcione, podrá imponérseles la pena de disolución. La autoridad gubernativa podrá suspender la Asociación que delinca, sometiendo *incontinenti* a los reos al Juez competente. Toda Asociación cuyo objeto o cuyos medios comprometan la seguridad del Estado podrá ser disuelta por una ley”.

trices que los gobernadores de provincias debían aplicar en esta materia.

La Constitución de 1876 vino a restringir todavía más los derechos fundamentales puesto que, a diferencia del periodo revolucionario, los derechos humanos dejan de considerarse “naturales” para ser concebidos como otorgados por el Estado (Pelayo, 2007: 102). En consecuencia, esta previsión constitucional origina la promulgación de la primera ley sobre el derecho de asociaciones, publicada en La Gaceta el 12 de julio de 1887, bajo el mandato de Sagasta y vigente hasta 1923.

La primera Ley de Asociaciones consta de diecinueve artículos y una disposición adicional. Interesa, a efectos de profesionalización y de mutualismo – que se analiza en el capítulo cuarto –, presentar algunos de los aspectos clave de dicha ley:

1. Ámbito de aplicación. Todo tipo de asociaciones: de tipo religioso, político, científico, artístico, benéfico, de recreo o cualesquiera sin ánimo de lucro. Conviene aclarar que los gremios, sociedades de socorro mutuo, de previsión, de patronato y cooperativas de consumo y crédito también eran objeto de regulación por la misma ley¹⁷⁵. El artículo segundo elabora la lista de las asociaciones excluidas: las asociaciones católicas, que se regían por el Concordato de 1851; asociaciones cuyo objeto fuera civil o mercantil; institutos o corporaciones reguladas por leyes especiales. (Pelayo 2007; Flaquer 1999).

2. Objeto, contenido y límites. El objeto de la ley era desarrollar el artículo 13º de la Constitución de 1876, que reconocía el libre ejercicio de asociación. Pelayo (2007) señala que se trata de una ley procedimental en la que no se ofrecen conceptos ni definiciones y la ausencia de tipificaciones obedecía al principio de autonomía de la voluntad o libre arbitrio de los socios. Sin embargo, y como señala este jurista, la ley es profundamente preventiva, anticipándose a las situaciones contrarias al orden público de la época. Por esta razón, existían mecanismos de control administrativo que permitían a las autoridades competentes tener un amplio conocimien-

¹⁷⁵ Artículo 1: “El derecho de asociación que reconoce el art. 13 de la Constitución podrá ejercitarse libremente, conforme a lo que preceptúa esta ley. En consecuencia, quedan sometidas a las disposiciones de la misma las Asociaciones para fines religiosos, políticos, científicos, artísticos, benéficos y de recreo o cualesquiera otros lícitos que no tengan por único y exclusivo objeto el lucro o la ganancia”.

to de las asociaciones antes de admitir su nacimiento y durante el ejercicio de su actividad. Veamos los más significativos para el tema que nos ocupa: obligación de presentar, ante el Gobernador provincial, dos copias de los estatutos ocho días antes de la constitución de la sociedad; en los estatutos debían figurar, obligatoriamente, domicilio, denominación y objeto de la asociación, forma de administración y, finalmente, recursos económicos con los que contaría. Las asociaciones debían notificar, con veinticuatro horas de antelación, el lugar y fecha de las reuniones ordinarias¹⁷⁶. La autoridad gubernativa estaba autorizada a penetrar en el domicilio o lugar de reunión.

Para finalizar con este apartado, y en relación al tema que nos ocupa, la Ley de Asociaciones de 1887 alcanzó un alto grado de aceptación entre las distintas sensibilidades políticas de la época, como lo atestigua su larga vigencia. Se trataba de una ley en la que casi toda la actividad desarrollada requería autorización administrativa. En definitiva, y en palabras de Solé Tura (citado en Pelayo 2007: 112): “cuando finalmente se consiguió la ley de asociaciones de 30 de junio de 1887, esta no abrió una libertad de asociación, sino una libertad mediatizada por la intervención de la burocracia gubernamental”. En conclusión, la profesionalización de la medicina española del ochocientos no fue ajena al control y relevancia del Estado en este proceso; es más, el Estado ejerce una importante función como agente profesionalizador que se trasladará a muchos de los ámbitos de las corporaciones, por ejemplo, el contenido de la documentación generada (principalmente las actas).

3.3.3. El discurso médico español sobre las asociaciones

Albarracín Teulón (1971) demostró las dificultades del colectivo médico español del siglo XIX en su intento de fundar una asociación general. Matías Nieto Serrano disertó en varias ocasiones sobre las asociaciones médicas españolas, normalmente lamentando la imposibilidad de su creación. En primer lugar, hay que tener presente que la concepción sobre el significado de “ciencia” tiene una clara relación con la colectivi-

176 Al Gobernador en el caso de las capitales de provincia y a los alcaldes en el resto de las localidades (Art. 9, Ley de Asociaciones).

dad¹⁷⁷: las academias –mucho más mencionadas que las asociaciones– se consideraban la “encarnación” o “incorporación” del trabajo científico colectivo, “la síntesis viva y materializada de la ciencia” (Nieto, 1853:2) cuyas condiciones necesarias se resumían en que las individualidades que las formaban fueran adalides del progreso y que sus esfuerzos se encaminaran a la unidad de la disciplina. Las academias¹⁷⁸ influían en la transmisión del conocimiento y en las teorías “favoreciendo el análisis o la síntesis” ambas, según el autor, de gran importancia para no caer en el “ciego sincretismo”. En definitiva: solo la academia podía trascender a lo individual y temporal constituyendo la “república de las ciencias” (Nieto, 1853:4). Años más tarde, Calvo y Martín sintetizaba esta función con tres declaraciones: la academia debía dar una dirección más sistemática a las investigaciones; favorecer la comunicación entre los que practican la medicina; y, fijar la atención sobre los fundamentos que la constituyen (1861:8). Además, las reales academias eran consideradas un “importante órgano del cuerpo del cuerpo social” (Nieto, 1853:4).

Nieto consideraba el espíritu asociativo como la base del fomento de las ciencias médicas y el que menos obstáculos presentaba para su perfeccionamiento. El desarrollo de la profesión y su corpus disciplinar, sostenía el autor en 1840, tenía más posibilidades en los países democráticos

“[d]onde el ejercicio del poder se halla indirectamente en la multitud, los profesores de las ciencias se comunican con ideas por medio de periódicos, cuyas columnas están abiertas para todos, y los adelantos y la ilustración se concentran para auxiliarse mutuamente, y unidos se derraman con mayor seguridad” (1840: 22).

Estas palabras fueron pronunciadas con motivo de la reunión preparatoria con el objetivo de fundar una asociación española que aunara a los profesores de las Ciencias Médicas. En consonancia con sus ideas, Nieto afirmaba que una asociación médica debía ser lo más numerosa posible, en la que se admitiera a todos los profesores que tuvieran ciertos grados literarios en Medicina, Cirugía o Farmacia, así como los que se

177 Para una síntesis sobre las sociedades y academias científicas españolas puede consultarse ROCA (2003).

178 En este discurso inaugural de las sesiones de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Madrid (1853), Nieto asimila –posiblemente en referencia a Platón– la palabra academia a reunión, asociación de profesores.

dedicaran a ciencias naturales o auxiliares de la medicina. Y el objetivo no podía ser otro que el científico:

“El campo de la ilustración y de la ciencia es el más noble y a propósito para conquistar la gloria y toda especie de consideraciones sociales; es el único que debe proponerse una sociedad, cuya vida, enteramente pública, ha de tener el carácter de un impulso conveniente a la felicidad del Estado” (Nieto, 1840: 25).

Además, una asociación médica debería satisfacer, según su criterio, las necesidades que constituirían la vida científica de los profesores del arte de curar:

“Las ventajas que proporcionan las sociedades científicas para las obras de ingenio, consisten únicamente en la instrucción que facilitan, en las observaciones que reúnen, y en las ideas que siembran en los entendimientos que toman parte más o menos activa en las discusiones que se entablan” (1840: 28-29).

La propuesta de Nieto se materializaba de la siguiente manera:

- Medios de instrucción. Para ello, la futura asociación médica española debería proveer a los profesores de un gabinete, una biblioteca y el material necesario para la práctica puesto que en la mayoría de las ocasiones su adquisición estaba vedada a nivel individual por el coste económico que suponía.
- Hechos y...
- Observaciones, representados en las divisiones de la asociación, en las distintas secciones.

En el terreno profesional, las academias de distrito, pero especialmente las asociaciones privadas, tenían una importante función en el proceso de profesionalización. Esta agencia no pasó desapercibida a los médicos ochocentistas en sus discursos. Para Nieto, el trabajo científico era el puente que conducía a un estado de opinión social favorable para las demandas de la profesión médica:

“[adquiriendo] además el decoro y respeto público por nuestra laboriosidad y buena armonía. ¿quién se atrevería a negarnos las consideraciones y ventajas que ya en su día podemos reclamar con sobrada justicia, y a las que entonces tendríamos un doble derecho, apoyándolas además en la fuerza moral que se necesita para impedir que un solo momento nos sean defraudadas?”(1840: 31).

Para el periodo que nos ocupa, como ya hemos visto, las asociaciones están muy relacionadas con el control ejercido por el Estado. La relación asociaciones-Estado es algo ambigua: de una parte, la profesión busca la protección estatal y, sobre todo, una legislación tendente al monopolio sobre el arte de curar. Por la otra, pretende negarle la intromisión en asuntos que considera únicamente de su competencia profesional en una postura muy acorde a los ideales del profesionalismo¹⁷⁹.

Durante el medio siglo estudiado, la fundación de una asociación española médica de ámbito nacional es la crónica de un fracaso profesional (Cf. Albarracín Teulón, 1971). A finales del siglo XIX, los médicos españoles experimentan el mismo sentimiento de impotencia ante la desunión profesional que la que reflejara Nieto en la década de los 40. Eduardo Toledo lo plasma en su obra *Sociología Médica. Breve estudio de Moral Médica* (1897) donde, además de acusar reiteradamente al Estado y a los distintos gobiernos de la suerte de su profesión, critica la apatía asociativa de la “clase médica” española. Una apatía que Toledo imputa al razonamiento de que los médicos antiguos nunca se asociaron, pero “Dadme las corporaciones y los privilegios que tenían, y yo os diré que tampoco lo necesitamos nosotros” (p. 101). No obstante, conviene señalar que en algunas ocasiones este autor asimila asociación a colegiación.

Eduardo Toledo dedicó su obra a Alberto Aguilera y Velasco, ministro de la Gobernación (1894); este, a su vez, le correspondió con un extenso y no siempre amable prólogo. El ministro, ante las críticas vertidas por Toledo acerca del agravio al que el Estado y los distintos gobiernos sometían a la profesión médica, recurre a la figura de las asociaciones para poder deslindar las competencias estatales en materia de Salud Pública y en materia profesional. Aunque Aguilera conviene –con Toledo– en la necesidad de reforzar los resortes disponibles para poner coto al intrusismo, opina que la asociación es el mejor medio para alcanzar las “legítimas esperanzas” porque

“La asociación es la vida de las colectividades; la comunicación continua de las ideas; la relación personal entre los asociados, demostración de su número, de su inteligencia, de su influencia en las clases cultas, y con más razón en las más necesitadas, constituye una fuerza incontrastable, crea elementos poderosos,

179 Sobre la autonomía de los profesionales, principalmente en el campo médico, véase FREIDSON (1970) y STARR (1982).

propaga la bondad de las aspiraciones generosas y fecundas y abre ancha vía a todo género de iniciativas” (Toledo, 1897: xvi).

Aguilera le recordaba la fuerza del recién constituido Colegio de Médicos de Madrid (1894) y de la prensa profesional como ejemplos del poder asociativo y, quizá, como acicate, siempre dentro del orden legal establecido.

Concluyendo, el colectivo médico percibía en las asociaciones la “incorporación” de la ciencia –producto colectivo con proyección futura– pero también, y quizá más importante por lo que aquí atañe, una herramienta para reivindicarse ante la sociedad, el Estado y en su representación los distintos gobiernos que se sucedían. Bejarano (1906) también expresa los mismos motivos que sus antecesores: la defensa de los valores de la “clase médica”; hacer un frente común ante los nuevos sistemas de previsión, detener la caída del prestigio médico y de sus retribuciones (León, 2005: 238).

Uno de los aspectos destacables de la historia de la profesión médica balear ochocentista es la fundación del Colegio Médico-Farmacéutico (1882), uno de los pioneros del ámbito español. Como se ha visto en el apartado 3.2.2., durante el siglo XIX se suceden varias asociaciones y corporaciones, unas con más éxito que otras pero que, en su conjunto, desarrollaron un discurso sobre las asociaciones y sus ventajas, que se expone a continuación.

3.3.4. La “clase médica” balear y su discurso sobre las asociaciones

Todas las asociaciones y corporaciones médicas de las Islas Baleares relativas al periodo estudiado mantienen el mismo discurso que los autores reseñados en el apartado anterior:

- a) La importancia de las asociaciones tanto para los profesionales –en sus reivindicaciones laborales o “proyecto profesional”– como para la sociedad y...
- b) La asociación como órgano de consenso y transferencia del conocimiento y, por tanto, del trabajo conjunto como aspecto destacable de la medicina del XIX. El objetivo de esta apartado es analizar estos dos aspectos del discurso médico balear.

Como ya se ha mencionado, la fundación del Colegio Médico-Farmacéutico es un hito en la historia de la Medicina Balear. Sus socios también fueron conscientes de su importancia y singularidad en el panorama científico insular y por esta razón construyeron un discurso que hasta cierto punto no solo supone un panegírico, sino una mitificación con un propósito bien claro: la profesionalización de la medicina y la defensa de sus practicantes. Sin obviar, por supuesto, el alcance de sus actividades en la sociedad mallorquina del diecinueve que la historiografía médica ha puesto de manifiesto¹⁸⁰.

La fundación del Colegio Médicos-Farmacéutico hay que contextualizarla en un periodo en el que sus fundadores vertían críticas sobre el panorama científico cultural de las islas. Además, como ha apuntado J. Tomás Monserrat (1985), conviene tener presente que es la obra, principalmente, de la denominada *generación de los 50* del ochocientos. Algunos escritos, tanto coetáneos como algo posteriores, permiten entender el significado del Colegio para sus miembros y la repercusión de sus actividades. Julián Álvarez, uno de sus fundadores, pronunció una conferencia en el Colegio Médico-Farmacéutico en 1902 titulada *Las Islas Baleares (en especial Mallorca) estación climatológica del Mediterráneo en 1960*¹⁸¹. El formato de este discurso es el de una carta apócrifa escrita por “el Dr. Juan de Palma a su amigo el Dr. Pedro Juan de Sóller, residente en América” en la que se describe la transformación de la isla al convertirse en la estación climatológica más importante del Mediterráneo. Estas son las palabras que Juan de Palma escribía a su amigo de Sóller en 1950 –49 años después de que ambos, médicos de profesión, abandonaran las islas en *busca de fortuna (sic)* – acerca de la “clase médica” mallorquina y la función del Colegio en el proyecto de transformar Mallorca “en estación climatológica del Mediterráneo y centro de *tourismo [sic]* de Europa” (1902: 18):

“[l]os médicos y farmacéuticos de Palma, asociados científicamente por aquel entonces en el Colegio Médico-Farmacéutico puede decirse eran los únicos elementos intelectuales –salvo los reducidos a tertulias de modesto alcance– que se

180 Vide, nota 160.

181 Las conferencias del Colegio Médico-Farmacéutico se publicaban, normalmente reseñadas, en la revista del Colegio así como en la prensa diaria. Julián Álvarez decide publicarla puesto que, según expone en la Introducción, el tema expuesto tenía como objetivo ilustrar a todos los asistentes y no solo a los sanitarios.

preocupaban, no tan solo del estudio de los problemas inherentes al ejercicio de la profesión, si que especialmente de cuantos pudieran relacionarse con la cultura y progreso de las Baleares, dentro del alcance de su jurisdicción antropológica” (1902: 20).

Las palabras de Álvarez proyectan la autoimagen que los miembros del Colegio tenían de su asociación. Algunos años más tarde, José Sampol lo describía como “El exponente de la actividad científica pura, algo así como la Ciencia por la Ciencia [...]” (1956: 24).

Por su parte, los discursos de la Academia Quirúrgica Mallorquina ilustran el significado de la importancia de las asociaciones con especial énfasis¹⁸². Mateo Estadas, su presidente, expresaba así este sentimiento:

“El general convencimiento de que la reunión de esfuerzos, talentos y haberes fomentan todos los ramos de la industria, comercio y literatura ha sido el motor y alma de asociaciones de toda clase que, manteniendo en movimiento continuo los brazos y las inteligencias, han dado nueva vida a la sociedad. Si esto es así para la industria, comercio y literatura, más para las ciencias y facultades que tienen a los más querido para el corazón del hombre, cual es a la conservación de la vida y a la reparación de sus quiebras” (1847: 5)

Además, según algunos autores, las corporaciones científicas, y especialmente las médicas, “lejos de ofrecer un nombre vano al catálogo de las corporaciones, producen resultados positivos de utilidad inapreciable” (Ferrer, 1847: 12).

Las manifestaciones expuestas se repetían anualmente con ocasión de las sesiones inaugurales de las corporaciones médicoquirúrgicas. En el apartado *Las fuentes de la investigación* (Cap. primero de esta tesis) ya se ha comentado la importancia heurística de los discursos en estos actos o rituales constitutivos. Las sesiones inaugurales seguían una liturgia muy determinada que les confiere la capacidad ritual aludida. Todas ellas obedecían a mandatos reglamentarios; sin embargo, las de las corporaciones privadas suelen reflejar los deseos de sus miembros más que las del legislador,

182 Posiblemente obedece al hecho de las dificultades que tuvo dicha corporación para su fundación ante la negativa de la Real Academia de Medicina (ver capítulo 5º) y, obviamente, a su proceso profesionalizador en el que intentan diferenciarse de la medicina especialmente en lo referente a los sistemas médicos. Véase, por ejemplo, las manifestaciones de Onofre Ferrer en la sesión de 1850: “Consagrarse al bien de la humanidad y al de los comprofesores fueron los móviles que os impelieron a seguir una carrera que, por escabrosa, *pareció a muchos una idea concebida por una imaginación enfermiza y delirante*; pero el fin era noble y santo, y no podían arredraros los obstáculos. La posteridad apreciará vuestros sacrificios” (p. 7, énfasis añadido).

sin olvidar el efecto mimético que ejercía la liturgia de la Real Academia. Las sesiones inaugurales de la Real Academia y del Colegio Médico-Farmacéutico no solían tener –como sí ocurre en la actualidad en la Real Acadèmia de Medicina de les Illes Balears– una fecha fija para la inauguración del curso; solían celebrarse dentro del mes de enero, previa aprobación de la Junta de Gobierno¹⁸³. La Academia Quirúrgica Mallorquina estableció el 8 de septiembre como inicio del curso académico.

La liturgia de las sesiones permitía la escenificación de la importancia de la corporación “hacia dentro” y “hacia afuera”, es decir, hacia la sociedad que debía legitimar parte de las actividades profesionales¹⁸⁴. Las ceremonias inaugurales, a las que se prestaba una gran atención en su organización, eran la ocasión ideal para reunir a los profesionales del ramo, a una “ilustrada” representación de la sociedad palmesana¹⁸⁵ y, especialmente, a las autoridades que, con su presencia, sancionaban el acto. Era una presencia – normalmente la del Gobernador Civil y la del presidente de la Diputación– que no siempre estaba asegurada y su ausencia se consideraba un agravio. Para la ocasión se mandaba arreglar el salón, aunque no es posible saber de qué manera, y se sugería que las personas que formaran parte de la mesa vistieran de etiqueta y los socios de etiqueta o de negro.

En las tres corporaciones mallorquinas hay dos partes principales de la sesión inaugural: la reseña de los trabajos realizados en el año transcurrido y el discurso inaugural. La reseña de los trabajos era un documento relevante para poner de manifiesto la activ-

183 El Reglamento Interior de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de 1878 regulaba, en sus artículos 47 a 49 la sesión inaugural y de recepción académica sin mención a una fecha exacta, solamente la obligación de que se celebrara en enero. Los Estatutos de 1886, en el artículo 40, establecen la obligación de que dicho día fuera en domingo. Por lo que respecta al Colegio Médico-Farmacéutico, solo se especifica la obligación de su celebración durante la última quincena de enero “con toda la solemnidad posible” (Art. 29º del reglamento de 1898). Su primer reglamento (1882) no hay mención a la sesión inaugural.

184 Sin embargo, la autoridad y la autonomía, como apuntan FREIDSON (1970) y BOURDIEU (2008), se busca entre los pares.

185 Los principales cargo e instituciones y corporaciones invitadas, a cuyos directores se invitaba de oficio eran: Instituto Balear de Segunda Enseñanza, Escuela Normal, Escuela Náutica, Sociedad de Amigos del País, Escuela Mercantil, Academia de Bellas Artes, presidente de la junta de Agricultura, Industria y Comercio, Ateneo Balear, Conservatorio Balear, Jefe de Sanidad Militar, alcalde Palma, presidente de la Audiencia y los directores de los periódicos locales. El Gobernador era invitado personalmente por el presidente, de la Academia o Colegio. También se insertaban los correspondientes anuncios en los periódicos locales.

idad de la sociedad aunque en algunas ocasiones ha quedado documentada la negativa a publicarla por la escasez de actividades realizadas¹⁸⁶. En muchas ocasiones, además, se apela a la importancia de las actas de la corporación o a su archivo como testimonio del quehacer de los socios, tanto para sus coetáneos como para las generaciones futuras: “[el libro de actas] deja a las generaciones venideras apreciar su perseverante solicitud y sus constantes estudios a favor de la humanidad”.¹⁸⁷

El sentido de la sesión inaugural es el de una fiesta y así se expresa en la *Reseña histórica* de la sesión de La Real Academia en 1883:

“La festividad de este día es el lazo que une el pasado y el porvenir, porque el recuerdo de los trabajos desempeñados en el año que acaba de pasar, despierta la fe y la constancia en los que aguardan en el decurso del presente” (Martorell, 1883: 7).

El discurso inaugural, por su parte, también cuenta con elementos estructurales que le confieren carácter litúrgico y, en el caso que nos ocupa, profesionalizador. El discursante expresa siempre la dificultad de la elección del tema, –puesto que la audiencia (médica) es ilustrada–, y sus escasas dotes oratorias por lo que, según los autores, el discurso obedecía al mandato reglamentario y se sentían “incapaces” y con “escasas fuerzas” de abordarlo *motu proprio*. Con esta retórica –que desaparece con los años– los socios muestran el respeto hacia sus pares. La retórica, la elocuencia y dar muestras de una elegante dicción se esperaban y los discursantes suelen excusar sus limitaciones¹⁸⁸. En definitiva, se construye el prestigio de los miembros de la profesión y de la profesión misma:

“Las corporaciones viven del honor, de ese honor que absorbe el mérito de todos sus miembros en el único del cuerpo científico; que anima todos los trabajos y los dirige a la realización del grandioso fin común; que con santo entusiasmo y celo infatigable hace que todos y cada uno a la vez contribuyan a darle un nombre digno del respeto de la posteridad” (Ferrer, 1850: 21).

186 Este fue el caso en 1895. Escafi propuso que solo se publicara el discurso puesto que los trabajos del año habían sido pocos “y de escasa importancia” Puesto que el reglamento no contemplaba esta posibilidad, se acordó votar en contra de la publicación (*Actas de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma*, sesión del 21/2/1895).

187 *Reseña histórica de los trabajos*, p.7, en Darder y Enseñat, T. (1882).

188 El hecho de que la Real Academia contara con una comisión de Corrección de estilo es muy significativo.

La asociación representa el consenso y la transferencia del conocimiento entre los profesionales y hacia la sociedad, tanto en su representación institucional como hacia las individualidades que la componen. La Real Academia, por el mandato que establecía su reglamento, alude constantemente a esta relación entre sus actividades y la Administración, principalmente en materia de Salud Pública y Medicina Legal:

“Asesora legítima esta Corporación de las Autoridades y de los tribunales en todos los asuntos intrincados que se rozan con la Medicina, se ha complacido en imprimir en todos sus dictámenes el sello de la más rigurosa imparcialidad. Exenta de toda pasión y sin más objetivo que el de señalar la verdad según los descubrimientos más modernos de la ciencia y las reglas de la más severa moral médica, ha contestado a todas las consultas según su leal saber y entender” (Obrador, 1881: 13)

La opinión pública y la creación de un estado de opinión son aspectos relevantes de la actividad profesional, principalmente desde las asociaciones. Algunos miembros de la Real Academia, especialmente Domingo Escafi, muestran una especial atención por la opinión pública mallorquina y en ciertos asuntos abordados en la Academia requiere de la máxima transparencia. Este fue el caso sobre un dictamen relacionado con las aguas de la fuente de la Vila¹⁸⁹. A pesar de su insistencia de que dicho informe se discutiera en sesión pública, con la participación de quien deseara hacerlo, la Junta votó en contra acordando hacerlo en sesión literaria. En 1893, con motivo del informe sobre las condiciones laborales y las retribuciones de médicos y farmacéuticos en caso de invasión epidémica, Escafi volvió a suplicar a la comisión encargada del dictamen que fuera redactado de nuevo “teniendo en cuenta que el documento que se remitía ha de leerse en sesión pública del Ayuntamiento, y con más seguridad ser llevado a la prensa para sufrir la crítica de la opinión pública”¹⁹⁰. Los académicos se consideraban moralmente responsables de las cuestiones de salud pública ante la sociedad y este fue uno de los motivos para que en 1890 la Real Academia pidiera a los diputados a Cortes una serie de medidas especiales a tenor de las particularidades geográficas de la región. Se solicitó una legislación marítima especial en cuyo proyecto involucraron a varias instituciones mallorquinas: Diputación provincial, ayuntamiento de Palma,

189 *Actas de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca*, sesión de 4 de febrero de 1880, (ARAMIB).

190 *Ibidem*, sesión de 26 de junio de 1893.

Junta de Agricultura, Industria y Comercio, Sociedad Económica de Amigos del País y Cámara de Comercio. Finalmente, y tras varias gestiones del general Weyler y de Antonio Maura se desestimó. Estas obligaciones morales las resumía Onofre Ferrer en 1850 de la siguiente manera en su discurso en la Academia Quirúrgica Mallorquina:

“En las asociaciones se contrae un alto empeño de honor y de emulación, que con irresistible poder empuja el espíritu de los individuos al estudio y al progreso. Al constituirse una academia se fijan los ojos de todos para pedirla [*sic*] cuenta de sus adelantos; porque el público ilustrado [...] la contempla impasible, a guisa de inexorable juez, para ceñirle la diadema de la gloria si acierta a beneficiar la mina del saber que ha tomado a su cargo, o para marcarla con el sello de la reprobación si no ha sabido utilizar el denario que le confió el Padre de familias” (1850: 16-17).

Uno de los objetivos de las sociedades médicas era el trabajo conjunto, el consenso y la transferencia de este conocimiento común. Un objetivo que se identificaba con una mayor participación de los profesionales:

“Gracias a la amplia libertad de su Reglamento [Colegio Médico-Farmacéutico] que permite la entrada a cuantos deseen pertenecer a este Centro y se dediquen al cultivo de cualquiera de las ramas que comprenden las Ciencias Médicas, ha podido este Colegio reunir en su seno los elementos más valiosos, mejor aún, la suma de todos los elementos que componen la gran familia de esta localidad con lo cual asegura su mayor representación y valimiento esta Corporación, que solo desea, como único fin de sus afanes, contribuir en la medicina de sus fuerzas al mayor desarrollo del progreso intelectual” (Fajarnés, 1895: 10-11).

La importancia del conocimiento y el trabajo conjunto se materializa en la relevancia que se confiere a las bibliotecas de las corporaciones, para las que siempre hay una referencia en las Reseñas anuales; en ellas se hacen constar los intercambios con otras corporaciones, así como las donaciones que hacían sus miembros. Las discusiones científicas quedan constatadas en las actas del Colegio Médico-Farmacéutico. Uno de los aspectos destacables fue la intención de la elaboración, junto con la Real Academia, de una topografía médica de las Baleares.¹⁹¹

La Academia Quirúrgica Mallorquina también refleja en sus documentos una intensa actividad; sus miembros consideraban que el objetivo de su asociación era el consenso

191 Esta intención podría obedecer, entre otros motivos, a la obligación impuesta a las Reales Academias de elaborar una bibliografía médica española. De hecho, Domingo Escafi apunta que dicha bibliografía médica sería un tomo de la Topografía de las Baleares. Esta obra no llegó a publicarse. Sobre este tema puede consultarse PUJADAS MÓRA, J.M^a (2009).

y desvelar los conocimientos de un particular al conjunto:

“Un adelanto en cirugía, por ejemplo, mientras sea un secreto reservado a un solo profesor, circunscribirá su acción benéfica en un círculo más o menos reducido; pero si este mismo secreto se generaliza entre muchos, y se perpetúa en una institución, queda convertido en fecunda mina de inapreciable tesoros para la ciencia” (Ferrer, 1850: 16).

Sin embargo, las actas de la Real Academia demuestran una cierta desidia en los años centrales de la centuria puesto que las comisiones apenas se reunían y en sus sesiones raramente se aportan casos clínicos para la discusión entre sus miembros. En contadas ocasiones los socios corresponsales solicitan leer alguna memoria en sesión pública, siempre con la censura previa de la Junta de Gobierno. En los años 90, particularmente a partir de la entrada de Enrique Fajarnés como socio de número, se aprecia una mayor actividad intelectual. En estos años –los 90 del siglo XIX– se ha podido detectar la lectura de notas científicas de médicos mallorquines que no eran miembros de la Academia en el momento de realizarse dicha lectura, por ejemplo los casos de Ogasón, Serra y Berga.

Uno de los instrumentos para la transferencia del conocimiento y que durante el siglo XIX alcanza una gran popularidad en Europa fue la prensa médica. La importancia de estos “medios de comunicación a distancia” (Noiriel, 2011) están estrechamente relacionados con las asociaciones de todo tipo y vienen a corroborar la afirmación de Puigvert (2003) acerca de las prácticas comunicativas, la transferencia y por ende de un estado de opinión. Los médicos mallorquines contaron con una publicación durante los años centrales del diecinueve, *La Medicina Ecléctica*, de corta vida. La necesidad de contar con una publicación propia fue una constante desde la misma creación del Colegio. Álvarez (1896) menciona la revista manuscrita que circulaba entre los primeros socios de la todavía Subsección de Ciencias del Ateneo; Monserrat (1985) expone que Pedro A. Escafi propuso que archivaran los trabajos académicos presentados para el uso de todos los socios. El mismo año, 6 de mayo de 1882, se aprueba el dictamen de Enrique Fajarnés. Se acordó que se titulara *Revista de Medicina, Cirugía y Farmacia* y que además de periódico científico fuera un instrumento de la defensa de los intereses de los profesionales de las ciencias médicas. En 1884 los veterinarios comunicaron su

intención de colaborar en la publicación y, según Monserrat, esta fue la razón por la que la publicación finalmente pasó a denominarse *Revista Balear de Medicina, Farmacia y Veterinaria*, publicándose por vez primera en enero de 1885. En 1888 pasará a denominarse *Revista Balear de Ciencias Médicas*.¹⁹²

El primer editorial de la *Revista Balear* se tituló “Nuestros propósitos” y en él se afirmaba que acudían a la prensa por mandato de “nuestros comprofesores” y del Colegio Médico-Farmacéutico, de lo que resultaba que su misión era muy delicada puesto que eran los “intérpretes” del sentir de la corporación. Los editorialistas consideran la prensa como uno de los hitos de su tiempo con unas reflexiones muy importantes acerca de la ciencia y sociedad científica más democrática una vez derribada

“la valla del autoritarismo personal, lo mismo el que ocupa los primeros puestos que el oscuro peón que forma parte en este gran ejército que se disputa la posesión de la verdad en sus múltiples acepciones, está sujeto a ese especie de tribunal erigido en juez internacional, llamado opinión pública, es de necesidad indiscutible someter a su fallo todas las cuestiones que se agitan en el seno de las modernas sociedades y cada cual en su terreno viene obligado a prestar sus afirmaciones o negaciones respecto a las mismas, como un deber ineludible de humanidad”.¹⁹³

En la revista, afirma el editorial, cabían todas las doctrinas y opiniones “a menos que en su forma o en su fondo aparezcan en lucha manifiesta con lo que hoy racionalmente puede aceptarse con arreglo a los principios admitidos como indiscutibles por la Fisiología y la Química”¹⁹⁴. La revista pretendía, asimismo, ser un campo neutral donde “[ventilar] las diferencias científicas, seguros de hallar ante la opinión general, la justicia y la razón quien la tuviere.”¹⁹⁵

La lista de los propósitos de la *Revista*, que se recordaron durante algunos editoriales coincidiendo con la entrada del año, era:

- Estimular el amor al estudio
- Abrir caminos para hacer valer merecimientos quien sea apto para ellos

192 Un estudio sobre esta publicación puede consultarse en OLIVER CAPÓ, G. (1996). También puede consultarse TOMÁS MONSERRAT (1981).

193 *Revista Balear de Medicina, Farmacia y Veterinaria*, nº 1, enero de 1885, p. 2.

194 *Ibidem*, p. 3.

195 *Ibidem*.

- Ponerse al día de los conocimientos científicos que son tan rápidos
- Comunicar las noticias que puedan convenir a los comprofesores
- Defender “los intereses morales y materiales con energía do quiera que sean hollados”
- “enaltecer el por demás abatido ejercicio de la profesión principalmente en nuestra provincia”
- Facilitar el comercio de nuestros conocimientos
- Contribuir al saneamiento de nuestras localidades
- Acumular datos para la tan necesaria formación de la topografía médica de este país.

La Revista consiguió que muchos de sus artículos originales fueran publicados en revistas españolas y extranjeras, no siempre citando la procedencia lo cual era motivo de queja de los médicos mallorquines; todos los artículos no originales de la *Revista Balear* citan la procedencia de los artículos.

Finalmente, las corporaciones médicas mallorquinas recibían folletos, escritos y todo tipo de material impreso de la Península y países europeos. Durante el periodo estudiado se reciben muchos trabajos que fueron publicados por los propios autores y en los que se recogen todos los títulos y membresías a corporaciones y asociaciones científicas. El mismo caso ocurre con Enrique Fajarnés quien mandó imprimir su discurso de recepción académica. Por las actas de la Real Academia parece que esta fue la primera ocasión en que uno de sus miembros imprimía su discurso. La Academia no corría con los gastos de dicha impresión.

3.3.5. *Building Respectability*: la construcción del profesional ideal

El objetivo de este apartado es mostrar cómo los médicos mallorquines llevaron a cabo parte de su “proyecto profesional” (Larson, 1977); es decir, de qué manera construyeron su respetabilidad, prestigio, posición social y estatus. La opción escogida para analizar esta construcción son los apuntes necrológicos aparecidos en las reseñas anuales de la Real Academia mallorquina, del Colegio Médico-Farmacéutico y las necrológicas de la *Revista Balear de Ciencias Médicas*. Las fuentes primarias, aunque en este caso son

menos prolíficas, también nos acercan a aspectos relacionados con los objetos artísticos u otras formas de objetivación del capital simbólico, social y cultural. Como referencia erudita de este proceso histórico utilizo una serie de citas de autores contemporáneos que han trabajado el concepto “profesionalización”.

Larson (1977) sostenía que el profesionalismo debía contemplarse como un intento de transformar recursos escasos –el conocimiento y las habilidades técnicas– en otro orden de recursos: recompensas económicas y sociales –y también simbólicas si nos atenemos a posturas de corte más bourdieusianas–. Esto, según Larson, formaba parte de lo que esta autora vino a denominar “proyecto profesional” y que como se ha comentado en el capítulo sobre la *Teoría de las profesiones* tuvo una gran repercusión en los estudios sobre las profesiones.

El “proyecto profesional” de Larson implicaba un doble proceso:

“[t]he process of organization for a market of services, and the process of collective mobility by which the early modern professions attached status and social standing to their transformed occupational roles”. (1977:66)

La autora estableció una matriz de “fuentes de prestigio profesional” mediante cuyos elementos se podía adquirir el estatus y la posición social mencionados. Estas “fuentes de prestigio profesional” se localizan dentro de la propia profesión o bien en la cultura de la sociedad; a su vez, derivan tanto del conocimiento legal y racional como de conformidad con los valores de épocas preindustriales. Para adquirir este prestigio, los profesionales deben presentarse a sí mismos: a) como “encarnaciones” del cuerpo de conocimientos, que el Estado sancionará positivamente; y, b) como personas dignas de confianza, –que en el periodo estudiado suele relacionarse directamente con el modelo aristocrático y de la caballerosidad– es decir, la respetabilidad, que el público tomará como indicativo de integridad (Reader, *apud* Macdonald, 1989:55)¹⁹⁶.

Con el título que encabeza este apartado (*Building respectability*), K. M. Macdonald, –sociólogo de las profesiones–, pretendía confirmar las hipótesis de trabajo de Larson respecto al segundo proceso, es decir, la consecución de un estatus y una posición

196 READER, W.J. (1966), *Professional Men*, London, Weidenfeld and Nicholson.

social relevante de los profesionales¹⁹⁷. Para ello analizó varios aspectos de las distintas sedes físicas de varias corporaciones profesionales inglesas: su localización en el espacio urbano, su edificio y el arquitecto demostrando la importancia, tanto para el grupo profesional como para otros colectivos sociales que a su vez sancionaban la profesión. Esta preocupación por la sede física de las corporaciones también ha sido reflejada por Sánchez Granjel (2006) respecto a la construcción de la actual sede de la Real Academia Nacional de Medicina, sita en la madrileña calle Arrieta¹⁹⁸; o el trabajo de G. Weisz (1995) *The Medical Mandarins*, sobre la Academia Francesa de Medicina.¹⁹⁹

Por su parte, Jordanova (2003) sostiene que muchas asociaciones tienen colecciones de retratos, u otros objetos artísticos, cuyo interés es “ocupacional”. Según esta autora, son elementos muy importantes para una cultura compartida que se organiza en torno a aspectos y eventos que no corresponden al ciclo vital (nacimientos, matrimonios, etc.), sino en torno a habilidades y conocimientos. Sin embargo, los historiadores de las profesiones apenas han hecho un uso crítico de esta fuente (Jordanova, 2003:294). La autora considera que un fenómeno como la identidad profesional se puede aprehender mejor mediante este tipo de estudios, puesto que la identidad se construye de forma ecléctica. Así, el proceso de profesionalización –entendido como un proceso identitario–, puede abordarse como la interacción entre el trabajo, las asociaciones construidas en torno a este, los retratos que contienen y expresan afinidades y los objetos que “hablan” de muchas cuestiones médicas.²⁰⁰

Veamos de qué manera las corporaciones médicas mallorquinas “construyeron” su propio proceso de respetabilidad. La Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma acordó en 1838, con motivo del fallecimiento de Francisco Oleo y Carrió, que se rindiera tributo a los socios de número más eminentes mediante el escrito de un “elogio fúnebre” (*sic*), aunque parece que no tuvo mucha continuidad puesto que hasta el momento solo se ha localizado el mencionado. No obstante, el recuerdo de los falleci-

197 MACDONALD, K.M. (1989), Building Respectability, *Sociology*, 23(1), 55-80.

198 GRANJEL, L.S. (2006), puede consultarse el capítulo “La Edad de Plata”.

199 WEISZ, G. (1995), especialmente capítulos 5 y 9.

200 El estudio de caso presentado por JORDANOVA (2003) gira en torno a la figura del médico inglés Richard Mead (1673-1754) y la autora se manifiesta seguidora de la tendencia historiográfica iniciada por Roy Porter en este sentido.

dos aparece en las reseñas de los trabajos anuales, tanto de la Academia como del Colegio Médico-Farmacéutico. Conviene señalar, además, que estas menciones eran obligaciones reglamentarias para el caso de la Real Academia a partir de 1887²⁰¹. No conocemos si este recuerdo se traducía en algún tipo de acto más allá del verbal, pero sí es posible constatar que en la sesión inaugural de la Real Academia de 1858 “El salón de actos estaba decorado con el retrato de S.M. alrededor del que había los de los difuntos socios de número D. Gabriel Floriana, D. Bartolomé Ripoll y los bustos de Hipócrates Galeno”.²⁰² Otras obligaciones reglamentarias para con los difuntos académicos eran: la asistencia al entierro y la inscripción de su nombre en un cuadro expuesto en el salón de actos. En 1889, Enrique Fajarnés hizo la misma propuesta para los socios del Colegio Médico-Farmacéutico, aceptada por unanimidad²⁰³.

El Elogio Fúnebre mencionado fue escrito por Mateo Castellá, a quien se le encargó. Se podría presumir que dicho “elogio fúnebre” tenía como modelo los *éloges* de la Academia francesa de Medicina estudiados por G. Weisz (1995). Este autor afirma que este género, junto con las oraciones fúnebres y las notas necrológicas de la institución gala, obedecían a la combinatoria entre la representación de la memoria colectiva, los valores y una elaborada evaluación científica de los fallecidos²⁰⁴. Weisz afirma que los *éloges* tenían varios propósitos:

“First, it was a form of instant history which located the work of individual within an interpretation of recent medicoscientific development [...], in the second instance, a reward which the academy accorded illustrious members and that assured the deceased a certain degree of immortality. [...] . And finally, [...], the *éloge* has an explicitly moralistic purpose. A fourth function was never explicitly ack-

201 Art.61 del *Reglamento Interior de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma*, 1887. Esta obligación reglamentaria posiblemente es anterior, pero no he tenido acceso a otros reglamentos.

202 *Libro de Actas de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma*, sesión del 2 de enero de 1858, (ARAMIB).

203 *Ibidem*, sesión del 6 de noviembre de 1889.

204 NENADIC, (2010) también apunta el estudio de las biografías médicas y otros escritos como instrumentos para crear reputaciones póstumas de ciertas figuras médicas en particular. Califica este material documental con la definición propuesta por Brake en Amigoni (2006:167) como ‘the ephemeral life writing which constitute the sources of biographies of the future, the messy scramble at the point of death to control the media and avert scandal, to fix representations and to suppress, repress and displace available meanings’ (2010:509). AMIGONI D. (ed.) 2006, *Life Writing and Victorian Culture*, Aldershot: Ashgate. También sobre las biografías médicas, aunque con una orientación distinta, puede consultarse el artículo de MONTIEL, L. (2005), “Biografías médicas. Una reflexión desde la ambigüedad”, *Asclepio*, LVII (1), PP. 43-53. NENADIC se centra en Matthew Baillie y el rol de su familia en la creación de esta reputación.

nowledged. *Éloges* allowed the secretary to project an idealized image for public consumption of medicine and the medical elite” (1995: 125).

El elogio del Dr. Oleo consta de once páginas y Castellá utiliza las cinco primeras para hacer la descripción de las virtudes personales del fallecido. Destaca que fue un hombre sobresaliente; precoz en su talento; no solo médico, también literato y adornado de todos los conocimientos auxiliares de la medicina y de otros extraños a la medicina; unido siempre a los adelantos. Añadía a esto bondad de corazón, probidad y todo cuanto puede hacer el hombre amable entre sus semejantes (Castellá, 1840:6). Se hace referencia a las lenguas que dominaba, a su latinidad y a su autor favorito, Metastasio, del que dice que tenía las mismas cualidades: candidez, sencillez, franca naturalidad.

Como hiciera el secretario de la Academia Francesa de Medicina en sus *éloges*, u otros médicos de la época, Castellá hace mención del viaje a Pisa del elogiado. Conviene señalar que el “viaje médico” revestía una gran importancia para los profesionales y formaba parte de su formación más allá de las aulas. El médico mallorquín Francisco Ferrer disertó sobre la necesidad de viajar en la extinguida Academia Médico-Práctica mallorquina.²⁰⁵ Castellá menciona todos los estudios realizados por Oleo así como la correspondencia que mantenía con ilustres médicos (“compañero de ellos, grande como ellos”). La erudición y el estudio constantes se remarcan como una de las cualidades del profesor del arte de curar, como pudo observarse en el capítulo anterior y como veremos en las necrológicas de finales del siglo XIX. Esta erudición –especial en Oleo– era necesaria porque:

“El médico que se ciñese a los estudios aislados de su profesión, estaría distante de llegar a la perfección de ella: mostraría al mismo tiempo limitación de talento, y mala idea daría de su estéril ciencia: sería un hombre adocenado, rutinario, incapaz de comprender en toda su extensión los recursos de su arte, y de hacer por sí ninguna observación exacta” (Castellá, 1840:8).

La generalidad de conocimientos y aplicación constante le permitieron, según Castellá, formar su juicio hasta el punto de la mayor exactitud. Respecto a este buen juicio,

205 *Discurso sobre las muchas ventajas que puede acarrear a los señores médicos el emprender algunos viajes y abandonar por algún tiempo el engañoso ídolo del desordenado amor a su patrio suelo, que presentó a la Academia de Medicina Práctica el doctor Don Francisco María Ferrer el día 18 de octubre y año de 1798.* Este discurso puede consultarse en REIAL ACADEMIA DE MEDICINA DE LES ILLES BALEARS (2006).

este autor apunta que Oleo prácticamente se autodescribió cuando al serle otorgada la cátedra de matemáticas manifestó lo siguiente:

“Para formarlo [el juicio], decía, se necesitan fortaleza y asiduidad de espíritu, grandeza y extensión de mente para ver de una ojeada los objetos; firmeza para mantenernos en suspensión y no deslumbrarnos por las primeras apariencias de la verdad; claridad en ordenar nuestras ideas y combinarlas; perspicacia para descubrir desde luego los medios más sencillos de resolver las cuestiones y seguridad en los principios más generales y fecundos” (Castellá, 1840:8).

Castellá, al término de su escrito, señala que Oleo tenía conocimientos, talento, corazón bondadoso, trato amable, carácter delicado, un genio franco, amena y festiva conversación. El enfermo en él encontraba consuelo, alivio, curación a sus dolencias, conformidad, distracción, alegría con sus conversaciones y trato, sin olvidar que había sido médico de cámara pero también de los más desfavorecidos. Como se verá a continuación, muchas de estas cualidades seguían indelebles a finales del siglo XIX mallorquín en la definición de la figura profesional.

La construcción de la figura ideal e idealizada del médico mallorquín de finales del siglo XIX se elabora, básicamente, a partir de criterios científicos y profesionales lo que no es óbice para que también se haga mención a cualidades como las reseñadas para Oleo u otros académicos de número en las reseñas anuales. Las necrológicas, como expuso Oliver Capó (1996), fueron un género bastante cultivado en la *Revista Balear de Ciencia Médicas*. Entre 1885 y 1912 se publicaron un total de 97, el 8.17 por ciento del total de los artículos publicados. Se trata de necrológicas de profesionales de las ciencias médicas tanto de las islas como de otros territorios. La mayoría de las consultadas fueron firmadas por José Cerdá y Enrique Fajarnés. No se advierte una estructura formal pero sí de los contenidos, a partir de los cuales se ha realizado el siguiente análisis.

La mayoría de las notas necrológicas suelen referir la hora y día de la defunción así como la causa del fallecimiento. La trayectoria profesional del médico se refleja con la constatación del lugar y años de ejercicio, los cargos ostentados y la relación de las sociedades científicas y culturales a las que perteneció el difunto. Es llamativa y muy ilustrativa la expresión utilizada por los médicos para sintetizar las carreras profesionales de sus colegas: suele utilizarse la expresión “hoja de servicios”. La hoja de servicios

hace referencia a un documento en el que constan los antecedentes personales y profesionales de los funcionarios públicos en el ejercicio de su profesión y como expresión no se recoge en el Diccionario de la RAE hasta 1925.²⁰⁶ Esta trayectoria se inicia, como se deduce de varios escritos, con el ingreso en la facultad de Medicina puesto que era el primer lugar donde el médico debía demostrar una de las cualidades necesarias para el ejercicio de su profesión a lo largo de toda la vida: el amor al estudio de una ciencia ardua y difícil.

La confraternidad es un elemento clave de la figura del médico como practicante de la medicina. Así, los médicos fallecidos son “apreciados” y “distinguidos” entre sus compañeros de profesión, independientemente de las rencillas personales y profesionales que se han podido detectar a lo largo de la documentación –siempre expuestas de manera muy velada– y que dieron lugar a hechos tan importantes como, por ejemplo, la dimisión del cargo de presidente del que fuera impulsor y *alma mater* del Colegio Médico-Farmacéutico, Domingo Escafi. Esta confraternidad se basaba en la observancia de las normas de la moral médica, otros de los aspectos reseñables de la figura médica ideal y que en estos años atañe, especialmente, a las relaciones entre los profesionales.

Las principales cualidades de los médicos, plasmadas en la figura de los fallecidos, debían ser la inteligencia, ser amante del progreso y, fundamentalmente, la laboriosidad, el estudio y la erudición médicas. La abnegación, desinterés, el sacrificio en bien de la Humanidad son expresiones poco utilizadas en las necrológicas consultadas en la *Revista Balear*; solo se hace referencia a ellas cuando la nota fúnebre está dedicada a alguno de los médicos mallorquines que prestaron sus servicios en los escasos episodios epidémicos de la isla. Tal es el caso de Antonio Gelabert, socio numerario de la Real Academia y subdelegado de Medicina de Palma de 1847 hasta su fallecimiento en 1890.

²⁰⁶ Gran parte de la información encontrada en Internet sobre la hoja de servicios hace referencia al mundo castrense.

El éxito profesional se refleja en la clientela (preferiblemente “numerosa y distinguida”), dato que suele aportarse en las necrológicas. Una clientela que solía ganarse, según los datos reseñados por los autores de los escritos, por el carácter afable y la simpatía del facultativo. La clientela, a su vez, recompensaba al médico con la admiración y la solicitud de sus servicios. Parece que uno de los indicadores del éxito profesional, tanto entre la clientela como entre sus comprofesores, era el número de asistentes al entierro, dato señalado en varias ocasiones. El médico mallorquín de finales del ochocientos adquiere fama por el ámbito social de su clientela y el ejercicio de la medicina no está reñido con el capitalismo²⁰⁷ o mercantilismo como sí puede observarse en textos de épocas anteriores (Cf. Cap. cuarto de esta tesis). Sin embargo, los médicos que escribieron estas necrológicas no olvidaron nunca la importante función de la asistencia a los pobres y más necesitados; una función que se traduce en una de las cualidades que debía ostentar el médico: la caridad cristiana. Así, la clientela numerosa, el éxito económico y la fama a la que el médico tenía legítimo derecho son compensadas, socialmente, con la atención desinteresada de los pobres, una faceta que siempre va unida a los médicos de práctica más exitosa.

Las necrológicas son instrumentos para la creación de la identidad, la respetabilidad y el prestigio pero también son un medio de denuncia y solidaridad que, a su vez, enaltecen al difunto. El potencial despliegue de aptitudes científicas de muchos de los fallecidos no tuvo lugar por el aislamiento, geográfico o por su condición de médicos rurales. Los autores de las necrológicas son muy críticos con las condiciones de trabajo de los médicos rurales mallorquines, especialmente en lo tocante a la “política de campanario” y las dificultades que de esta se derivaban en el trato a los pacientes. Por esta razón, la capacidad de mantenerse en una posición de neutralidad en todos los aspectos (políticos, sociales, etc.) dentro de la comunidad rural es reseñada constantemente en las notas necrológicas de los médicos rurales. Aflora, a su vez, la crítica a la sociedad rural y su mundo supersticioso, una clara cortapisa para el ejercicio médico y el despliegue de las aptitudes de los profesionales. Enrique Fajarnés lo refleja “con la frialdad del historiador” (*sic*) en la necrología de Antonio Marcus Cabot:

207 El tema de los honorarios médicos y su significación en la identidad de los médicos se trata ampliamente en el capítulo cuarto.

“Marcus no había nacido para ejercer en la aldea, poseía demasiados conocimientos para que le comprendieran. Su deseo era abandonar la campiña y vivir en la ciudad populosa; pero el cariño que sentía por la familia le retenía en una atmósfera tan saludable para el cuerpo como asfixiante para el espíritu [...] Su alma delicada y noble no podía luchar contra la ignorancia y las supersticiones. Así es que cada innovación que introducía en la terapéutica, siempre en armonía con las conquistas modernas, le proporcionaba serios disgustos”.²⁰⁸

La erudición y los conocimientos médicos, como refleja la cita anterior, son aspectos salientes de la figura del médico. Unos conocimientos técnicos que solo podían adquirirse mediante el estudio constante y que debían ocupar un lugar preferente. El médico debía estar adornado de una erudición más allá de la materia médica; la “vasta cultura”, el “espíritu artístico” conseguían la compleción del médico como “hombre” y como profesional. De esta guisa describía Enrique Fajarnés la figura del médico en su discurso inaugural de 1895 en el Colegio Médico-Farmacéutico de Palma:

“Desde moralista y legislador, en cuanto tiene de higienista, hasta músico y mecánico en cuanto actúa de terapeuta, el médico, en el ejercicio de su noble y delicada profesión, necesita el concurso lo mismo de las artes que de las ciencias” (1895:7).

Una de las características referidas por los autores de las necrológicas, indicativas de prestigio, era el dominio de varios idiomas “distinguiéndose por este concepto entre las generaciones médicas antiguas, y sobre todo, entre aquellas no educadas en París o Montpellier”²⁰⁹. Sin embargo, “un temperamento delicado, genuinamente artístico” podía perjudicar al médico como científico²¹⁰. Sin duda, este modelo hace referencia a los ideales urbanos y burgueses de las profesiones liberales. Esta erudición y “vasta cultura” no solo podía ser un atributo personal, sino que su objetivación también nos indica la búsqueda de prestigio:

208 *Revista Balear de Ciencia Médicas*, 1901, 21, pp. 331-334.

209 “Necrología del médico Trías”, *Revista Balear de Ciencia Médicas*, 1901, 21, pp. 331-334, firmada por Enrique Fajarnés.

210 Esta afirmación, hecha por Enrique Fajarnés, se encuentra en la necrología de Miguel Llobera y Cánaves al que rinde el siguiente homenaje: “Este temperamento delicado, genuinamente artístico, es posible que le perjudicara como médico científico, pero le ensalza como hombre, impulsándole al ejercicio de una de las más hermosas virtudes, y denuncia desde luego la característica de una familia pollensina ilustre en las letras, que ha dado a Mallorca el genio lírico de Miguel Costa y Llobera, para cantar *L’Harpa*, *Tenebres* y *Lo Pi de Formentor*” (*Revista Balear de Ciencias Médicas*, 1894, 10, pp. 476-477). Las referencias a los ascendientes son muy escasas con lo que quizá se prima la importancia del “hombre hecho a sí mismo”.

“[Antonio Marcus] Amante del progreso seguía el movimiento científico y se deleitaba con la lectura de las obras que producían los ingenios de la moderna literatura. Espíritu culto, adornaba su biblioteca con obras artísticas y literarias nacionales y extranjeras. Su gabinete de estudio, tan nutrido de libros y aparatos como de buen gusto, enclavado en el pintoresco y diminuto pueblo de la montaña, producía extraña sensación en el ánimo del viajero”.²¹¹

En resumen, podemos atisbar la creación de un modelo médico basado, con el transcurrir del siglo XIX, en aspectos evaluativos cada vez más científicos –teniendo presente que para el siglo XIX y buena parte del XX debe contemplarse este género literario básicamente como panegírico–. Las cualidades personales más salientes se encarnan en la laboriosidad y la erudición siendo “incorporadas” como cualidades profesionales. Las necrológicas analizadas –y la literatura secundaria consultada– ponen de manifiesto un cambio sustancial respecto a la relación del médico con los honorarios. Durante el siglo XVIII y gran parte del XIX es un tema conflictivo puesto que los médicos soportaban las críticas y sátiras por su supuesto “amor al oro” (Nenadic, 2010: 514). A finales del ochocientos y en los albores del siglo XX, el médico trasmite la necesidad legítima de cobrar por sus servicios sin que ello suponga un agravio como profesional.

Una breve mención a los objetos materiales del mundo médico y asociativo pondrá fin al análisis del segundo proceso del “proyecto profesional” médico. Ya se ha comentado el carácter local del Colegio Médico-Farmacéutico de Palma en sus primeros años. Esto no significa que los profesionales de las ciencias de curar de otras poblaciones mallorquinas no pudieran ser socios de la corporación, pero solo podían hacerlo en calidad de socios corresponsales. Posteriormente, a partir de 1898, podían hacerlo en calidad de socios agregados. En cualquier caso, parece que los socios deseaban poder materializar de alguna manera su adscripción al Colegio, por lo que en 1887 se decidió diseñar un diploma. No sabemos cuál era su coste económico en los primeros años o si se extendía gratuitamente, pero en 1898 se instituyó un precio de diez pesetas para los corresponsales y de 5 para los de número.²¹²

²¹¹ Vid. Nota 208.

²¹² Art. 7º de los Estatutos del Colegio Médico-Farmacéutico de Palma de Mallorca (1898). Los socios de número, a partir de estos estatutos, podían ser todos los profesionales de las ciencias médicas (Medicina, Farmacia y Veterinaria) de las islas.

El Colegio Médico-Farmacéutico, en sesión de su Junta directiva de 12 de agosto de 1887, decidió nombrar una comisión para realizar el diseño del diploma que debía extenderse a los socios. La comisión estuvo formada por Losada y Fajarnés y en sesión de 1 de octubre se aprobó el diseño: en el medallón superior figurarían un microscopio, un termómetro, un estetoscopio, la jeringa de Pravaz etc. (sic). En los medallones laterales, el aparato de Wolf y la serpiente enroscada en una copa. Parece que tras varias discusiones –que no han trascendido en las actas– con los médicos encargados del diseño, se decidió que en la parte superior se inscribieran los nombres de Miguel Servet (1511-1553) y Mata²¹³ y el símbolo de la Medicina en el medallón superior central.²¹⁴

A su vez, y como otras corporaciones científicas y profesionales (Jordanova, 2003), el Colegio Médico-Farmacéutico empezó a formar su colección de retratos.²¹⁵ La Junta Directiva, en sesión de 22 de noviembre de 1893, aprobaba el pago de 150 pesetas al pintor Richardo Ankerman²¹⁶ por los materiales utilizados para el retrato de Orfila y el correspondiente marco. Expresaba su gratitud al “eximio artista por la deferencia que con este centro ha tenido al hacer gratuitamente tan bella obra”. Parece que el retrato de Orfila fue el comienzo de la “pinacoteca colegial”, puesto que en enero de 1887²¹⁷, Enrique Fajarnés propuso la creación de “una galería de retratos al óleo de baleares ilustres que se [hayan] dedicado al cultivo de las ciencias médicas”, acordándose por unanimidad adquirirlas paulatinamente.

La importancia del simbolismo asociado a los objetos materiales se manifiesta en algunas ocasiones en las actas de las corporaciones mallorquinas. Enrique Fajarnés propuso la adquisición de un sillón para la presidencia²¹⁸ que fue aprobada por una-

213 Imaginamos que se refieren a Pedro Mata Fontanet (1811-1877). Los dos personajes escogidos representarían, de este modo, la tradición y la modernidad, especialmente la corriente positivista.

214 Desafortunadamente, no se ha podido consultar ningún ejemplar de los diplomas emitidos. En las actas tampoco trascienden las discusiones sobre el diseño y el texto de los diplomas.

215 La lectura de la obra de José Tomás Monserrat sobre los presidentes del Colegio Médico-Farmacéutico (1999) nos confirma que esta corporación inició esta colección de retratos, al menos por lo que a la mayoría de sus presidentes se refiere; Tomás Monserrat se refiere a la “pinacoteca colegial”. Solía acordarse en Junta si se les distinguía con este honor.

216 Ricardo Ankerman (1842-1907). Pintor mallorquín. Profesor de la Academia de Artes de San Sebastián.

217 *Libro de Actas de la Junta Directiva del Colegio Médico-Farmacéutico*, sesión de 11 de enero de 1897, (COMIB).

218 *Ibidem*.

nimidad. El Colegio Médico-Farmacéutico, como ha demostrado Macdonald (1989) para las corporaciones profesionales londinenses, también “construyó” su respetabilidad mediante la ostentación que representaba tener la sede física de la asociación en un barrio central y en un edificio adecuado a sus aspiraciones. Tras varias sedes desde su fundación, en 1891, los colegiados estimaron que el edificio de la Calle Brossa era un lugar “digno de la importancia y valía de la asociación” (Tomás Monserrat, 1985:53). La inauguración de la nueva sede estuvo presidida por el Gobernador, el presidente de la Diputación y el presidente de la Real Academia. Años después, los socios dieron un paso más en la “construcción” de su respetabilidad, prestigio y posición social al decidir, a instancias de Ferrer “que dada la importancia adquirida [por el Colegio] es más plausible que en los actos oficiales el conserje vista de uniforme”. Se designó al propio Ferrer y a Enrique Fajarnés para elegirlo, con la condición de que fuera sencillo y llevara las letras CMF entrelazadas en cada solapa de la americana.²¹⁹

Como punto final quisiera destacar la importancia social de los académicos palmeanos. Los miembros de la Real Academia, en su calidad de integrantes de una institución oficial, eran la representación de la profesión en los actos culturales, religiosos y festivos de la ciudad mallorquina, en los que participaban activamente como se desprende de las actas de la corporación. La procesión del Jueves Santo, los bailes de máscaras, las veladas musicales, entre otros, eran actos para los que recibían invitaciones periódicas. Además, su participación y representación en otro tipo de eventos, como por ejemplo, el centenario de Calderón²²⁰ o los actos del aniversario del Instituto Balear de segunda enseñanza²²¹ era requerida como parte de la vida social y cultural de la ciudad a los que la Academia siempre envió representantes, normalmente sus diversos presidentes.

219 *Ibidem*, 26/02/1898.

220 Para esta ocasión, la Academia contribuyó con un portalápiz de plata para el ganador de la memoria sobre el tema “La influencia de las teorías filosóficas de la época de Calderón en las ciencias médicas”, así como con el título de socio corresponsal (Acta del 9 de abril de 1881).

221 El Instituto pidió la participación con un premio. La Academia propuso que como tema se disertara sobre “Posibilidad práctica de organizar en esta capital un establecimiento fisioterapéutico” a cuyo ganador se le entregaría una pluma de oro y plata y se le nombraría socio corresponsal. Para optar a dicho premio, el aspirante debía ser médico y haber estudiado en el Instituto Balear de segunda enseñanza (Acta del 5 de junio de 1886). La elección del tema no es casual puesto que por esa época se inauguran algunos de los establecimientos de socios de la Academia.

Capítulo 4. La Relación de los Médicos con los Pacientes y la Clientela

La línea de estudio de las profesiones que aquí se sigue es la propuesta por Burrage et al. (1990) quienes, como ya se ha citado, plantean dicho estudio a partir de las relaciones que se establecen entre los profesionales y el resto de los agentes profesionalizadores (Vid. diagrama 2). En cuanto a los pacientes y la clientela²²², los médicos del siglo XIX establecían claras diferencias dentro del ente abstracto que denominaban “humanidad doliente”. Entre estas diferencias destacan, por ejemplo, las de género porque el médico no solo construye su identidad profesional, sino que lo hace desde los valores de la masculinidad, con un fuerte componente del honor²²³ y la caballerosidad para con las mujeres. De este modo es posible observar continuas referencias al trato que el médico debía dispensar a la mujer. Otras diferencias claramente constatables son las referidas a la infancia, las personas ancianas y enfermos crónicos e incurables. También hay que destacar la relevancia del entorno de los enfermos, es decir, los parientes, allegados y, en el caso de las familias más acomodadas, los sirvientes. Se trata de un hecho que, solo de manera implícita, se puede relacionar con la responsabilidad médica y la salvaguarda del honor profesional (Llovet, 1992; León, 2006).

En torno a las dos últimas décadas del siglo XIX, se manifiesta la importancia de la asistencia de las colectividades. Los propios profesionales lo expresaron en diversos textos y lo plasmaron en el programa del *I Congreso de Medicina Profesional y Deontología* celebrado en París en 1900 con los siguientes puntos:

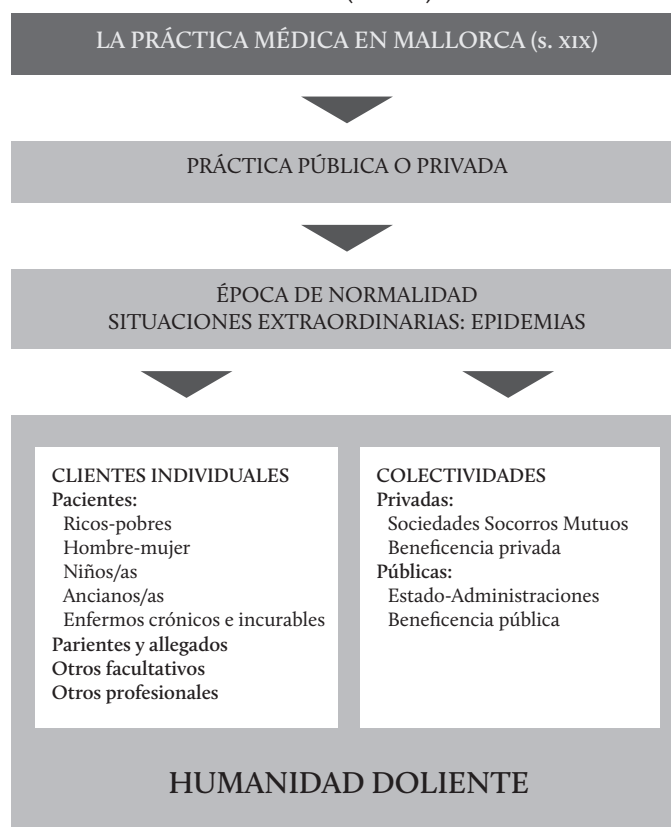
222 Para esta investigación utilizo la palabra *cliente* y *clientela* preferentemente a *usuario* ya que este término no reflejaría el valor de la transacción de servicios entre médico-cliente en función de la construcción identitaria de los practicantes de la Medicina en el siglo XIX. Por otra parte, *cliente* abarca una relación que va más allá de la relación diádica entre médico-paciente. Además, considero que la palabra *cliente*, utilizada por los propios protagonistas, refuerza su construcción identitaria puesto que la etimología de la palabra nos remite a la protección y tutela. Hasta finales del siglo XIX, el diccionario tiene una segunda acepción de *cliente*: “El litigante, con respecto al abogado” que de nuevo nos ofrece la estrecha relación en la construcción de las profesiones desde los postulados de Abbott (1988).

223 Una visión más amplia sobre el honor y la medicina se encuentra en NYE R.A. (1992), “Medicine and Science as Masculine “Fields of Honor”, *Osiris*, 12, pp. 60-79.

1. Relación del médico con las colectividades²²⁴: el Estado y colectividades no estatales.
2. Relación del médico con individuos: pacientes, clientes, auxiliares del médico y curanderos.
3. Relación con sus compañeros.
4. Fundaciones profesionales de previsión, defensa o socorro mutuo.

La relación entre el médico y su clientela dependía, a su vez, de otras consideraciones como la práctica –si era privada o pública– y cuándo se realizaba, es decir, si era en épocas de normalidad o bien en situaciones extraordinarias, fundamentalmente epidémicas. El siguiente esquema recoge estas circunstancias de la relación médico–cliente, expresadas en numerosos textos.

Ilustración 3. La práctica médica en Mallorca (s. XIX)



Fuente: elaboración propia

224 Esta preocupación, como advierte LEÓN (2006), se hace patente en España a finales del siglo XIX y eclosiona con el XX. No obstante, en *El Siglo Médico* se encuentran constantes alusiones a los diversos sistemas asistenciales europeos. La relación entre la profesión médica y las colectividades puede consultarse en PULIDO FERNÁNDEZ, A. (1903), *Relación de las clases médicas con las asociaciones cooperativas y industriales benéfico-sanitarias*.

4.1. La relación del médico con los particulares: pacientes, parientes, allegados y asistentes

El punto de vista de los pacientes o enfermos sobre su relación con los profesionales legalmente autorizados ha sido objeto de atención tanto por parte de la historia de la medicina como de la antropología médica. La propuesta de Sigerist (1951, citado en Zarzoso, 2001:410) sobre cómo rescatar las vivencias y estrategias de las personas en el proceso de salud/enfermedad/atención fueron recogidas, entre otros, por R. Porter (1989). Como señala Zarzoso (2001), los resultados que se han producido en esta materia son deudores del interés por el estudio de la denominada “construcción social de la enfermedad” y han puesto de manifiesto la diversidad de alternativas y estrategias del proceso de salud/enfermedad/atención de los individuos y comunidades que ha convenido en denominarse “pluralismo asistencial”. Estas alternativas, a su vez, nos permiten comprender y analizar, con una visión más amplia, las relaciones de los médicos titulados con sus clientes, ya que en el proceso terapéutico los médicos eran un agente más. Esta relación, para el caso balear, no cuenta con una tradición historiográfica ya que son escasas las fuentes que testimonian el devenir de la vida cotidiana de la mayoría de las personas. Respecto a los médicos, como señala Johannisson (2006), apenas conocemos qué hacían, aunque cada vez sabemos más sobre qué creían que debía hacerse (Comelles, 1998).

Los diferentes tratados de Moral Médica son un testimonio no solo de cómo debía actuar el médico para ser el “buen doctor” que se ha descrito en el capítulo segundo, sino que también marcaban las pautas sobre cómo efectuar el acto médico por excelencia: la visita médica²²⁵. Como se ha indicado, las fuentes que nos permiten trazar un relato del encuentro entre el médico y el paciente y sus allegados son hasta el momento desconocidas. Contamos con las *Rondaies*²²⁶ y disponemos de escasos

225 Las principales referencias documentales permiten establecer dos prácticas habituales: la visita del enfermo y las consultas o juntas médicas, es decir, las juntas de médicos a petición del cliente o por decisión facultativa. La consulta médica se trata en extensión en sus relaciones con la deontología médica en el capítulo quinto.

226 Algunos de los aspectos sobre las enfermedades y los agentes sanitarios aparecidos en las *Rondaies* mallorquinas pueden consultarse en JASSO GARAU, V.; TORRENS VALLORI, C. (2009), *Les rondaies mallorquines: identitat i etnografia*, Palma, Institut d'Estudis Balearic: Lleonard Muntaner. Véase también GALMÉS, A. (1976), “La Medicina popular a Mallorca”, *MAYURQA. Revista del Departament de Ciències Històriques i Teoria de les Arts*, 16, pp. 195-220; OBRADOR i ADROVER, A. (1999), *La Medicina i*

testimonios directos que no hayan pasado por el tamiz de la pluma literaria, culta o popular. Un ejemplo de la experiencia sobre la enfermedad y la relación con los facultativos se encuentra en *Un recuerdo de sa febra marilla que reiná a Mallorca l'añ 1870 per un que va estar fortament afectat, dins es barrios de Santa Creu* (1871). Se trata de un texto escrito a modo de glosa que describe el ambiente de la ciudad de Palma durante la epidemia de fiebre amarilla de 1870, calificada como “tifus maligna y cruel” (p. 3) y de la que tenían conocimiento ya que estaba afectando a áreas de la Península. Relata las primeras medidas tomadas por el consistorio (p. 5) y el ambiente dentro del barrio acordonado:

*Feu arreglar al moment
Unas covas grandiosas,
Y també molt espayosas
Pes primer campament.*

*Tot duna aquí trasladá
Aquellas familias probetas
Que tenguent poques pesetas
No es pogueren alluñá.²²⁷*

La experiencia del autor, –el único superviviente de una familia extensa–, nos muestra la tristeza y el dolor por la muerte de sus familiares y el profundo desasosiego del tránsito por los distintos campamentos habilitados por las autoridades. La glosa describe la visita de los facultativos: en un primer momento y a petición de la familia fue el doctor Nofre (Onofre) Cepeda quien los visitó:

*Ell totduna hem va polsá
Y examinantme molt bé
Demanant ploma i papé
Inmediatament va receptá.²²⁸*

el llenguatge popular a Maallorca. El Cançóner, Discurs llegit el 16 de febrer de 1999, Palma, Reial Acadèmia de Medicina i Cirurgia de Palma de Mallorca.

227 [El consistorio] hizo arreglar inmediatamente/Unas cuevas grandiosas/Y también muy espaciosas/Para el primer campamento. Enseguida aquí se trasladó/A aquellas familias pobres/Que por tener pocas pesetas/No pudieron alejarse [traducción propia].

228 Enseguida me tomó el pulso/Y examinándome muy bien/Pidiendo pluma y papel/Inmediatamente recetó [traducción propia].

Los versos también manifiestan la ambivalente relación entre la sociedad y los médicos²²⁹; en ellos se afirma que a pesar de la repugnancia que le provocaban las medicinas recetadas (p. 7).

*No tenia pó à ses gotetas
Que molts deyan que matavan
Y que es metjes les donavan
Per poré cobrar mes pesetas.²³⁰*

Una vez acordonado el barrio de Santa Creu, la asistencia facultativa pasó a manos de los médicos designados por el ayuntamiento (Escalas, Siquier y Gelabert), quienes visitaban a los enfermos dos veces al día y cuya práctica, en el caos que suponía la epidemia, se describe como consoladora.

Contamos, también de manera testimonial, con la opinión de los propios médicos. Así, en el discurso *Recuerdos de juventud de un médico viejo: momentos y figuras* pronunciado por José Sampol Vidal²³¹, en 1956, en el Colegio Médico Provincial de Baleares con ocasión del homenaje que le rindieron en el 80 aniversario de su natalicio. El autor repasa la vida médica de finales del siglo XIX y describe, no sin cierta nostalgia, el encuentro entre el médico y los pacientes. La cita es larga, pero merece la pena su transcripción puesto que con un resumen podríamos correr el riesgo de perder la frescura y el trasfondo originales,

“...el médico era siempre UN SEÑOR, que, por más que no vestía levita, ni tocaba chistera, era considerado, respetado, y estimado por todos, pobres y ricos, estudiosos o ignorantes. Su entrada en el domicilio del enfermo era un acto serio,

229 Esta es la descripción que aparece de los médicos en un poema titulado *Hàbit no fa monja* de la publicación satírica mallorquina del siglo XIX *L' Ignorancia* (nº 56): *¿Veis aquell tan estirat?/Diu que té es titol de metge/Digauli ¿ahont esta es fetge?/y vos responderá: en es cap/Que vos fassa una sangría/Y vos puñira en es nàs/Però d'axò no'n fa cas/Y sab molta cirugía/Molts han dit/Que ja te molt de partit/Però hàbit no fa monja/Ni tampoch mussa canonge.../Tan se val!...* [¿Veis aquel tan estirado?/Dice que tiene el título de médico/Decidle ¿dónde está el hígado?/y os responderá: en la cabeza/Que os haga una sangría/Y os golpeará en la nariz/ Pero de eso, ni caso/Y sabe mucha cirugía/muchos han dicho/que tiene mucho partido/Pero el hábito no hace al monje/y tampoco muceta canónigo/qué más da... [Traducción propia].

230 No me daban miedo las gotitas/Que muchos decían que mataban/Y que los médicos recetaban/Para poder cobrar unas pesetas [traducción propia].

231 José Sampol Vidal (1876-1961), médico, político y escritor. Socio de número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca. Especialista en tocoginecología. Director del Hospital Provincial de Baleares entre 1920-1946. Fue regidor del ayuntamiento de Palma por el Partido Liberal (1905 y 1909), siendo teniente de alcalde. Participó en *La nostra Terra*. Escribió en catalán varias de sus publicaciones: *Esplais-Poesies al vol* (1947), *El Far* (1949), *Pollença* (1953) e *Idees i ritmes* (1960).

muy serio: casi solemne. Revestía caracteres de severo acto religioso, sujeto a estrictos cánones. La luz, desde el sencillo candil al lujoso candelabro o quinqué, siempre dispuesta al menor atisbo. La mejor silla, a punto junto a la cabecera del enfermo. Palangana, jabón y toalla dispuestas, y, aun en las más humildes casas, a punto estaban sobre una mesa papel y tintero (a menudo prestados por algún vecino) para la posible receta.

En medio de un silencio impresionante, interrogatorio del enfermo y familiares. Todo muy sencillo. Inspección. La lengua, pulso, temperatura. (El termómetro comenzaba a ser de uso frecuente). Palpación, percusión, auscultación, directa en general con todas sus ventajas e inconvenientes... Orientación diagnóstica lo más racional y acertada posible. Tenida por acertada por la familia. La duda cristalizaba quizá en la mente del médico, mas, la aseveración manifestada por este era para el paciente y *entourage*, artículo de fe. Cuando el médico lo decía... ¡Debió ser así! Honorarios: UNA PESETA.

[...]

Si tal era la situación del médico en la asistencia a familias humildes, lógico es que mucho mejor fuera el trato que aquel recibía por parte de los clientes de elevada alcurnia (*Botifarres*). En tales casas, el médico era casi siempre un apéndice de la familia. Poseedor de las andanzas y sucesos, contertulio y amigo en el bien y en el mal. Los honorarios generalmente se satisfacían por iguala anual... Una ONZA más o menos pelucona, pero ¡de oro! Amén de los consabidos pavos (plural) y porcella por Navidad; cordero por Pascua de Resurrección, una monumental COCA post puerperal y el *present de les matances*.

El médico de familia era una realidad en todas las casas y para todos los casos, tanto para los exclusivamente patológicos como para los de índole extraña a la profesión. Conocedor de la historia de la casa (había asistido a dos o tres generaciones), sus consejos eran aceptados casi a ciegas, y admitidas sus decisiones como base de actuación en situaciones para-médico-sociales futuras“(Sampol Vidal, 1956: 9-10) (Mayúsculas y cursivas originales).

La dinámica de la visita médica se conoce por los tratados de moral médica aunque como señala Comelles (1998; 2007), posiblemente sus prescripciones obedecían más a un *desiderátum* que a lo que realmente ocurría entre las partes. La *manera de conducirse* con los enfermos y allegados fue objeto de estudio por Félix Janer (1831 y 1847) durante la primera mitad del siglo XIX en su texto *Tratado Elemental Completo de Moral Médica o Exposición de las obligaciones del médico y del cirujano*. El impacto de sus obras es visible en los discursos de doctorado de los años centrales del ochocientos, aunque los estudiantes no lo citaran de manera expresa²³². Nuevamente, ya a finales del diecinueve,

232 El uso del aparato crítico en los discursos de doctorado del ochocientos va instituyéndose hacia el final de la centuria como afirma Miguel Alonso (2003). No obstante, en muchos de los textos consultados, no necesariamente discursos de doctorado, no se alude a personas recientemente fallecidas

Toledo (1897) también refleja la importancia que el texto de Janer tuvo en los ambientes médicos²³³

4.1.1. La práctica de la visita médica, con especial referencia a las visitas a mujeres, niños/as y personas ancianas

El médico adquiriría unas obligaciones respecto a “los enfermos, las personas que les prestan asistencia en sus males y las que se interesan en su suerte por parentesco, amistad o cualquiera otra causa” (Janer, 1847: 64). Se observa, en la mayoría de los textos, que la unidad familiar es el centro de la práctica médica, donde tanta importancia tiene la persona enferma como sus allegados.

Tanto Janer (1847) como Toledo (1897) dan una serie de pautas para realizar las visitas, en la mayoría de las ocasiones haciendo explícito que su contenido está dirigido a los médicos noveles. El precepto que guía la práctica es que el médico debe visitar por igual a ricos y pobres puesto que “el objeto de la profesión es socorrer a la humanidad doliente” (Janer, 1835:149), incluidos los criminales ya que solo a los jueces competía decidir sobre su suerte. Este precepto y el carácter humanitario y filantrópico de la profesión, como se apuntó en el capítulo segundo, es uno de los más tratados en los discursos de doctorado de las décadas de los 50 y los 60 del ochocientos.

La primera visita debía ser distinta a las demás porque en ese primer encuentro el enfermo y los parientes conocerían al facultativo y la primera impresión marcaría la futura relación. Por tanto, era más entretenida y preparatoria que las demás. Janer (1847: 126) explica cómo debía presentarse el médico: la entrada en el domicilio debía hacerse sin timidez ni petulancia, de manera agradable y con la mayor formalidad

o vivas, justificándose con que no era respetuoso.

233 La primera edición (1831) fue ampliada y reeditada en 1847. En el prólogo de 1847, Janer expone que el motivo de la publicación y reedición de su obra era la necesidad de un texto que se acomodara a la enseñanza de esa parte de la medicina, que él mismo impartía. El texto fue aprobado varias veces por las autoridades. La obra se dirige tanto a los médicos como a los cirujanos, a los que considera “comprofesores” de una misma ciencia. En el prólogo, hace una referencia a personas no facultativas “que con su lectura tendrán ocasión de desengañarse de varias preocupaciones sin duda perjudiciales a sí mismas y relativas a la Medicina, y de aprender a discernir y apreciar mejor a los profesores de esta benéfica y sublime facultad” (1847: vi). Como señalan Esteva de Sagra et al. fue un libro de deontología profesional muy conocido en la España ochocentista y libro de texto de la asignatura de “Moral Médica” (Vid. Nota 3, p. 128 de los autores citados). Una ampliación de la obra de Janer en relación a la ética médica puede consultarse en: ESTEVA DE SAGRERA, J. et al. (1990); ORTIZ, T. et al. (1991); LEÓN SANZ, P. (1997).

para captarse la voluntad de la persona enferma, los asistentes e interesados. La amabilidad y la cortesía eran consideradas cualidades necesarias en todas las personas, pero especialmente en el médico puesto que constituían el elemento diferenciador entre dos prácticos con los mismos conocimientos científicos y una garantía para granjearse la confianza. No obstante, el médico debía procurar que su afabilidad no llegara a la “necia afectación, porque esto le [atraería] de seguro la crítica y el ridículo” (Alcaide de la Peña, 1862: 12).

La relación con el paciente fue interpretada por Ustáriz como una lucha dialéctica y de gestos en las que el cliente se proponía poner a prueba al médico apropiándose del él cual “maniquí”. Por esta razón, y siguiendo los mismos razonamientos que el resto de autores, el médico necesitaba.

“[g]ran circunspección y rara habilidad para hacer que todos estos elementos de carácter y de medio social en que el cliente vive se vuelvan en su favor y estén dispuestos a obedecerle ciegamente, y a seguir sus consejos y prescripciones”(Ustáriz, 1883: 23).

Excepto en los casos de amistad íntima o urgencia, el médico “no debe olvidar nunca el precepto que le veda presentarse en sitios donde no sea llamado” (Toledo, 1897: 43) y al ser requerido era su obligación ponerse en antecedentes de las personas que le solicitaban puesto que, en algunas ocasiones, el médico también tenía el derecho de negarse a acudir. Como se verá en los expedientes de denuncia por impagos de honorarios, esta potestad que se arrogaba fue esgrimida por los académicos palmesanos en defensa de los facultativos cuando fueron consultados por la autoridad competente.

El médico, siguiendo el precepto de Hipócrates, debería hacer las visitas sentado frente al enfermo de manera que pudiera verle la cara y observar bien todos los gestos y movimientos. Esta observación no es baladí si nos atenemos al comentario que hace Janer al respecto de esta posición “porque el entendimiento se asemeja más a la quietud habiéndose siempre obligado a estar sentados a los jueces y consultores” (p. 127). En contadas ocasiones se recogen opiniones sobre la indumentaria del médico, señalándose la importancia del aspecto exterior aunque

“La limpieza en la persona y traje del médico es otra de las cosas que le granjean

en gran manera la estimación de sus clientes; así como una excesiva pulcritud y *afeminación* le rebajará de seguro ante los ojos de todos” (Alcaide de la Peña, 1862:12) (énfasis añadido).

Estos aspectos del *self* del médico no se circunscriben únicamente a su actividad profesional. Los médicos, mediante sus discursos, promueven una imagen del facultativo como “persona” cuya profesionalidad se extiende a todas las actividades cotidianas. La profesión comporta un estilo de vida y

“El teatro, la música, la poesía y demás lugares de distracción y recreo [son] permitidos no sin menoscabo de nuestra dignidad ni de nuestra reputación, pero no exhibiéndose en tal grado, que haga nacer la duda de que somos más amantes de la diversión que de nuestro sacerdocio, más gustosos del placer que del estudio, porque en ese momento, el crédito que a fuerza de años hayamos conseguido es fácil que zozobre (...) en perjuicio de nuestros intereses” (Ustáriz, 1883: 15-16).

El interrogatorio médico debería realizarse siempre teniendo en cuenta el nivel de instrucción de los pacientes o de sus allegados, sin hacer preguntas sobre cuestiones manifiestas y no inquiriendo sobre las innecesarias, con “preguntas claras, sencillas, acomodadas al carácter, capacidad e inteligencia del enfermo o del que haya de contestarlas” (Janer, 1847: 167), escuchando con atención y paciencia las respuestas de enfermos y/o asistentes. En algunas ocasiones, advierte Toledo (1897: 47), era conveniente que los enfermos relataran los síntomas observados en la dolencia, limitándose el práctico a encauzarlos si se desviaba o a contenerlos si eran difusos. Lastres y Juiz afirmaba que el médico tenía la obligación de escuchar siempre al enfermo con una religiosa atención aunque conociera su dolencia:

“[e]s un deber para él [médico] escuchar bondadosamente al enfermo, algo prolijo siempre en la enumeración de los accidentes que en sí mismo observa. De Gérando [...] dijo “Saber escuchar al que sufre ¿no es consolarle en parte’ [...]” Al que padece se le figura que por esta religiosa atención al médico se identifica con él, participa de sus dolencias, y esta creencia es a la vez dulce consuelo y una preciosa esperanza” (1864: 18).

Una vez terminado el interrogatorio, se llevaban a cabo las exploraciones necesarias procurando que la persona enferma venciera sus prejuicios mediante la suavidad del médico. Los autores prestan especial atención a las personas presentes en la visita y por esta razón recomiendan que el rostro del médico “sea una máscara impenetrable”

de todo lo que percibe y piensa ya que la discreción, la prudencia, las formas, la manera de actuar y los gestos eran juzgados inquisitivamente cuando los ejercía un médico.

En las órdenes y prescripciones del facultativo, este debía hablar con cuidado dejando de exponer el mal y su naturaleza, así como de dar razón de los motivos de sus disposiciones hablando solo en términos generales de los efectos saludables producidos; todo ello en aras de una mayor autoridad facultativa. Sin embargo, como señalan los autores, no era lo mismo una persona docta que una ignorante, a la cual debían decir poco o nada de la naturaleza del mal y las prescripciones. No obstante, esta diferencia de trato, según Félix Janer y Eduardo Toledo, solo tenía una explicación: la obediencia de las órdenes del facultativo y poder obrar con entera libertad ya que esta era una

“[c]onquista moral que es tanto más difícil cuanto que ignoramos en absoluto el modo de ser y de pensar de la persona para cuya asistencia somos llamados. La amabilidad y la naturalidad al presentarse contribuirán sin duda alguna a realizar esa conquista desde la primera visita” (Toledo, 1897: 44).

Las prescripciones facultativas debían hacerse con toda claridad para que la persona encargada de llevarlas a cabo no cometiera errores²³⁴. Toledo advierte de que el médico nunca debía perder de vista la posición social de los enfermos puesto que podría incurrir en el grave error de hacer prescripciones que por falta de medios no se cumplieran:

“Nada más cruel, en efecto, que decir en casa de un jornalero: “Basta que usted se alimente bien para salir adelante. Lo que usted necesita es mucha carne...” Hemos oído mudos de asombro las palabras transcritas cuando estudiábamos Patología” (p.50).

Y recomendaba que ciertos consejos fueran acompañados de una moneda.

Toledo critica el “aire misterioso que debía adoptar Artemis la Sibila para pronunciar las sentencias del oráculo” (p. 45) u otros ademanes del facultativo puesto que, según su opinión, “[son dignos] del que fía más el efecto escénico que de su valer científ-

234 En relación con la función de los asistentes de los enfermos, y a título anecdótico, sirvan las indicaciones que daba Lucas Antonio Palacio en *Secretos raros de artes y oficios: obra útil a toda clase de personas* (1839): buena constitución física para resistir la fatiga; apacibles en palabras y acciones pero no débiles; firmes sin ser duros, ni inflexibles; discretos; limpios; vigilantes y sobrios; ejecutar puntualmente lo que manden y aconsejen los facultativos” (p. 102).

co”, tildándolos de ridículos. Tanto Janer como Toledo recomendaban moderación en todos los sentidos, especialmente en la elocuencia del práctico, al que recomendaban ser comedido y sobrio puesto que la verbosidad exagerada podía llevar a la comparación con los charlatanes. La medicina como ciencia no debía ser un arte de conjeturas y, según Ustáriz (1883), el médico debía ser muy cauto al emitir un pronóstico o diagnóstico para evitar arruinar su reputación con las equivocaciones, especialmente al principio de la carrera. También censuraba la conducta de aquellos que emitían pronósticos fatales; e incluso del mismo día de la muerte.

El facultativo no podía distraerse durante la visita, que sería siempre de una duración “proporcionada”, advirtiendo que las prisas eran pura afectación. Tanto Janer como Toledo establecen las normas de comportamiento para un tipo de medicina y un tipo de clientela con recursos económicos. Por esta razón, Janer opinaba que cuando el médico prolongaba la visita, –por necesidad o a petición de la persona enferma o de los allegados–, debía comportarse de manera modélica, especialmente en la mesa.

El orden de las visitas también fue motivo de exposición. En primer lugar los casos más graves y luego los restantes, con mayor número de visitas en las enfermedades agudas (mañana y tarde) que en las crónicas. En los casos graves, Janer afirma que el médico pondría mayor cuidado y el número de visitas sería mayor, avisando a los parientes sobre el verdadero estado del enfermo a fin de que pudiera “arreglar negocios espirituales y terrenales”, y también para salvar la reputación del facultativo “[librándole] de la acusación de ignorancia o engaño” (p. 224). En algunas ocasiones opinaba que debía comunicarlo al “doliente” para que pudiera arreglar sus asuntos. La comunicación de la gravedad, por otra parte, podía predisponer a los allegados a solicitar otras diligencias o consulta con otro médico, de cuya posibilidad el facultativo tenía la obligación de informar a la familia. No obstante, Toledo opina que la comunicación de situaciones de peligro “inmediato o remoto” debía realizarlas un familiar o allegado justificándolo con que la notificación hecha por el facultativo “arranca de cuajo la última esperanza”. La faceta consoladora del médico y su “misión sacerdotal” afloran en el discurso de Toledo²³⁵ cuando afirma que se debería adoptar la costumbre de

235 Referencia que Toledo posiblemente tomaba del médico Hufelan (1762 – 1836) puesto que los estu-

acompañar a los familiares y allegados a los entierros ya que:

“Nadie mejor que el médico, por sus estudios y por su experiencia, puede prodigar verdaderos consuelos y restañar la herida (...) con el bálsamo bienhechor de sus consuelos” (p. 58).

El médico debía estar adornado con la cualidad de la veracidad y confesar a la persona enferma y a sus comprofesores sus limitaciones o errores para enmendarlos y alcanzar el fin último de la medicina: curar o aliviar.

Toledo (1897: 53) ante la supuesta exigencia de las familias por concretar las horas de visita se muestra tajante en no acceder a tales deseos puesto que, según el médico madrileño, constituía un abuso. Ante esta actitud de la clientela, Toledo sugiere excusar la falta de puntualidad con el pretexto de que a la misma hora se les exigía en otros domicilios. Como puede apreciarse, el afianzamiento de la autoridad médica es indicativo de que la profesionalización del médico se encuentra en el paso de profesión de estatus a profesión ocupacional (Elliot, 1975; Johnson, 1972).

El médico también tenía derecho a abandonar al paciente en situaciones muy precisas:

- Cuando no se ejecuten sus prescripciones.
- Cuando el enfermo tome medicinas prescritas por “mujercillas o curanderos” (Janer, 1847: 142).
- Cuando el enfermo o allegados den muestras de desconfianza “porque sin ella difícilmente podrá curarlos, ya porque así evita el bochorno de verse despedido” (Janer, 1847: 143).
- Si se ha llamado a otro facultativo puesto que, según Janer, vulnera el honor de médico y tampoco reporta ningún bien al enfermo la visita del médico.
- Por insultos.

Toledo opina que el facultativo “no mira más que por el bien del enfermo” y debía ser transigente con todos y guardar respeto por las creencias ajenas, obviando religiones y nacionalidades,

diantes de doctorado también se refieren a este precepto moral citando al médico alemán.

“Si el creyente... más diré, si el fanático implora a Dios con fervor y solicita al médico con premura ¿no reparte su fe entre Aquel y nosotros? [...] Interponerse entre el sacerdote y una conciencia es un atentado a la libertad de pensamiento” (p. 56).

El médico debía visitar con “seguridad” (*medicar seguramente*) –siguiendo los preceptos de Hipócrates–, aliviar y no hacer daño. Hacerlo con prontitud e inculcar a los enfermos y allegados la necesidad de acudir en busca del facultativo sin demora y no visitar a los intrusos. Y, añade Janer (p. 272), debe conjugarse la seguridad y la prontitud con el *gusto de los enfermos* (*curar agradablemente*), siempre que fuera posible. Resumiendo, el médico en su función científica y “sacerdotal”

“[n]o llena cumplidamente sus deberes si, prescindiendo del modo, dirige todos sus esfuerzos exclusivamente al restablecimiento de la salud perdida; ya Asclepiades de Bitinia dijo ciento cincuenta años antes de nuestra era, que los enfermos debían curarse no solo con prontitud y seguridad, sino también con agrado: *citó, tutó et jucandé* (sic). Además todos los días se repite entre nosotros la máxima de Horacio en la carta a los Pisones: *sit modus in rebus*.

La conciencia del médico no puede quedar tranquila, cuando atento a solo cubrir las indicaciones, que la enfermedad presente, por los medicamentos recomendados por la ciencia, se olvida en la práctica de la debilidad y pasiones de la naturaleza humana; debe tener siempre en cuenta que el hombre, siendo compuesto de espíritu y materia, necesita a la vez de medicamentos físicos para el cuerpo y remedios morales para el alma” (Torre de Castro, 1864: 28-29).

Los médicos, sin embargo, no concebían la “humanidad doliente” conformado por un todo homogéneo, sino por seres “que por la particular naturaleza de sus males, exigen algunas diferencias en el modo de asistirlos y curarlos” (Janer, 1847: 188). Estos pacientes, opinan los autores, obligaban a hacer uso de la simulación médica y a practicar curaciones artificiosas mediante varias de las siguientes “estratagemas”: ocultar la verdad, en muchas ocasiones; disminuir el peligro de la situación, hacer operaciones sin prevenirles; prescribir una cosa y aparentar que toman otra; mezclar los remedios con las bebidas y comidas para que no lo supieran. Todas estas “estratagemas” no tenían, según los médicos, más finalidad que hacer bien a los pacientes y era imprescindible avisar siempre a los asistentes y parientes para que su cumplimiento fuera exacto exculpando, de este modo, al facultativo si estas no surtían el efecto deseado (Janer, 1847: 191).

Algunos de estos seres con “particular naturaleza” fueron las mujeres. El médico, apuntan tanto Janer como Toledo, siempre debe tener en cuenta la naturaleza de la mujer, que se describe como de “imaginación viva y gran susceptibilidad”, para tratar las siguientes etapas: virginidad, embarazo, puerperio y lactancia.

Los facultativos aconsejaban disminuir la gravedad de las enfermedades “puesto que ellas las aumentan”, ocultar el peligro y recetar medicinas de agradable sabor. Todo ello, según Toledo con un comportamiento en el que “caminaremos con pies de plomo, sin dar al olvido que las mujeres no son más que niñas grandes” (1897: 63).

El interrogatorio con las mujeres solteras exigía circunspección, sagacidad y dotes adivinatorias para llegar a deducciones a partir de los gestos, miradas y actitudes de las enfermas puesto que algunas preguntas podían ofender su pudor. El embarazo de las solteras constituía un “momento azaroso” de la vida profesional del facultativo, que bajo ningún concepto debía anunciar hasta tener la seguridad absoluta del estado puesto que “[iba] a causar a esa familia una desgarradura en el corazón” (Toledo, 1897: 64). El aborto no se contemplaba ni siquiera bajo amenazas de la familia y si era necesario, advertía Toledo, “intimidadla con el Código o decidle que no está embarazada”. Por su parte, las enfermedades venéreas que pudiera observar en la mujer casada, independientemente de su causa, debían ser objeto del más estricto secreto profesional. Ustáriz (1883) señalaba que el trato para con la mujer debía ser siempre respetuoso, incluso para con las “fáciles y degradadas”.

La cloroformización y el hipnotismo no debían practicarse nunca en una mujer sin la presencia de una persona “de todo respeto”. Además, los reconocimientos, la palpación y auscultación de ciertas regiones y “hasta la simple aplicación del termómetro” en las pacientes suponía obrar, según Toledo, con extrema delicadeza para poner al práctico fuera de toda sospecha puesto que “Demándanlo de consuno la majestad augusta de la Ciencia y el honor de caballero. *Oculos continentes et manus abstinentes medicus habeat oportet*” (p. 38) (Cursiva original).

Toledo advierte sobre la mujer que, como apuntó Hipócrates, en todas debía sospecharse algo de histerismo; ante este tipo de enfermas siempre debía acudir a la mente

del práctico el juramento hipocrático porque

“El médico no debe olvidar un solo instante cuando se halle expuesto a ciertas seducciones, que es el sacerdote de una ciencia, que los sacerdotes hacen voto de castidad” (p. 39).

Finalmente, Vaca y Mesa (1853) en un discurso de doctorado en el que presenta al hombre y la mujer con los mismos atributos intelectuales y físicos necesarios para el “desarrollo del ingenio”, consideraba que uno de los deberes profesionales del médico en su relación con las enfermas era “el respeto y la atención que son debidos a la ternura maternal”.

Respecto a los niños y niñas, Janer los calificaba, junto con las embarazadas, como los pacientes más arduos especialmente por las interferencias de las mujeres, que se arrogaban los saberes puericultores y pediátricos. Sin embargo, según Janer aunque la ciencia médica avanzara lentamente en cuestiones pediátricas, cualquier médico tenía más conocimientos que las mujeres.

Toledo (1897) muestra un discurso en el que la medicalización de la infancia es ya una realidad, a pesar de intentar rebatir la idea de muchos médicos sobre la dificultad de curar a los niños. Expresa su preocupación, como Janer, por la intromisión, en este caso, de las comadres y especialmente de los curanderos a los que acusa de ensayar sus remedios en ellos. La manera de actuar ante estos “interesantes enfermos”, como los denomina Toledo, consistía en hablar y pensar como ellos y utilizar el lenguaje severo solo en las ocasiones extremas. López Aparicio (1913) consideraba que si en la visita a niños o niñas se detectaban malos tratos, abusos o síntomas de inanición debía avisarse a los padres o a la policía si los autores eran los progenitores.

Según Toledo, la asistencia de las personas ancianas exigía de las mismas condiciones que para con los niños. Aconsejaba frases más comedidas, más persuasivas y “poseer un gran conocimiento del corazón humano para buscar en él las fibras que aún no se hayan secado” (p. 62), siendo muy deferentes en ciertas exigencias para que las prescripciones facultativas fueran obedecidas.

Estas descripciones obedecen a las prescripciones que hacían los médicos. En los siguientes apartados se aborda esta práctica médica en el contexto mallorquín.

4.1.2. La praxis en Mallorca

Los tratados de Moral Médica, o el texto de Sampol Vidal (*vide supra*) privilegian la visita del médico en el domicilio del paciente. Sin embargo, las fuentes documentales mallorquinas permiten hacer una descripción más amplia y variada de la praxis médica que corrobora el cambio de espacio asistencial y el control de los profesionales sobre sus condiciones de trabajo con el desplazamiento hacia una visita en el medio hospitalario –preferente en las personas con pocos recursos– y, posteriormente las clínicas, de temprana tradición en la isla.

Los facultativos distinguen varios servicios, que con posterioridad se normativizarán, por ejemplo, en las tarifas de honorarios (1889) y en las *Normas de Deontología Médica* de 1921. Dos son las prácticas por excelencia de la praxis médica en la Mallorca del ochocientos: la visita a las personas enfermas y las consultas o juntas médicas.

Como he comentado, la visita domiciliaria es la más habitual y con ella se confirma la importancia de la familia o allegados en el proceso de salud/ enfermedad/ atención. Eran habituales en los casos graves, partos o cuando debía realizarse alguna operación, como lo atestiguan las fuentes documentales.

Los médicos distinguían tres tipos de visita cuyo significado varía con el tiempo. La visita ordinaria era la que se celebraba entre las 8 de la mañana y las diez de la noche; la extraordinaria era la verificada entre las seis y las ocho de la mañana, y las diez y las doce de la noche. Finalmente, las visitas urgentes o las que fijaban los enfermos o familiares según su conveniencia que se pagaban a precio de entrevista, a saber, el doble que la visita ordinaria²³⁶. En las *Normas de Deontología Médica del Colegio Provincial de Médicos de Baleares* de 1921, se distinguía la visita ordinaria, es decir, “la que hace el médico a la hora acostumbrada siendo esta de 8 de la mañana a 9 de la noche; extraordinaria, la que obliga al médico a alterar la ordenación de su visita; y nocturna,

²³⁶ *Tarifa aprobada por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca*, regla 2ª, 19ª y Reglas aclaratorias aprobadas en noviembre de 1888 y publicadas en 1889.

la solicitada de 10 de la noche a 7 de la mañana” (p. 5).

La noche pasada a la cabecera del enfermo también forma parte de este catálogo de servicios y debió tener, como se desprende de la documentación, una gran importancia. El cuidado nocturno que prestaba el facultativo podía obedecer a dos circunstancias: a la decisión del práctico o a petición de las familias. Como se verá en las tarifas de honorarios del próximo apartado, su precio era considerable.

La tendencia del médico a controlar sus condiciones de trabajo queda patente en la relación médico-cliente en las sociedades de socorros mutuos. En este caso, el socio debía avisar “al facultativo con la oportunidad debida y según las horas de despacho que tenga señalada para que el servicio pueda prestarse con el mayor esmero”²³⁷. Toledo (1897), como se ha expuesto, advertía de la necesidad de no permitir que el cliente/paciente fuera quien programara las horas de visita. Por otra parte, la *Tarifa* de 1889, en su regla 20^a, establecía que “Las vistas urgentes y aquellas para las cuales fijen horas los enfermos o sus familias, se pagarán al precio de entrevista”. Estos mecanismos de control pueden entenderse como parte de la profesionalización de la medicina del siglo XIX en el sentido aportado por Elliot (1975).

Las fuentes, no obstante, recogen la práctica de las visitas en el despacho del facultativo en las que en algunas ocasiones también se celebraban consultas o juntas de médicos. Este fue el caso del paciente Cañellas²³⁸, operado de cataratas en ambos ojos en 1842. La decisión de llevar a cabo dicha operación la tomaron dos médicos en junta: Juan Bauzá como médico de cabecera y J. Jaume como consultor. La consulta médica ha sido estudiada por Pilar León (2002a; 2002b) y Martínez-Vidal y Pardo (2002) para el setecientos español y tanto su tarificación, escrita en la *Tarifa*, como su regulación en las *Normas de Deontología* de 1921 prueban la importancia de esta práctica en el ámbito balear. La celebración de las juntas médicas indica la manera de trabajar conjunta de los médicos mallorquines, una cooperación que también se verifica en las interven-

²³⁷ Libro de Actas del Colegio Médico-Farmacéutico, sesión extraordinaria del 22 de diciembre de 1891, (COMIB).

²³⁸ Expediente formado con motivo de un oficio del Sr. Juez de primera instancia de este partido en que pide que esta corporación inspeccione el estado de los ojos de Mateo Cañellas conductor del predio de Son Salas y dé su dictamen sobre los extremos que abraza dicho oficio (1844), (ARAMIB)

ciones quirúrgicas, como el caso del referido Cañellas cuya operación de cataratas fue realizada por Bauzá y un ayudante, Bernardo Torrendell, licenciado de tercera clase²³⁹ con la presencia de J. Jaume, que no participó activamente en la intervención.

La documentación consultada permite apuntar algunas características del modo de trabajar del médico mallorquín del ochocientos. En primer lugar, se infiere la falta de sistematización documental del trabajo médico puesto que en la mayoría de los casos –por denuncias de impago– los médicos son incapaces de aportar documentación que verifique el número de vistas o el historial clínico del demandado. Sirva como ejemplo el caso de Pedro José Bennáser, que interpuso una denuncia por impago a Carmen Oliver. El juez de Primera Instancia solicitó el dictamen “prudencial” de la Academia sobre los siguientes puntos:

1) Montante de los honorarios de tres años consecutivos por la atención y curación de una persona con una afección

“[d]e carácter hepático con úlceras en los pies y las piernas que tenían al paciente imposibilitado de andar, siendo las visitas dos diarias y practicando el facultativo cada vez la curación de pies y piernas en las que invertía, a lo menos, media hora.”²⁴⁰

2) Determinar “si es posible, de manera prudencial y aproximada” cuántas veces redujo el facultativo la herida de una hernia inguinal y cuántas tuvo que sondarle por la retención de orina.

3) Número de visitas urgentes y a horas “desusadas” durante tres años.

Puesto que no conocemos el contenido del oficio, no podemos afirmar si el médico demandante aportó estos datos al juez y que el requerimiento hecho a la Academia no fuera más que un trámite para contrastar las cantidades devengadas. En cualquier caso, y por la imprecisión y vaguedad documental de los oficios consultados, se pue-

239 Bernardo Torrendell o Torrendell también es citado como “aventajado oftalmólogo”. Murió, como recoge la reseña de los trabajos de la Real Academia de 1866, durante la epidemia de cólera de la capital en 1865.

240 *Copiador de informes dados por la Academia*, 20 de abril de 1888, al juez de Primera Instancia del Distrito de la Catedral, (ARAMIB).

de constatar una falta de sistematización documental del encuentro entre médico y paciente, que José Sampol Vidal (1956) también dejó patente para el ámbito hospitalario.

Las asociaciones médicas, especialmente el Colegio Médico-Farmacéutico o la Academia Quirúrgica de Mallorca, tuvieron como uno de sus objetivos contribuir a la adquisición de material quirúrgico y ponerlo a la disposición de sus socios puesto que su elevado coste hacía prácticamente imposible su adquisición a nivel individual. Por su parte, la Real Academia –posiblemente amparada en la costumbre– establecía unas normas que amortiguaban el elevado coste del instrumental, habida cuenta del escaso número de intervenciones que debieron practicarse en la isla. El caso de Gabriel Bibiloni, médico-cirujano, contra Magdalena Tous permite que se conozcan algunos de estos supuestos mecanismos²⁴¹.

Magdalena Tous fue denunciada por el impago de honorarios de una operación de fístula ovárico-vaginal, “una de las que se practica muy raramente y para la que se necesitan instrumentos especiales que es muy posible que el médico Bibiloni no tenga ocasión de volver a emplear en toda su vida”. El precio de los instrumentos ascendía a 129.75 pesetas, un importe que la paciente debía pagar en su totalidad si quedaban en su poder, o bien un importe de 75 pesetas si quedaban en propiedad del médico. Este punto, sin embargo, no estuvo exento de discusión como demuestran las actas de las sesiones académicas. Domingo Escafi consideraba que la paciente debía abonar el importe si se negaba, sin motivo, a someterse a la operación pero no si se restablecía de esta. La postura de Frontera, Darder, Muntaner y Ribas era que la enferma debía pagarlos aunque fuera operada con éxito²⁴². La importancia del “feliz éxito” de las operaciones queda de manifiesto en este caso y, como veremos más adelante, era una cuestión clave a la hora de emitir la minuta de honorarios.

La práctica de la cirugía la conocemos por el escrito de José Sampol Vidal quien, no sin cierta socarronería, nos describe su vida como estudiante en el Hospital General

241 *Ibidem*, febrero de 1888, al juez de Primera Instancia del Distrito de la Lonja.

242 *Libro de Actas de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma*, sesión ordinaria de 30 de noviembre de 1881, (ARAMIB).

mallorquín en los albores del siglo XX. Respecto a las intervenciones, escribe Sampol (1956: 18):

“La práctica de una intervención, de una *Operación* (en Mayúscula) era cosa muy importante en la vida del Hospital. Hay que tener en cuenta que cuanto más se practicaban una o dos intervenciones mensuales (talla perineal, amputaciones de miembros, de mamas, etc.). La cirugía abdominal brillaba por su ausencia, pero, así y todo el día anterior de la cosa, se comunicaba la hora designada a los cuatro facultativos de la Casa para su asistencia como ayudantes. ¡Mañana hay operación! ¡Día grande! [...] De cloroformizador, digo de cloroformizador, no anestesiaba (nunca conseguí ver un paciente completamente anestesiado) actuaba D. Jerónimo Ripoll, único médico del Manicomio Provincial. “Jeroni – decía Jaime Matas – a ver si es posible que el paciente se esté quieto...” “No es posible conseguir más”, contestaba D. Jerónimo mientras el personal subalterno bregaba por dominar el periodo de excitación... [...] “Tendré que dejarlo – decía D. Jerónimo – no me encuentro bien” Y es que su técnica se limitaba a verter, gota a gota el cloroformo sobre la cara exterior de la mascarilla, y ¡claro...! El paciente no se anestesiaba, pero el cloroformizador *se mareaba*” (cursivas originales).

El relato de Sampol es la crónica del choque de dos mentalidades médicas. En su descripción del Servicio de Cirugía para hombres, se advierte la inexistencia de la especialización médica²⁴³ a excepción del Servicio de Venereología donde los enfermos, los *picadores* – mote que aplicaban los facultativos – , recibían tratamientos consistentes en “los imponentes bolos de cobaida y cabebas, las fricciones mercuriales, las píldoras de Dupuytren y el licor de Van Swieten” (1956: 14).

Sampol, como también denunciara Riera en las páginas de la *Revista Balear de Ciencias Médicas*, hace mención a la asepsia “[que] en el verdadero sentido de la palabra, era desconocida y por lo mismo, no practicada” (p.15). La desinfección se practicaba con agua fenicada que el *topiquero* – “el sirviente distinguido” – transportaba por las salas de cura siendo suministrada con esponjitas, utilizadas para todos los enfermos. La indumentaria del médico y su manera de trabajar también fueron objeto de descripción del Sampol:

“Yo llegué a presenciar todavía cómo D. Antonio Frontera practicaba la talla perineal por calculo vesical [...] llevando el instrumental necesario (Litotritor, dilatador, etc.) sin esterilizar, por supuesto, y con magníficos mangos de ebonita, colgado del cinturón de su impecable blusa blanca, de donde tomaba lo necesario

243 La oftalmología es la única especialidad médica a la que se suele hacer referencia en los escritos mallorquines. Sampol Vidal cita a Juan Munar y a Miguel Bennassar como exponentes de dicha especialidad (p. 23).

y a donde los devolvía luego de empleados, dispuestos para ulteriores necesidades” (1956: 17).

Según Sampol, la asepsia se impuso con la llegada de Luíís Frontera en 1905 y contra “la incomprensión y risita sarcástica del personal subalterno [...]. Pura incomprensión crudamente condensada en la cortante frase [...] en un momento explosivo del *exagerado* fervor aséptico de Luis Frontera...” *Sebastián (Mi padre [practicante]) ¿Saps què són això...? ¡Virgaries...!*” (p. 21) (cursivas originales).

Las actas de la Real Academia permiten conocer algunas de las prácticas médicas de sus socios. Por ejemplo, en 1896²⁴⁴, Sancho expone un caso de traqueotomía, la primera realizada en la capital de manera totalmente satisfactoria. Se trataba del caso de la hija de un médico –que las fuentes no citan– el cual, junto a otros facultativos, quiso hacer un tipo de intervención pero que acabó en traqueotomía porque la vida de la niña estaba en peligro. Esta operación se había realizado en varias personas, con final mortal, aunque la muerte la achacaran a la difteria y no a la operación. El acta refleja la opinión de los médicos respecto a los temores de la población ante este tipo de intervenciones y lo que podríamos llamar experimentación²⁴⁵. Tomás Darder celebraba el éxito porque “alentará” a las familias a realizar estas operaciones y por tratarse de un compañero muy querido. Sancho, como el resto, manifestaron que el caso expuesto no era más que una contestación a las familias sobre la argumentación de que ninguna traqueotomía se hubiera curado. En las actas no consta, en ningún momento, el nombre del médico y de su paciente, es decir, de su hija.

Como he señalado, el atraso que percibían los cirujanos sobre las técnicas y procedimientos operatorios del Hospital palmesano fue denunciado en las páginas de la *Revista Balear de Ciencias Médicas* en 1887 y 1888, en ambos casos por Guillermo Serra. En la primera ocasión publicó una serie de artículos bajo el título *Algunas consideraciones sobre el estado de la cirugía en esta isla*. Serra enumera las técnicas y procedimientos

244 *Libro de Actas de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca*, sesión de 28 de abril de 1896, (ARAMIB).

245 La experimentación en personas muy allegadas no era una práctica aislada. Las memorias de la Academia Médico-Práctica mallorquina (1788-1800) ya relatan las primeras inoculaciones contra la viruela en los propios hijos de sus autores.

que, en su opinión, dieron “raudo vuelo” a la cirugía y se lamenta de una situación mallorquina que califica de “lamentable retraso” preguntando

“¿Qué ovariectomías, histerectomías, ooforectomías, toracotomías, traqueotomías, grandes resecciones u otras operaciones de igual o parecida importancia hemos visto practicar?

¿Qué uso se hace de la cura de Lister?

¿Cuándo y por quién se emplea el galvano-cauterio, por ejemplo, y otra porción de instrumentos y aparatos modernos que simplifican grandemente el manual operatorio y reducen de mucho los peligros inherentes a toda operación?”²⁴⁶

La segunda denuncia fue consecuencia de una carta publicada en el periódico palmezano *La Almudaina* “por un distinguido facultativo del Continente” que, si bien elogiaba las condiciones higiénicas del hospital, también se preguntaba la razón por la cual se seguían utilizando procedimientos desechados por la ciencia y no se había adoptado la cura de Lister. Serra juega con la ironía para criticar el elogiado *arsenal quirúrgico* al que hace referencia el firmante de la carta

“[p]ues *aquello* dista mucho de ser lo que debiera para merecer tan pomposo; tanto, que si los cirujanos, saliendo del *dolce far niente*, intentaran cualquiera de las operaciones modernas, que hoy se practican con harta frecuencia en muchos hospitales de menor importancia, y que aquí no se conocen más que de nombre, trabajo tendrían si no contaban con más instrumentos que el *arsenal* de referencia”²⁴⁷ (Énfasis original).

Parece ser que *La Almudaina* publicó una serie de artículos comentando los conceptos emitidos en la carta referenciada. Serra hace mención al primero de ellos –que por el estilo bien pudiera salir de una pluma médica–²⁴⁸ y destaca que oponerse a los avances técnicos y científicos comprobados y validados “es el colmo de la osadía engendrada por una obtusión [*sic*] de las facultades intelectuales o por una pedantería irresistible”.²⁴⁹

En relación con las Salas de Medicina del Hospital, la exposición de Sampol nos permite constatar la escasa sistematización del trabajo de los facultativos puesto que

246 *Revista Balear de Ciencias Médicas*, nº 13, 1887 (pp.386-387).

247 *Ibidem*, año IV, nº 15, 1888, pp. 484-486.

248 Posiblemente el autor de dichas cartas fuera el propio Guillermo Serra, por la estrecha vinculación que tenía con el periódico *La Almudaina*, como ponen de manifiesto las Actas de Colegio Oficial de Médicos.

249 *Revista Balear de Ciencias Médicas*, año IV, nº 15, 1888, pp. 484-486.

no existía la hoja clínica pero sí un libro de registros de historias que “se llevaba en general incompleto y atrasado” (1956: 20). Los medios de investigación dependían de la exploración directa: percusión, auscultación, termometría “y algún que otro, muy escasos, datos de Laboratorio” (p.22), apunte este último que se puede corroborar en las actas del Laboratorio. La mayoría de los análisis realizados lo fueron a petición de los médicos del Hospital Provincial, siendo una práctica poco extendida entre la clientela privada. Este dato nos presenta el ámbito hospitalario como el espacio más adecuado para el desarrollo de las técnicas médicas y cierto tipo de cuidados. Las actas de la Real Academia de 1887 recogen las impresiones de los académicos respecto a los cuidados prodigados por las Hermanas de la Caridad en el Hospital Provincial y en el Militar. A su vez, eran de la opinión, de que el entorno hospitalario permitía realizar prácticas “imposibles en las viviendas de los pobres”.²⁵⁰

Estas breves pinceladas sobre la práctica médica mallorquina ponen de relieve los cambios acaecidos en la medicina y cómo dichos cambios y avances científicos influyeron en las tareas profesionales y, consecuentemente, en la creación de la identidad profesional, puesto que el conocimiento abstracto, su materialización técnica y aplicación “disponía” en el campo médico diferentes *habitus* y generaciones médicas.

4.2. Los honorarios médicos

Uno de los aspectos más controvertidos en el discurso médico del periodo estudiado es el que hace referencia a los honorarios. Dos son las cuestiones principales que descuellan de la opinión médica. En primer lugar, las fuentes primarias²⁵¹ muestran una tendencia a pasar de puntillas sobre este aspecto, que normalmente se relaciona con la característica médica del desinterés. Asimismo, subyace una circunstancia especial, que los médicos hacen más o menos explícita y que Villacorta Baños (1989) ha analizado desde la perspectiva de la “capitalización de la función profesional”; es decir, su asalarización, claramente representada en las sociedades de socorros mutuos y las igualas. La asalarización de los profesionales liberales, como argumenta este autor, es

250 *Actas de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma*, sesiones del 12/10/1887 y 31/12/1887.

251 Respecto a las secundarias podemos adherirnos a la postura de Anne Digby (1996) que afirmaba que la historia económica de la medicina era, a finales del siglo XX, una asignatura pendiente de la historiografía.

un fenómeno de finales del siglo XIX que afectó a todas las profesiones liberales a pesar de que, como en el caso de la medicina, ciertos mecanismos mantuvieron “la ficción del profesionalismo liberal”²⁵² (1989: 25). No obstante, los médicos experimentaron una incapacidad de control sobre sus condiciones de trabajo totalmente contrarias a la esencia de los ideales del profesionalismo.

El Dr. Janer dedica a los honorarios médicos un capítulo de su obra *Elementos de Moral Médica* (1847), ya comentada. En el capítulo XX, titulado *Del modo de percibir los honorarios*, es posible inferir el origen de las polémicas sobre el cobro de los mismos, así como las razones que argüían los médicos para cobrarlos sin que chocaran los intereses materiales con el desinterés que, supuestamente, debía guiar la vida profesional del facultativo.

La razón primera por la cual los médicos debían percibir sus honorarios era que representaba el sustento de sus familias. Unos honorarios que si hubieran de satisfacer de modo proporcionado el valor del trabajo médico “siendo no menos que la salud y la vida, ningún premio sería suficiente para remunerarlos” (Janer, 1847: 228). Y añade el catedrático que, al igual que a los maestros, solo se les recompensaba por el trabajo, ocupación y servicios ya que el objeto de estos no tenía precio. De este modo, serían las visitas de día o de noche, las consultas, las operaciones, los viajes, el tiempo, la fatiga, el estudio, la preparación, la naturaleza y duración de la enfermedad, la lectura y otras circunstancias “objetivas” las que darían la medida del trabajo facultativo por el cual debían regularse los honorarios.

La regulación de los honorarios, advertía Janer, debía efectuarse siguiendo los principios que marcaba la ley, como habían hecho otras profesiones. Sin embargo, señala que los distintos usos y costumbres de los pueblos y países no atendían más que al trabajo material de los facultativos, apreciando poco el intelectual. La consecuencia, afirma Janer, era que los clientes eran los reguladores de los honorarios²⁵³ médicos,

252 Villacorta Baños se refiere al caso madrileño de las Sociedades Médico- Farmacéuticas. La “ficción del profesionalismo” a la que se refiere el autor hace referencia al porcentaje devengado por individuo o familia asociados. Obviamente, el caso es extrapolable y en el caso mallorquín, según las *Normas de Deontología* de 1921, se pagaba una peseta por socio al mes (p. 19).

253 La relación entre honorario y arte liberal, en el DRAE, data de 1899 y ha perdurado hasta la actua-

contrariamente a lo que habían conseguido otras profesiones, especialmente los abogados. Por lo tanto, uno de los primeros problemas era la falta de criterio y consenso entre los médicos, como podrá comprobarse para el caso mallorquín.

Las alusiones, tanto desde el colectivo de los médicos como desde la percepción social, sobre la filantropía, el humanitarismo, el desinterés y la tradición cristiana del auxilio desinteresado al pobre habían forjado una imagen de gratuidad de la asistencia que, si por una parte ayudaba al médico a construir su identidad, por la otra invalidaba, ante la sociedad, el discurso de sus legítimas reivindicaciones retributivas. Los profesionales eran conscientes de esta ambigüedad discursiva y de las consecuencias que de ella se derivaban en la construcción de su figura profesional y, posiblemente por esta razón, esta cuestión nunca fue tratada en extensión en los documentos escritos²⁵⁴ hasta los inicios del siglo XX. Como ejemplo de este giro discursivo, sirva el caso de la tesis doctoral de César López Aparicio en 1913 titulada *La moral médica* en la que afirma que el desinterés debía ser la marca distintiva del médico “honrado” que no debía renunciar a sus honorarios por dos razones básicas: la primera, para responder a las exigencias de su posición social; la segunda, para satisfacer las necesidades de la vida. No obstante, el médico no debía hacer de su profesión únicamente un negocio lucrativo “evitando de este modo el aparecer ante los ojos de nuestros clientes, no ya como hombres de Ciencia, [...] sino como crueles vampiros ávidos de lucro” (López, 1913: 13) (énfasis original). Los servicios médicos, según el autor, no se valoraban en “precios” sino que devengan “honorarios”. Se debe tener presente, además, la distinción que procuraban hacer siempre los profesionales liberales respecto a los comerciantes e industriales.²⁵⁵

lidad. Con anterioridad a esta fecha, hacía referencia a “Estipendio o sueldo que se da a alguien por su trabajo”. Por su parte, la palabra “salario” vino a significar “Estipendio o recompensa que los amos dan a los criados por razón de empleo, servicio o trabajo” hasta la edición de 1970, en la que desaparece la relación amo-criado y pasa a designar el estipendio por trabajo o servicio de los trabajadores manuales. “Sueldo” se utiliza como sinónimo de salario, “Estipendio de los criados”. En 1844 desaparece el complemento del nombre acabando por significar pago por cuenta ajena. Estas acepciones aportan luz al debate sobre los honorarios médicos puesto que no debemos olvidar que su etimología proviene de la palabra latina *honorarius*, de *honus-honoris*, que significa honor. *Honorarius* (adjetivo) se aplica a aquello que se da a título honorífico, por la consideración o estima. *Honus*, el honor que tiene un cargo o persona. Por lo tanto, sería una retribución “meritoria”.

254 Como se ha indicado en el apartado de *Las fuentes de la investigación*, en el caso de los discursos de doctorado existía una censura. Atendiendo a que eran actos de institución muy concurridos, posiblemente no se permitía mostrar ninguna fisura entre las distintas clases de profesionales.

255 MARTÍN-MORENO y DE MIGUEL (1982: 33-34) apuntan que la distinción entre profesiones liberales e industriales tiene un trasfondo histórico puesto que se consideraban aptas para los hijos

Los profesionales, a su vez, justificaban la necesidad de cobrar los honorarios y su justo valor aduciendo, especialmente a finales del siglo XIX, la necesidad de cubrir los gastos que originaba la nueva manera de practicar la medicina gracias a los avances técnicos:

“[h]oy la vida es muy cara, las necesidades más, las exigencias de las gentes mayores. [Antes] solo necesitaba el médico un traje negro y un bastón de caña de Indias para hacer su visita, y en los actuales [tiempos], aparte del vestido, que ha de variar y ser de moda, el médico necesita termómetro, estetoscopio, jeringas de inyecciones, sondas, termocauterío, aspirador, multitud de instrumentos cuyo coste y conservación suponen desembolsos no pequeños. De otra parte, la biblioteca del médico aumenta el número de sus volúmenes con una rapidez vertiginosa” (Toledo, 1897: 122-123).

Esta temática, central desde el punto de vista del desinterés, irá remitiendo a lo largo del siglo hasta presentar la necesidad y legitimidad del cobro de los honorarios.

4.2.1. La *Tarifa* de honorarios de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma

La regulación de las tarifas de los honorarios profesionales médicos durante el periodo analizado no parece que estuviera en la agenda de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma. Hasta la década de los 80 las noticias registradas en las actas hacen referencia a requerimientos judiciales sobre casos particulares, por lo que se infiere que no había ninguna norma de actuación consensuada entre los profesionales, cuestión que obedece, a su vez, al carácter liberal de la profesión.

En la sesión de 21 de julio de 1857 parece que se nombró una comisión “para que presentara un arreglo definitivo de los honorarios” pero que, a tenor de la información disponible, no sabemos si llegó a presentar un dictamen. En abril de 1876, Domingo Escafi planteó una proposición sobre honorarios que por acuerdo de la mesa fue remitida a la Comisión de Policía Médica. Como para el caso anterior, tampoco ha sido posible averiguar cuál fue la proposición de la comisión que aprobó una *Tarifa* de honorarios de la que desconocemos, hasta ahora, su contenido²⁵⁶.

de la nobleza, mientras que la actividad comercial mancillaba el nombre de la familia aristocrática. Asimismo, la responsabilidad es un concepto esencial del profesionalismo. Los profesionales atienden a los *clientes*, mientras que los comerciantes tienen *usuarios*. La distinción en inglés es clara: *client* y *customer*.

²⁵⁶ Mediante los expedientes emitidos por la Academia podemos conocer algo de su contenido, que se recoge en la tabla 19 y a lo largo del texto de este capítulo.

Hasta el momento solo se ha localizado la tarifa aprobada en noviembre de 1888. Los honorarios estipulados en dicho documento, que lleva por título *Tarifa aprobada por la Real Academia de Medicina y Cirugía d Palma de Mallorca*²⁵⁷, fueron discutidos en el seno del Colegio Médico-Farmacéutico, liderado por Domingo Escafí que, a su vez, era el secretario perpetuo de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma, quien entregó dicha propuesta a la Academia en noviembre de 1888. Para estudiar la proposición, se nombró una comisión formada por los académicos Lorenzo Muntaner, Guillermo Rosselló, Sebastián Domenge, Gabriel Sorá y Francisco Sancho y fue aprobada por unanimidad el 28 de noviembre de 1888 – publicada en 1889 – acordándose que sirviera de regla para las consultas médico-legales y como norma en la designación de los honorarios facultativos. Esta distinción es interesante puesto que por una parte se pretende defender al médico obligado a prestar sus servicios –como podía ser el caso de los médicos titulares cuando actuaban como forenses, por ejemplo– o bien ante los requerimientos de la Audiencia o en los pleitos por impago entre particulares. Y por la otra parte, al quedar designados como norma se establecían unos mínimos que regulaban el mercado, beneficiando especialmente a los facultativos menos exitosos en la práctica privada. Estos mínimos, como se ha observado en la documentación, y tratándose de una norma, no fueron de obligado cumplimiento pero, ante las denuncias, redundaban en beneficio de los médicos demandantes. Posteriormente, como se verá, estas tarifas también regularon la “asalarización” de los médicos que trabajaban en las sociedades de socorros mutuos.

La *Tarifa* constaba de 23 reglas y dos aclaratorias en las que se establecían las distintas clases de usuarios en función de la renta y donde se fijaban los honorarios a partir de cuatro grupos de intervenciones quirúrgicas (Anexo 5).

La Regla 1ª establecía que con el fin de que todos los “moradores de la provincia”, independientemente de su clase social, pudieran recibir asistencia médica y “completa equidad de precios de los servicios prestados”, se establecía una división en siete clases en función de la renta anual familiar.

257 En adelante, la *Tarifa* (cursiva) hace referencia a este documento.

Tabla 19. Clasificación de los pacientes en función de su renta anual

Clase	Tarifa de 1888	Tarifa anterior a 1888 ²⁵⁸
1 ^a	≥ 30000 pesetas	Sin datos
2 ^a	≥ 20000 pesetas	Sin datos
3 ^a	≥ 10000 pesetas	Sin datos
4 ^a	≥ 5.000 pesetas	Sin datos
5 ^a	≥ 2500 pesetas	De 6000 a 10000 pesetas
6 ^a	≥ 1200 pesetas	De 3000 a 6000 pesetas
7 ^a	≥ 700 pesetas	De 1500 a 3000 pesetas

Fuente: elaboración propia a partir de *Tarifa aprobada por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca (1889)* y expedientes sobre honorarios

Como se puede observar, entre la tarifa anterior a 1888 y la aprobada dicho año se duplica el mercado de clientes de la clase 7^a; es decir, la más desfavorecida. La construcción de un sistema sanitario para personas que pudieran pagar la asistencia médica y la de otro basado en la Beneficencia queda reflejada en las tarifas expuestas

El siguiente cuadro recoge los honorarios para cada clase para los distintos servicios prestados por los facultativos:

Tabla 20. Precios de los servicios médicos según tarifa aprobada (1889)²⁵⁹

CLASE	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a
Operaciones 1er grupo	5000	4000	3000	2000	1000	400	250
Operaciones 2º grupo	3000	2400	1800	1200	800	300	150
Operaciones 3er grupo	1000	800	600	400	300	100	50
Operaciones 4º grupo	500	400	300	200	150	50	25
Iguala anual por familia	[200]	[50-100]	100	[30-80]	50	[25-50]	15
Visita ordinaria	5	5	2,5	2	1,5	1 [4]	1 [3]
Visita extraordinaria	10	10	5	4	3	2 [5]	1 [5]
Visita altas horas nocturnas	25	20	15	10	7,5	5 [15]	*[10]
Consulta con 1 ó 2 facultativos	40	[25]	20	15	10	5 [15]	[10]
Entrevista con 1 ó 2 facultativos	10	10	5	4	3	2 [10]	[5]
Noche en casa del enfermo	125	100	75	50	30	20 [25]	15 [25]

Fuente: elaboración propia a partir de *Tarifa aprobada por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca (1889)*

258 Datos a partir de los expedientes interpuestos por Bibiloni, Martorell y Bennáser recogidos en el libro *Copiador de informes dados por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma*, (ARAMIB).

259 Las anotaciones entre paréntesis corresponden a notas manuscritas sobre el documento oficial impreso.

La regla 2ª establecía que los precios regían tanto para las visitas a domicilio como en el despacho del facultativo aunque la visita fuera del casco urbano, pero dentro del término municipal, era computada como visita extraordinaria con un sobrecargo de 1 peseta por kilómetro o fracción (Regla 3ª). El coste que suponía el traslado a los pueblos de la isla quedó fijado en función de la siguiente clasificación:

Tabla 21. Coste del desplazamiento a los municipios de la *Part Forana*

Grupo	Municipios	Precio/pesetas
1º	Artà, Son Servera, Capdepera, Santany	100
2º	Alcudia, Pollença, Sant Llorenç, S'Arrac', Santa Margalida, Felanitx	90
3º	Andrtax, Campanet, Campos, Estallencs, Escorca, Búger, Fornalutx, Sa Pobla, Manacor, Maria, Llubí, Porreres, Petra, Selva, Sineu, Sóller, Sant Joan	80
4º	Montuiri, Deià	70
5º	Galilea, Inca, Lloseta, Orient, Sencelles	60
6º	Alaró, Banyalbufar, Binissalem, Calvià, Consell, Llucmajor, Santa Eugènia	50
7º	Algaida, Puigpunyent, Valldemossa	40
8º	Esporles, Bunyola, Santa Maria	25
9º	Establiments, Marratxí	15

Fuente: elaboración propia a partir de *Tarifa aprobada por la Real Academia de Medicina y Cirugía d Palma de Mallorca (1889)*

La *Tarifa* también establecía los honorarios dependiendo de la duración de la visita, aunque la redacción del articulado podía dar lugar a múltiples interpretaciones por la subjetividad implícita en su enunciado y, especialmente, sobre quién era la persona considerada “competente” para establecer la duración de la misma, que es previsible que se arrogaran los facultativos:

“Cuando la familia reclame la permanencia del facultativo en casa de un enfermo por más tiempo del necesario a la visita, satisfará a más del precio de la misma, una cantidad igual a un duplo por cada hora de estancia, sirviendo de tipo la visita ordinaria o la verificada a altas horas de la noche, según sea la hora en que aquella se efectuase” (Base 21ª, p. 33).

Si en la visita a los pueblos de la isla era precisa una consulta, o los familiares así lo exigían, aparte de los precios tarifados se debía satisfacer al facultativo con 5 pesetas

por hora, siempre que no excediera de 12 horas. En caso contrario se aplicaba la tarifa convencional.

La efectividad del facultativo y su relación con los honorarios también se contemplaba en el documento de la Academia, puesto que en su regla 23ª se especificaba que si un profesor curaba “una dolencia” cuya importancia y gravedad no estaba en relación con el número de visitas, tenía derecho a percibir sobre el importe de las mismas un plus de 20 a 200 pesetas, en función de la clase del enfermo y la “transcendencia de la cura”. Nuevamente, y como para el caso de la duración de las visitas, sólo los médicos eran “competentes” para decidir y definir qué casos entraban en estos supuestos y cuál era el significado de “transcendencia de la cura”.

Todas las especificaciones referidas a las operaciones quirúrgicas quedaban especificadas en las reglas 5ª a 9ª. La regla 5ª expone detalladamente las operaciones quirúrgicas de cirugía mayor, distribuidas en cuatro grupos en función de su dificultad. Las tarifas incluían la operación y el tratamiento consecutivos, siempre que no excediera de cuarenta días, a partir de los cuales el médico cobraría por la visita o cura. Las operaciones realizadas fuera del casco de la población devengaban el tratamiento desde el primer día. Como se puede observar, el mundo rural se posiciona en clara desventaja respecto al urbano. La cirugía menor se contempla en las reglas 6ª, 7ª y 8ª equiparando sus precios a la mitad del de las intervenciones del grupo 4º o bien duplicando o triplicando el precio de las visitas ordinarias.

La dificultad de las intervenciones y de calibrar su coste económico queda salvaguardada en la regla 10ª en la que se recoge que: “Cuando circunstancias especiales dificulten la operación o la compliquen en gran manera, se considerará comprendida en el grupo inmediato superior”. Pero la pertenecía a un grupo u otro también dependía del éxito de la intervención. Este supuesto se expresa en las reglas 11ª y 12ª donde se advertía que para exigir las tarifas expuestas la operación debía tener un “éxito feliz”. Si tenía “mal éxito” por “el natural peligro inherente a las mismas, ya por las malas condiciones subjetivas del operado” (regla 12ª) se consideraba incluida en el grupo inferior inmediato y las del grupo 4º se facturarían en función de la regla 6ª, es decir, “devengarán

derechos convencionales, que no excederán nunca de una mitad de los señalados para el grupo 4^o. Los académicos, mediante esta opción, establecían una protección del facultativo y aseguraban que recibiera el importe de su trabajo puesto que todavía se debatía la conveniencia o no de cobrar los honorarios si no se alcanzaba el éxito de la intervención (Cf. Janer, 1847, cap. X). La codificación escrita de estas reglas responde a normas consuetudinarias que los profesionales mallorquines seguían en su práctica, como ha podido observarse en los expedientes por impagos de honorarios. La responsabilidad facultativa quedaba salvaguardada si los malos resultados dependían de las imprudencias del paciente o sus familias (regla II^a).

Finalmente, el documento establece que solo al cirujano competía decidir cuántos ayudantes necesitaba para las intervenciones, satisfaciéndoles los honorarios que devengaran del precio estipulado. No obstante, la participación o injerencia del enfermo o allegados también queda manifiesta en la *Tarifa* puesto que estos podían decidir si el cirujano debía ser asistido por más ayudantes, en cuyo caso se hacían cargo de los honorarios de los facultativos que el médico principal designara.

El Colegio Médico-Farmacéutico emitió una circular²⁶⁰ a sus asociados en la que expresaba su intención de acometer reformas en las cuestiones relacionadas con los honorarios, igualas, sociedades de socorros mutuos y otros asuntos profesionales mediante la redacción del Reglamento Interior²⁶¹. Dichas reformas obedecían, según Escafi, a la necesidad de acomodar la actividad profesional de la “clase médica” al compás de los tiempos porque los médicos habían estado más atentos a “sus deberes morales que a sus necesidades sociales”. Escafi argumentaba que la evolución social había variado los usos y maneras hasta modificar completamente la relación entre los profesionales y su clientela dando un valor distinto a los servicios y al propio capital. Asimismo, según Escafi, los médicos eran “víctimas” del sistema social:

260 *Libro de Actas de las Juntas Generales* [del Colegio Médico-Farmacéutico], sesión del 26 de febrero de 1898, (COMIB).

261 Este reglamento posiblemente no fue aprobado (no se ha podido localizar el borrador) puesto que poco después se creó el Colegio Médico Oficial que era la corporación que trataba los temas profesionales no técnicos. El último reglamento interior impreso que conservamos del siglo XIX fue publicado en 1898 y fue aprobado en mayo de 1897, casi un año antes que la circular a la que hago mención.

“Tan oportuna como necesaria reforma [la colegiación obligatoria] no podía pasar desapercibida a nuestro colegio, para poder oponernos con ventaja a la explotación de que somos víctimas las clases médicas por parte del cuerpo social y para obtener con seguridad lo que en verdadera equidad y justicia nos corresponde”.²⁶²

La circular, además, ponía mucho énfasis en la regulación y la acción colectiva en los pueblos, más que en la capital, por el “aislamiento individual y [los] más rudos embates que tienen que sufrir los profesores médicos, farmacéuticos y veterinarios”.²⁶³

Las tarifas aprobadas por la Real Academia en 1888 fueron objeto de modificación por el Colegio Médico Oficial en septiembre de 1901 a raíz de los trabajos emprendidos por Julián Álvarez, Gabriel Oliver²⁶⁴ y Jaime Font y Monteros²⁶⁵ para regular los servicios de las sociedades de socorros mutuos, igualas y conductas, los médicos de partido y las tarifas de los honorarios.

Respecto a los honorarios, la comisión estableció los mismos que figuraban en la tarifa aprobada por la Real Academia en 1888, empezando por la clase 2ª para Palma y por la 4ª para el resto de poblaciones mallorquinas. Además, se eliminaba el kilometraje en los servicios prestados en los pueblos de montaña.

Las *Normas de Deontología Médica* aprobadas por el Colegio Provincial de Baleares en 1921 previenen sobre algunos aspectos de los honorarios. En la 21ª norma, se establece que los médicos de las distintas poblaciones se pondrán de acuerdo para fijar los honorarios y las igualas, aprobados posteriormente por la Junta de Gobierno del Colegio. Sin embargo, estos honorarios debían adecuarse a unos mínimos, establecidos en la norma 31ª que se recogen a continuación:

262 Nota 260.

263 Puesto que no se ha podido localizar el borrador de Reglamento Interno del Colegio Médico-Farmacéutico aludido en la nota nº 261, no podemos saber quiénes fueron los redactores de dicho reglamento y su sensibilidad y opinión respecto a la colegiación obligatoria. El presidente del Colegio Médico-Farmacéutico, Domingo Escafi, era contrario a esta.

264 Natural de Algaida. Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona. Socio numerario de la Real Academia. Falleció en 1934. (Fuente: Monserrat, 1985).

265 (Porreres 1855- Palma, 1933). Licenciado en Medicina y Cirugía en la Universidad de Barcelona (1881). Socio del Colegio Médico-Farmacéutico y de la Real Academia de Medicina desde 1909. Desarrolló una gran actividad política siendo alcalde de Palma (1905) por el Partido Liberal.

Tabla 22. Honorarios mínimos fijados (1921)

Servicio	Palma	Pueblos
Iguala	20 ptas.	12 ptas.
Visita ordinaria	3 ptas.	3 ptas.
Visita extraordinaria	5 ptas.	5 ptas.
Consulta	20 ptas.	10 ptas.
Entrevista	5 ptas.	5 ptas.
Visita de noche	10 ptas.	5 ptas.

Fuente: elaboración propia a partir de *Normas de Deontología Médica* aprobadas por el Colegio Provincial de Baleares (1921)

Las igualas o conductas fueron objeto de regulación en la *Tarifa*, concretamente en las reglas 16ª a 18ª. La tarifa de la iguala daba derecho a las seis primeras clases a disfrutar de las visitas ordinarias, extraordinarias y a las entrevistas con otros facultativos. El resto de los servicios se satisfacían a mitad del precio tarifado. La *Tarifa* restringía la asistencia sanitaria a los beneficiarios de las igualas en su regla 18ª que especificaba que estas no daban derecho a la asistencia fuera del casco urbano de la población.

La asistencia a las clases más desfavorecidas se contempla mediante el mecanismo de la mancomunación. La clase 7ª, según la *Tarifa*, debía satisfacer 15 pesetas anuales por iguala. No obstante, la regla 17ª permitía que el precio fuera de cinco pesetas si se formaban grupos de no menos de 50 familias y no superiores a 100.

El 15 de septiembre de 1901 el Colegio Oficial de Médicos volvió a regularlas. Los honorarios de las igualas, para el caso palmesano, eran los marcados en la *Tarifa* de la Academia empezando por la clase 2ª. Para los pueblos, empezando por la clase 4ª. Los servicios incluidos sufrieron varios recortes puesto que únicamente daban derecho a la visita ordinaria (base 2ª). Los servicios contemplados en la base 3ª de las sociedades de socorros mutuos²⁶⁶ serían satisfechos a mitad de precio según la clase. Sorprendentemente, esta base establecía que “[se satisfará con la mitad del precio de la tarifa], siempre que no sea la última clase o 7ª, en cuyo caso se satisfarán los honorarios

²⁶⁶ La asistencia al parto normal, las enfermedades venéreas y sifilíticas (siempre que no las vede el secreto médico), las adquiridas en contiendas, las operaciones de todas clases de cirugía mayor, las visitas a altas horas de la noche, las consultas y entrevistas no solicitadas por el médico asociado, las noches pasadas al lado del enfermo y los demás servicios que, no siendo necesarios, lo reclame la familia,

íntegros”²⁶⁷. Conviene señalar que los emolumentos del médico podían ser percibidos en especie, tal como se establecía en las bases recogidas en el Colegio Oficial de Médicos.

Las igualas, como la membresía en una sociedad benéfica, estaban supeditadas al estado de salud de la persona en el momento de su solicitud. Para el caso de las igualas, en las bases de 1901 se establece: “Los médicos no podrán estipular contratos de iguala con las familias que tengan enfermos y que necesiten la asistencia médica”²⁶⁸. No es posible conocer el alcance de estas bases puesto que la colegiación obligatoria, que actuó como verdadero catalizador del cumplimiento normativo, no fue realmente efectiva hasta 1918.

Finalmente, conviene hacer una mención a las especificidades de las distintas “comarcas” de la isla. Los colegiados fueron muy sensibles a la problemática de los médicos de la *Part Forana* y a los “usos y maneras” con los que se regían las relaciones profesionales fuera del núcleo capitalino²⁶⁹. Cada subcomisión del Colegio Médico Oficial²⁷⁰ tenía potestad para decidir sobre los asuntos relacionados con los honorarios e igualas. Así lo hizo, en noviembre de 1901, la subcomisión de Inca consultando a “los médicos rurales de prestigio y de imparcialidad que [el presidente considerase conveniente] y dieran después su opinión”.²⁷¹ La subcomisión fijó unas tarifas, que no conocemos, para el núcleo urbano de la ciudad de Inca. En los pueblos del distrito judicial se decidió que donde residieran uno o más médicos no podrían contratar igualas, ni contratar sociedades, ni establecer clínicas los médicos de otras poblaciones sin el consentimiento de

267 *Libro de Actas de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos*, sesión de 15 de septiembre de 1901, (COMIB).

268 *Ibidem*.

269 Esta diversidad y la necesidad de tenerla en cuenta quedan reflejadas, como se verá en el capítulo quinto, en la exposición que se hizo desde el Colegio Médico Oficial a favor de la colegiación obligatoria.

270 En la isla de Mallorca existían dos subcomisiones: la de Inca y la de Manacor, que se corresponden a los partidos judiciales. No conocemos el paradero de la documentación generada por ambas comisiones y la información disponible es la que se reporta a la junta directiva del Colegio

271 *Libro de Actas de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos*, sesión de 24 de marzo de 1902, (COMIB). La disparidad de fechas obedece al hecho de que la información de las actas está relacionada con las tarifas pero como consecuencia de la queja de un colegiado del pueblo de Selva – Sr. Alomar – a raíz de la señalización de los radios en los suburbios y aldeas y de cuyo resultado se consideró agraviado.

los vecinados de la localidad y que –si bien podían hacer visitas– debían cobrar por cada una de ellas, además de los honorarios, 1 peseta por cada kilómetro entre la residencia del médico foráneo y la localidad. Asimismo, debía avisar a los médicos locales cuando algún cliente era moroso. Por otra parte, en las aldeas, alquerías y lugares sufraganos de otros podían visitar y hacer igualas todos los médicos siempre que los honorarios se avinieran a *la Tarifa*. Esta regulación se justificaba para “evitar los abusos cuyo origen principal era la competencia por baratura de los servicios que es lo que actualmente perjudica a la clase médica rural y que se puede solucionar con la tarifa mínima aprobada”.²⁷² La subcomisión era consciente de que esta postura lesionaba el derecho al libre ejercicio, que también defendía, pero estimaba que la solución era la más adecuada para “mejorar la buena armonía” entre los facultativos.

4.2.2. Pacientes, médicos y honorarios: la función de la Academia como mediadora de conflictos

La Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma actuó, a lo largo del periodo estudiado, como agente mediador entre las partes litigantes en temas de honorarios, tal y como establecía la ley al otorgarles funciones de medicina legal. Una función que fue perdiendo peso y si bien se constatan consultas –que también se podían hacer al Colegio–, se infiere que, aunque las funciones de la Academia en materia profesional habían dejado de tener importancia, su peso simbólico era todavía importante.

Los expedientes custodiados en el Archivo de la Real Academia de Medicina y Cirugía de las Illes Balears, así como el *Libro copiator de informes recibidos y dados* nos acercan a varios aspectos reseñables sobre los honorarios. Puesto que el procedimiento administrativo fue variando con el tiempo, disponemos de más información cualitativa en los años centrales de la centuria, aunque el mayor número de dictámenes se concentra en las décadas de los años 80 y 90. Durante estas dos décadas únicamente disponemos de la opinión de los académicos y no es posible conocer el contenido de los oficios que remitía el juzgado, puesto que estos debían devolverse.²⁷³

272 Ibídem, sesión de 24 de marzo de 1902, (COMIB).

273 Como se ha comentado, la Academia solo custodia algunos expedientes completos cuya cronología no supera 1850 y los libros copiator de informes dados y recibidos, pero no los expedientes ya que debían devolverse al juzgado. Por el momento, estos expedientes de la Audiencia se encuentran en el Arxiu Històric del Regne de Mallorca a la espera de su catalogación como se ha comentado en el

La mayoría de los pleitos fueron de menor cuantía y prácticamente todos interpuestos en los juzgados de primera instancia, juzgados de paz y municipales. La mayoría de las consultas hechas a la Academia se formularon a petición de la parte demandante, es decir, los facultativos. No obstante, en alguna ocasión también fueron promovidas por los demandados o por iniciativa del juez con el fin de poder regularizar los honorarios objeto de desacuerdo. Este hecho sugiere la importancia de la Academia entre los clientes, puesto que al parecer se contemplaba como justa mediadora de los intereses de las dos partes implicadas en la relación médico-paciente.

El proceder de la Academia también fue variando. En algunas ocasiones nombraba comisiones *ad hoc*, como en la denuncia interpuesta por el doctor Floriana, miembro de la Academia, contra J. Romero por el impago de 2000 reales de vellón por la curación de la fractura de la pierna izquierda. Para esta ocasión se designó a los señores Cerdá y Castellá, que consideraron justo el precio de los servicios exigidos por Floriana. Normalmente los dictámenes eran emitidos por las comisiones permanentes de medicina legal aunque siempre era el juez el que regularizaba los honorarios finales del pleito.

Dos fueron las dificultades a las que se enfrentaron los académicos en el momento de emitir sus dictámenes:

1. El precio de los servicios médicos, que con la aprobación de las tarifas quedará prácticamente resuelto y...
2. Determinar el estado de riqueza o pobreza de los demandados, cuestión de suma importancia porque implicaba el derecho del facultativo a negarse a asistir a la persona enferma.

4.2.3. La cuantía de los honorarios

La aprobación de las tarifas de honorarios, la primera de las cuales debió realizarse entre 1876 y 1880, supuso un cambio cualitativo en el momento de emitir los dictámenes que debían guiar al juez en la regularización de los honorarios. Con anterioridad

a las tarifas codificadas, los académicos se regían por criterios que se pueden calificar como subjetivos; entre ellos la denominada “costumbre” que, con el devenir de la centuria, acabará por fijarse en un código escrito: primero en las tarifas de honorarios ya comentadas que normativiza parte de las normas y reglas consuetudinarias recogidas en los expedientes. Y, posteriormente, en las *Normas de Deontología Médica aprobadas en Junta general extraordinaria celebrada el 22 de junio, 2 y 6 de julio de 1921* del Colegio Provincial de Médicos de las Baleares.

Juan Bauzá, médico-cirujano de Marratxí, ante el impago de 12 onzas por una operación de cataratas practicada en ambos ojos a Mateo Cañellas, “conductor [arrendatario] del predio de Son Salas” interpuso, en 1844, una demanda ante el juez de Primera Instancia de Palma. Desde el juzgado se solicitó a la Academia que procediera a examinar los ojos del demandado y a emitir su parecer sobre la cantidad exigida por el médico y el cirujano que realizaron dicha operación. Respecto a sus honorarios, Bauzá exigió el pago de 12 onzas por el trabajo realizado y media onza por los honorarios de Bernardo Torrendell, licenciado de tercera clase que le asistió en la operación. Sin embargo, Mateo Cañellas consideró abusiva dicha cantidad y solo accedió a pagar dos onzas de oro, cuantía que él consideraba justa. Se observa, siguiendo a Janer (1847), la influencia del paciente en la tarificación de los servicios, siendo esta una tendencia que irá remitiendo a lo largo del siglo y que implica la autorregulación de la profesión y su mayor autonomía.

En defensa de los intereses de su cliente, el procurador de Bauzá expuso que se trataba de una operación en ambos ojos “en un viejo de casi 80 años” que requirió de muchas visitas para devolverle la vista perdida. La justificación del precio, según el procurador, no era solo por el trabajo, sino por “los perjuicios que han sobrevenido por haberle desacreditado cuando ha exigido sus honorarios”²⁷⁴ ya que Mateo Cañellas insultó reiteradamente al facultativo al conocer el montante de los honorarios exigidos por una operación que le devolvió la vista del ojo izquierdo y parcialmente la del derecho. Además, según el expediente,

274 Expediente formado con motivo de un oficio del Sr. Juez de primera instancia de este partido en que pide que esta corporación inspeccione el estado de los ojos de Mateo Cañellas conductor del predio de Son Salas y dé su dictamen sobre los extremos que abraza dicho oficio (1844), (ARAMIB).

“[e]mpezó a propagar que no veía nada y que nada había adelantado con la operación, viendo así que al mismo tiempo que decía esto distinguía sin equivocarse el número de dedos de la mano que se le presentaban, el color de la corbata, del chaleco, etc.”²⁷⁵.

El procurador alegaba, a su vez, que el paciente actuó de manera imprudente después de la operación puesto que no siguió las prescripciones indicadas por los facultativos

“[y] así vi que el 13º día después de la operación, cayendo un terrible aguacero salió de su casa por la mañana para ir a misa y por la tarde regresó haciendo más de una hora de camino a pesar de haberle indicado que no se marchase sino con buen tiempo”²⁷⁶.

Esta observación es interesante puesto que el pago de los honorarios estaba condicionado al “feliz resultado” de la intervención por lo que cualquier contingencia desfavorable quedaba prevenida –como recogería la *Tarifa* en su regla 11ª años más tarde – por las imprudencias del paciente o familiares. El “resultado feliz”, en el caso que nos ocupa, se reforzaba mencionando otras operaciones realizadas por Bauzá en dos personas de la Vila de Andratx.

La Academia después del examen realizado a Cañellas “con la debida escrupulosidad e igual delicadeza, en la resolución de los diferentes extremos que abrazan los referidos oficios” informó que padecía cataratas en ambos ojos y un pterigión en el derecho que

“[h]an confirmado los socios de esta [Academia] que antes de practicarse la operación ya habían examinado los ojos y no existiendo en la actualidad en el ojo izquierdo, que ha permitido el examen más escrupuloso, se deduce que ha sido operado. También del derecho, como lo confiesa el mismo Cañellas”²⁷⁷.

Sin embargo, el estado de su visión y de sus ojos en el momento del examen académico no podía considerarse consecuencia de la operación realizada dos años antes puesto que podía depender de numerosas causas, agravadas por la edad del paciente. La importancia del “feliz éxito” de la operación queda patente en este expediente puesto que se refiere a ello como “meritorio”.

275 Ibídem.

276 Ibídem.

277 Ibídem.

Más escueto fue el dictamen sobre la cantidad exigida por Bauzá. La Academia entendía que al no existir una tarifa oficial quedaba en la facultad del médico exigir la cantidad que creyera “*merecer el mérito de su trabajo*”²⁷⁸ (énfasis añadido). No obstante, “desde remoto tiempo” existía, según la Academia, la costumbre de reclamar la cantidad de 2000 reales de vellón por ojo operado con “feliz resultado”. Bauzá alegó, para justificar la cantidad exigida, la importancia de una operación que le había devuelto al demandado “un sentido tan precioso como la vista” y por la que “la mujer de un simple marino” de Andratx había pagado 50 duros. Respecto al precio de las consultas médicas, se acostumbraba a dar entre 20 y 80 reales de vellón, según la posibilidad del cliente.

Se observa, como advertía Janer (1847), la tendencia a objetivar el trabajo del médico por la relación de visitas, entrevistas, consultas, vistas de noche etc. aunque los propios médicos son incapaces de dar cifras exactas de estas, como ocurre en los casos de Floriana y Bauzá, y que la Academia liquida con expresiones tan imprecisas como “continuadas”, “no pocas”, “trabajos facultativos tan asiduos”, “de tanta duración”, “muy repetidas visitas”, sin establecer una relación fechada de estas. O en el caso de Floriana que “deja a consideración de la Academia el tiempo de duración de las visitas ordinarias”²⁷⁹. Con menor precisión se justifica el demandado de este expediente, que alegó no estar de acuerdo “por considerar el tratamiento demasiado largo” sin aportar ninguna relación de los tratamientos prodigados por el doctor Floriana. La objetivación del cuidado y del trabajo mental en la regularización de los honorarios se pone de relieve con expresiones como “muchos cuidados”, “desvelos empleados”, “muchas noches de viglias”. Un claro ejemplo de la dificultad que suponía para los prácticos establecer sus honorarios lo encontramos en el caso, ya comentado, de la denuncia interpuesta por el médico Bibiloni contra Magdalena Tous²⁸⁰ por el impago de 200 pesetas por una operación de fístula ovárico-vaginal. Para este caso contamos con el dictamen final que la Academia envió a la Audiencia en 1881, así como las discusiones habidas en el seno de la Academia previa aprobación del informe. El primer dictamen

278 *Ibidem*.

279 *Expediente de correspondencia con el Sr. Juez de primera instancia de este partido en que se pide a la Academia dé su dictamen sobre la cotización de la curación de la fractura de la pierna de D. Joaquín Romero (1840)*, (ARAMIB).

280 Según los académicos, se trataba de una operación poco corriente que el médico no volvería a efectuar en su vida profesional y para la cual tuvo que adquirir un instrumental especial.

contenía tres puntos,²⁸¹ de los cuales el tercero fue objeto de desacuerdo entre los académicos. Decía así:

“Que siendo la referida operación sumamente especial y de importancia, y que exige una preparación para practicarla tiene igualmente derecho el Sr. Bibiloni al abono de treinta pesetas, décima parte del importe de la ejecución de aquella, por los estudios y trabajos preliminares que tuvo que efectuar”²⁸².

Los académicos aprobaron los dos primeros extremos del informe pero entablaron una interesante discusión sobre el punto transcrito. Antonio Frontera manifestó su disconformidad “por la razón de que *los estudios* que el facultativo tuvo que hacer para aquella operación se *quedan con él* y por tanto no es justo que se satisfagan”²⁸³ (énfasis añadido). Del mismo parecer fueron los académicos Rosselló y Escafi. Además, opinaba Sorá, esta práctica podría sentar un mal precedente puesto que los facultativos podrían cobrar por supuestos trabajos no verificados.

Tomás Darder, por su parte, defendía la necesidad de cobrar el esfuerzo invertido en el estudio del caso especial que suponía una operación que, como hemos visto, se consideraba muy poco habitual. Tal como exponía Darder, esos estudios especiales, no volverían a usarse porque no se presentaría la ocasión. Como demuestra el informe final y definitivo, este punto se desechó pero la discusión es un excelente ejemplo del problema que suponía objetivar los conocimientos. De hecho, la presencia de conceptos que podrían ser descritos como puramente morales, otros claramente ontológicos, junto a descripciones de acciones, traslados, instrumental, presenta un conjunto de un nivel tal de heterogeneidad que, en sí mismo, comporta una gran dificultad de objetivación; incluso de mera determinación.

La aprobación de la *Tarifa* vino a establecer un baremo que resolvió, solo en parte, la objetivación de los servicios médicos. Los cuatro grupos de operaciones y las siete clases o categorías de enfermos en función de la renta consiguieron que los informes

281 El primero establecía el precio por el número de visitas a cinco horas de distancia del domicilio del facultativo. El segundo establecía como debía abonarse el instrumental (este caso es objeto de estudio en otras partes de este capítulo).

282 *Libro de Actas d la Academia de Medicina y Cirugía*, sesión ordinaria del 30 de noviembre de 1881, (ARAMIB).

283 *Ibidem*.

dictados por la Academia rezumaran algo más de precisión. Sirva como ejemplo el caso de Roig contra Antonio Fuster²⁸⁴ por los honorarios devengados (80 pesetas) por una operación de una fractura limpia del brazo. En este caso, el demandado, que figuraba en la clase 7ª, pidió que la Academia dictaminara si los honorarios por visitas ordinarias y extraordinarias, consulta, entrevista e intervención de vendajes” [eran] en extremo módicos”. En este caso, el médico facturó por debajo de la *Tarifa*, que estipulaba para este caso un precio de 500 reales (125 pesetas).²⁸⁵

Como pequeño excursus antes de pasar al siguiente apartado quisiera mencionar el caso de una posible sanitaria titulada, Catalina Bosch, y sus problemas para cobrar la suma de sus honorarios. El juzgado municipal del distrito de la Lonja de Palma remitía a la Academia, el 10 de junio de 1882, el expediente de juicio verbal seguido en el juzgado entre Catalina Bosch Company y Lorenzo Reinés por el impago de 160 pesetas. Dicho expediente se remitía por acuerdo entre las partes a fin de que la Academia emitiera un dictamen acerca de la cuantía de los honorarios devengados por una curación de uñeros realizada por Catalina Bosch Company.

Pocos días después, el día 15 de junio, la Academia remitía su contestación al juzgado. Contrariamente a las respuestas habituales en casos análogos a este, la comisión encargada de debatir dicho caso enviaba al juzgado un escrito cuyo encabezamiento era el recordatorio del artículo primero del Reglamento de la Academia, a saber, el objeto de esta, en sus párrafos 10 y 11²⁸⁶. Asimismo, devolvía el expediente al juzgado para que lo remitiera, si se juzgaba conveniente, por el conducto correspondiente.

Parece ser que “el conducto” consistía, como advertía el artículo 1.10 del reglamento interior de la Academia de 1879, en remitirlo a través de la Audiencia²⁸⁷ y en consignar de manera expresa que la parte demandante estaba en posesión de alguno de los títu-

284 *Copiador de informes dados por la Academia*, marzo de 1889, al juez municipal del Distrito de la Catedral de Palma, (ARAMIB).

285 En los informes se utiliza indistintamente la peseta o el real. Una peseta equivalía a 4 reales.

286 1.10. Resolver las cuestiones o casos de *Medicina Legal* sobre que la Audiencia del distrito o los Tribunales inferiores, por conducto de aquella, la (sic) consultaren.

1.11. Velar por el buen orden en el ejercicio de las profesiones médicas.

287 Aunque el caso de Roig contra Fuster se tramita a través de un juzgado municipal. Vide, *Libro copiator de informes dados por la Academia*, marzo de 1889, al juez municipal del Distrito de la Catedral de Palma, (ARAMIB).

los del arte de curar, circunstancia no exigida en todos los expedientes similares. Los académicos son muy claros en su escrito y expresan como sigue su demanda sobre la titulación:

“En caso de hacerlo así [remitirlo por conducto correspondiente], entienda la Academia, que es de necesidad hacer constar de debida forma en el expediente que Catalina Bosch posee título o autorización legal para dedicarse a la curación de niños, pues de lo contrario pudiera constituir este hecho una intrusión en la ciencia de curar. Acerca de lo cual, no podría menos la Academia que llamar la atención de ese Juzgado a los efectos que en justicia procedan”.²⁸⁸

La fuente consultada no hace mención alguna sobre la titulación de la demandante y tampoco contiene información sobre cómo se resolvió este caso. El documento, además, no nos permite saber si en el resto de los casos en los que los médicos demandantes eran varones se adjuntaban referencias el título académico, como exigen los académicos en este caso.

Gloria Gallego (2009) ha documentado la primera médica balear en 1915, la manacorina Margarita Segura Segura. Puesto que los libros de registro de titulaciones no consignan el sexo de los titulados, cabe la posibilidad, muy poco probable, de que hubiera mujeres sanitarias con anterioridad a esta fecha. Además, no podemos descartar, a la espera de futuras investigaciones, que algunas mujeres mallorquinas, entre ellas Catalina Bosch, realizaran estudios fuera de España. Por el momento, únicamente podemos suponer que la demandante, al avenirse a que la Academia emitiera un dictamen de este estilo, posiblemente estaba en posesión de alguna acreditación que le permitía realizar operaciones de cirugía menor.;

Sin embargo, el obstáculo que debían salvar los académicos, como debió de ocurrir con anterioridad a la tarificación, fue el de establecer la renta de los demandados, aspecto que se trata a continuación.

4.2.4. “Estado de riqueza” y derecho de no asistir al enfermo

Como se ha visto en el apartado anterior, la cuantía de los honorarios fluctuaba en

²⁸⁸ *Copiador de informes dados por la Academia*, informe remitido al Juez Municipal del Distrito de la Lonja, 15 de junio de 1882, (ARAMIB).

función del “haber de los pacientes” y de la “costumbre” pero las tarifas las establecían los médicos, o intentaban establecerlas, en función de su “mérito”. La libertad del profesional a la hora de fijar los honorarios se mantuvo a lo largo del tiempo y es signo distintivo de las profesiones liberales. Sin embargo, como ya he apuntado, la *Tarifa* de honorarios fue un instrumento que concretó ciertos términos, entre ellos las clases o categorías en función de la renta personal.

La profesión médica se distingue por su ideal de servicio con una resistencia a subsumirse en los principios mercantiles del lucro (Martín-Moreno y De Miguel, 1982: 32) pero el principio no debe excluir el derecho a ser retribuido por los servicios. Este ideal profesional de desinterés y servicio público chocó con el derecho de retribución cuando se prestaban servicios a las clases más desfavorecidas.

Los pleitos por honorarios devengados no satisfechos, en la mayoría de los casos, tienen como origen del desacuerdo el “estado de riqueza” de los demandados; es decir, “el producto anual que se calcula pueda obtener de su industria o arte”²⁸⁹. No conocemos el contenido de los oficios remitidos por los juzgados pero a tenor de las respuestas de las comisiones académicas este tipo de especificaciones debieron ser bastante parcas.

El pleito entre Miguel Martorell Bauzá y Pedro Antonio Jaume en febrero de 1888 es un claro ejemplo de las dificultades a las que se enfrentó la Academia y refleja los problemas de la práctica médica. El demandante exigía el pago de sus honorarios por los siguientes conceptos:²⁹⁰

1. “Extracción de una criatura con fórceps practicada a la esposa del demandado con feliz resultado: 320 pesetas”
2. Veinte visitas no consecutivas: 25 pesetas.
3. Noche pasada a la cabecera de la parturienta: 20 pesetas.

En el momento de prestar los servicios, el médico Martorell atendió a la esposa del “dueño y maestro de un taller de carpintería con oficiales que trabajaban a sus órdenes”

289 *Copiador de informes dados por la Academia*, febrero de 1888, al juez de Primera Instancia del Distrito de la Lonja, (ARAMIB).

290 *Ibidem*.

y en función de esta descripción se presentó la minuta expuesta en correspondencia, posiblemente, con la clase 6ª de los aranceles.²⁹¹ Sin embargo, el procurador del demandado, de manera paralela, solicitó el dictamen de la Academia considerando el estado de pobreza de Jaume. Ante esta disparidad de criterios y la imprecisión del contenido de los oficios, los académicos emitieron una serie de consideraciones previas al dictamen que nos ilustran sobre la relación entre la práctica de la medicina, su gratuidad y el derecho del facultativo a negarse a prestar los servicios.

El expediente de Martorell contra Jaume permite conocer algunos detalles de los precios de los servicios médicos anteriores a la *Tarifa de Honorarios* de 1888 sobre los que la comisión basa sus consideraciones. Respecto a la asistencia de las clases más desfavorecidas, la regla 10ª consignaba que “la clase jornalera y la que no llegue a un producto de 2000 reales anuales será asistida gratis como los pobres de solemnidad”²⁹². La regla 9ª establecía que todas las clases que sin estar comprendidas en la clase 7ª tuvieran unos ingresos de 2000 a 4000 reales al año, satisfacerían los mismos honorarios que los incluidos en ella siempre que la enfermedad no absorbiera la mayor parte del rendimiento, en cuyo caso serían convencionales, abonando la tercera parte de lo establecido. Recuérdese que para figurar en la clase 7ª –con anterioridad a 1888– la renta anual era de 1500 a 3000 pesetas. Como se puede observar, estos supuestos recogidos en las reglas 9ª y 10ª desaparecieron en las tarifas aprobadas en 1888 en las que ya no hay mención a los casos de pobreza o por debajo de la renta anual de la clase 7ª. Estos cambios paulatinos conducían a la práctica médica al sistema asistencial de medicina para ricos y para pobres (Valenzuela, 1994); recuérdese, además, que en las *Normas de Deontología* de 1921 se infiere que esta clasificación en clases ya habían desaparecido del panorama balear.²⁹³

291 Este pleito tuvo lugar antes de la aprobación de la tarifa estudiada. Como se ha dicho, de la anterior solo tenemos algunas referencias indirectas.

292 *Copiador de informes dados por la Academia*, febrero de 1888, al juez de Primera Instancia del Distrito de la Lonja, (ARAMIB).

293 La documentación permite afirmar que las distintas clases de clientes en función de las rentas estaban vigentes en 1908 (*Libro copiador de informes dados por la Academia, 29 de octubre de 1908, en contestación a Juan Marimón Barceló*).

Una vez expuestos los supuestos a los que el demandado podía acogerse, los comisionados expusieron en su dictamen que para disfrutar de los beneficios que las clases pobres y necesitadas tenían concedidos en las reglas era necesario

“[q]ue las familias al llamar al facultativo hagan mención especial de ello o le hagan sabedor de su estado. Porque *siendo aquellos beneficios una gracia voluntariamente otorgada, y no una obligación de los facultativos que ninguna ley ha impuesto a la industria médica*, es evidente que deben solicitarse al mismo tiempo que se reclaman los servicios profesionales para poderse después invocar”²⁹⁴ (énfasis añadido).

La Academia justificaba su postura con que otra línea de actuación conduciría a fraudes y abusos “que convertirían la gracia voluntariamente otorgada a la pobreza en arma que esgrimiría la audacia o el desagradecimiento de los individuos”²⁹⁵. Los médicos mallorquines muestran su disconformidad con la gratuidad y/o bajos emolumentos de los servicios médicos que, según su parecer, debían suministrar la Beneficencia Pública en el hospital provincial y los médicos titulares. Asimismo, censuraban que en las capitales de provincia muchas familias ocultaran su riqueza para poder gozar de los servicios médicos. La Academia, finalmente, dictaminó que el médico Martorell debía recibir sus honorarios en función del “concepto social con que se mostró al facultativo durante el tiempo de su asistencia, o sea, como maestro de un taller”²⁹⁶.

El informe de la Academia, además, ilustra sobre los límites de la liberalidad de la profesión a pesar del ideal de servicio, humanitarismo y desinterés en los que basaron gran parte de sus discursos de construcción identitaria. Los académicos admiten que el juez debía partir de la base expuesta, es decir, de la condición social aducida por el demandado, aunque no fuera la verdadera (cuestión que no resolvían los datos aportados por el juzgado) porque

“De admitir *a posteriori* la pobreza de Jaume, parecería que el médico fue primitivamente *engañado* con la ocultación del verdadero estado de aquel [el demandado] y *prestó sin saberlo y quizá contra su voluntad sus servicios* a un pobre cuando estos actos de desinterés y humanidad deben revestir todas las condiciones de

294 Copiador de informes dados por la Academia, febrero de 1888, al juez de Primera Instancia del Distrito de la Lonja, (ARAMIB).

295 Ibídem.

296 Ibídem.

conocimiento previo y espontaneidad para que puedan ser estimados en su verdadera importancia” (énfasis añadido).²⁹⁷

Como se verá en el apartado sobre las sociedades de socorros mutuos (apartado 4.4. de este capítulo), la tendencia a la separación entre la medicina para quienes podían pagarla y el sistema de Beneficencia es, como señalan Valenzuela (1994) y León (2006), una constante en las últimas décadas del siglo XIX y las primeras décadas del XX.

4.3. La relación con otros profesionales

El esquema con el que se inicia este capítulo muestra los diferentes destinatarios de la atención médica en su sentido más amplio. Hasta el momento se ha analizado la relación por antonomasia, la que se celebra entre el médico, la persona enferma y sus allegados o sirvientes. En este apartado se expondrá la relación entre los médicos y otros clientes individuales. La documentación estudiada, para el caso mallorquín, permite establecer la siguiente tipología y resumen:

Tabla 23. Tipología de los clientes profesionales

CLIENTE	Servicio demandado	Ejemplo
Médicos Farmacéuticos Otros profesionales	Dictamen sobre medicamentos y preparados Dictamen sobre negocios relacionados con la salud Dictámenes sobre cuestiones de higiene pública	“Estomacal Santa Cruz” Medicamentos de Wellcome y Cia Establecimiento hidroterápico Gimnasio Balear Aulas Cátedra Agricultura
Comerciantes Industriales	Dictámenes sobre bebidas y productos alimentarios	Licores Juan Suau

Fuente: elaboración propia a partir de *Copiador de informes dados por la Academia*

En primer lugar conviene señalar que la relación con clientes particulares –profesionales y/o industriales– se canaliza, hasta donde he averiguado, a través de la Academia y en menor medida del Colegio Médico-Farmacéutico. Los dos reglamentos académicos establecen como obligaciones de sus miembros recoger información sobre todo tipo de remedios y *experimentar* los nuevos remedios cuando la Real Junta así lo encargara.²⁹⁸

El reglamento interior de la Academia de 1879 (Título I, art. I, §. 8) establece que una

²⁹⁷ *Ibidem*.

²⁹⁸ Reglamento general para el régimen literario e interior de las Reales Academias de Medicina y Cirugía del Reino, 1831 (Capítulo VII, § 1 y 2).

de las obligaciones académicas era el examen de los *remedios nuevos y secretos* que el Gobierno le encomendara. Esta competencia ya no se refleja en los estatutos de 1886. Por tanto, estas obligaciones únicamente competían a los académicos en sus relaciones con la Administración.

Los casos recogidos ponen de manifiesto la naturaleza privada de las consultas por lo que se puede inferir una creciente importancia del dictamen médico, especialmente en las cuestiones no relacionadas con los remedios o medicamentos, que corrobora el proceso de medicalización occidental.

La mayoría de las consultas fueron realizadas por médicos o farmacéuticos sobre los remedios de elaboración propia. La finalidad de la consulta era publicitar el dictamen académico como garantía y valor añadido del producto. Antonio Cañellas, médico titular de Santa María, se dirige a la academia en estos términos al solicitar un informe sobre su “fórmula asimiladora para debilitados”: “[d]eseando el que suscribe hacer constar su dictamen de esta solución, incluye en pliego separado y reservado la base de su composición. [Deseando] sea analizado, dictamen sobre ella y dé al exponente copia de lo que emita la Corporación”²⁹⁹.

Otro tipo de requerimientos eran los formulados por facultativos sobre instalaciones como el caso del Gimnasio Balear del médico Miguel Muntaner, cuya dirección facultativa corría a cargo del también médico Juan Munar, o el Balneario Balear de A. Mayol. Tanto Munar como Mayol eran socios de número de la Academia. La consulta del director del Instituto Balear sobre las aulas de la Cátedra de Agricultura prueba la importancia de la corriente higienista en Mallorca, como atestigua *la Reseña de trabajos* del mismo año.

Las consultas fueron evaluadas por las comisiones de *Examen de remedios*, *Comisión de Remedios nuevos y secretos*, la *Sección de Higiene, Farmacología y Farmacia* o bien por comisiones *ad hoc*, en función del reglamento vigente. Los dictámenes sobre remedios siempre fueron favorables e incluso en algún caso se hace constar que “debe ser

299 *Copiador de consultas, llevadas por las Autoridades y particulares*. Consulta de 26 de noviembre de 1899, (ARAMIB).

recomendado” su uso con preferencia sobre otros medicamentos. Este fue el caso del Dr. Pedro Pizá³⁰⁰ que en 1881 presentó a dictamen unas capsulas gelatinosas que la comisión estimó perfectamente dosificadas “lo que contribuye a que el médico pueda fijar con exactitud la dosis que el enfermo ha de tomar”³⁰¹. Parece que la presentación de los preparados era uno de los aspectos valorados, puesto que en 1909 se emitió un informe sobre el “*Plasmodium Antimalario*” del farmacéutico Bartolomé Tous – cuya fórmula elaboró el médico Gabriel Carrió – en el que se consigna que “la presentación del preparado es elegante y acompaña en cada caja un carné que explica las dosis que han de tomarse y la manera de tomar el medicamento”³⁰².

Los industriales también remitieron sus productos alimentarios, como en el caso de la fábrica de Licores Suau – todavía existente – o bien las muestras de chocolate de José Juan. Como para el caso de los farmacéuticos, el dictamen académico era un valor añadido para la publicidad. Juan Suau envió en varias ocasiones licores para su análisis y en una de ellas solicitaba a la Academia:

“Que deseando un certificado de esta ilustrada corporación de las dos clases de anisado dulce y seco, cuyas muestras se acompañan, espera de la amabilidad de esta academia, se sirva disponer lo conducente para el examen de dichas muestras y suplica ordene se extienda el mencionado certificado del dictamen que resulte, cuya gracia recibiré como favor especial”³⁰³.

El modo de proceder de la Academia consistía en el análisis de los preparados, licores y otros productos como lo prueba el meticuloso informe emitido sobre los licores Suau. En el caso de los establecimientos, los comisionados se personaban en los locales para su examen y posterior emisión del informe. Esta función de la Academia era gratuita, puesto que a raíz de los trabajos de la comisión nombrada para el análisis y discusión de los licores de Suau se discutió la necesidad de cobrar honorarios. La comisión lo desestimó hasta contar con una tarifa especial para los casos particulares, por lo que Escafí propuso la creación una comisión que estudiara dicho asunto formada por

300 El uso del término doctor antes del siglo XX únicamente se utilizaba si su titular había obtenido este grado académico.

301 *Copiador de informes dados por la Academia*. Informe de 11 de julio de 1881, (ARAMIB).

302 *Ibidem*, informe del 8 de agosto de 1909.

303 *Copiador de consultas, llevadas por las Autoridades y particulares*. Consulta de 26 de mayo de 1891, (ARAMIB).

González, Martorell, Munar, Bover y Valenzuela. Parece que no se emitió informe alguno puesto que en 1894, con motivo del análisis de muestras de chocolate, el problema se puso de nuevo sobre la mesa. Asimismo, y a petición de José Rover, se abordó la conveniencia de pedir que solo se remitieran a la Academia las cantidades necesarias para el análisis y que las restantes fueran devueltas. Sin embargo, se acordó que los sobrantes fueran entregados a algún local de Beneficencia y que se estableciera una tarifa para los análisis de las sustancias enviadas por particulares.³⁰⁴

4.4. Las relaciones con las colectividades

4.4.1. Las Sociedades de Socorros Mutuos

El proceso de industrialización español, así como los profundos cambios en el ámbito social y político del siglo XIX, entre ellos la desaparición de algunos mecanismos de solidaridad “formal”³⁰⁵ del Antiguo Régimen (gremios y cofradías) y el desmantelamiento del sistema de caridad religiosa y particular en favor de la Beneficencia, obligaron a la incipiente masa de trabajadores desprotegidos a buscar soluciones para paliar su precaria situación. Como señala López Castellano (2010: 22), en la práctica – durante el tránsito del Estado Liberal al de Bienestar –, la asistencia social se articuló en tres ejes: beneficencia, mediante la caridad pública y asistencia domiciliaria, oficial o religiosa; a través del socorro mutuo y entidades crediticias; y, finalmente, la representación. Una asistencia que fue a todas luces insuficiente (López Castellano, 2010).³⁰⁶

Esta situación impulsó a las clases trabajadoras a buscar alternativas asistenciales como intentos de “colectivización” de la asistencia³⁰⁷ ya que la acción estatal giró en

304 *Libro de Actas d la Academia de Medicina y Cirugía*, sesión de 26 de junio de 1894, (ARAMIB).

305 MAZA (1997) establece, siguiendo los estudios franceses, la diferencia entre solidaridad formal – dentro del marco familiar y vecinal – y la solidaridad formal, es decir, las asociaciones formalmente constituidas dentro del ordenamiento jurídico. Para el caso español, esta solidaridad formal tiene su marco legal de referencia en la Ley de Asociaciones del 1887 (vide, capítulo tercero de este trabajo).

306 Una interesante exposición de la asistencia colectiva en España desde 1822 a 1920 puede encontrarse en LÓPEZ CASTELLANO, F (2010), “El buen samaritano no sabía economía política: de la primera ley de beneficencia al intervencionismo científico (1822-1920), *Revista de la Historia de la Economía y de la Empresa*, IV. Véase también: ESTEBAN DE VEGA, M. (2010), DE LA CALLE VELASCO, M^a D. (2004).

307 Sobre la colectivización asistencial puede consultarse: LÓPEZ PIÑERO, J.M. (1978), *La colectivización de la asistencia médica: una introducción histórica*, en J.M. de Miguel (ed.), *Planificación y reforma sanitaria*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas; MONTERO GARCÍA, F (1988), *Los seguros sociales en la España del siglo XX: orígenes y antecedentes de la previsión social*, Madrid; CASTILLO, S. (ed.) (1994), *Solidaridad desde abajo: trabajadores y socorros mutuos en la España Contemporánea*, Madrid; RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (2002), “Los servicios de salud pública en la España con-

torno a los sujetos no productivos por cuestión de edad (niños o ancianos) o débiles por su condición física (Esteban de Vega, 2010: 58). El mutualismo es una forma de organización con la que se pretendía conseguir fines generales con la ayuda y contribución de las aportaciones individuales y se desarrolló con las sociedades de socorros mutuos, cuyo precedente fueron las hermandades gremiales y cofradías (Pérez Castroviejo, 2010) y de los que encontramos ejemplos en un gran número de países europeos.

En el ámbito español, las sociedades de socorros mutuos –sociedades sin ánimo de lucro– fueron reguladas por la Ley de Asociaciones de 1887 aunque no se desarrollaron como en otros países (Pérez Castroviejo, 2010: 131)³⁰⁸. Estas sociedades se sostenían, básicamente, de las aportaciones de sus asociados y en algún caso de exiguas aportaciones estatales. Este tipo de financiación, así como el requisito de ser asociaciones sin ánimo de lucro, nos dan la medida de su fragilidad.

Los cambios experimentados en la sociedad española del siglo XIX fueron percibidos en la sociedad mallorquina que experimentaba una incipiente industrialización. Prueba de ello son las numerosas mutualidades fundadas a lo largo del último tercio de la centuria, especialmente en los barrios obreros de la capital, en las zonas periféricas no industriales, en la antigua ciudad así como en distintas poblaciones de la *Part Forana*, especialmente Inca y Sóller, núcleos muy importantes en términos de actividad industrial.³⁰⁹ Conviene destacar que las Baleares era una de las zonas con mayor número de

temporánea”, *Trabajo social y salud*, 43 (1990), “La asistencia médica colectiva en España, hasta 1936” en ÁLVAREZ JUNCO et al. *Historia de la acción social pública en España: Beneficencia y previsión*, pp. 321-361; HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. (1994), “Salud Pública en la España contemporánea”, *Dynamis*, 14, pp. 17-21; SALORT I VIVES, S. (2008), *Vivir y morir en Alicante. Higienistas e inversiones públicas en salud (1859-1923)*, Alicante, Publicaciones de la Universidad de Alicante (especialmente capítulo 4); LEON SANZ, P. (2010a), “Private initiatives against social inequalities and health vulnerabilities: the case of *La Conciliación* (Pamplona, 1902-1920)”, en BOURDELAIS, P. y CHIRCOP, J., *Vulnerabilities, Social Inequalities and Health*, Évora, Edições Colibri, pp. 93-108; (2010b), “The strategies of interrelations between Assistance Associations and other Agencies in Pamplona, 1902-1936”, en LEÓN-SANZ, P. (ed.), *Health Institutions at the Origin of the Welfare Systems in Europe*. Pamplona, Eunsa, pp. 167-192; (2012), “Medical Assistance Provided by *La Conciliación*, a Pamplona Mutual Assistance Association (1902-84)”, en HARRIS, H. (ed.), *Welfare and Old Age in Europe and North America: The Development of Social Insurance*, London: Pickering and Chatto, pp. 137-166. Un monográfico de *Historia de la Economía y de la Empresa* (IV, 2010) recoge varios estudios de caso sobre este particular. Una visión sobre la colectivización en varios contextos europeos se encuentra en el clásico de Abram DE SWAAN, *A cargo del Estado*.

308 Este autor señala que en España no existió una legislación general sobre mutualidades hasta 1925. Los distintos gobiernos las tutelaron pero no les prestaron ni atención, ni apoyo legal.

309 El movimiento asociativo balear del siglo XIX ha sido estudiado por: SANTANA MORRO, M,

sociedades de socorros mutuos del territorio español (Maza, 1997).

Los médicos españoles tuvieron una actitud ambivalente frente a estos modos de asistencia colectiva. Como indica León Sanz (2006), el foco de la crítica era el ánimo de lucro que los médicos percibían en estas corporaciones y contra las nuevas responsabilidades médicas emanadas de los cambios legislativos españoles (civiles y penales) que afectaban a su autonomía e independencia y que eran percibidas como una amenaza en varios sentidos, principalmente respecto a su responsabilidad médica.

4.4.2. El caso mallorquín

El fenómeno de las sociedades de socorros mutuos se percibe como un problema “de vida o muerte para nuestra clase [médica]” en la década de los años 90. La primera institución en abordarla fue el Colegio Médico-Farmacéutico en su sesión literaria (extraordinaria) del 26 de noviembre de 1890. El tema fue retomado posteriormente, en 1900, por el recién constituido Colegio Médico Oficial que, como se mostrará, ejerció una fuerte presión sobre estas sociedades y sobre los colegiados oficiales. Conviene tener presente que la colegiación obligatoria, tras muchos avatares, no fue una realidad hasta 1918 por lo que las reivindicaciones del Colegio Oficial de Médicos reflejan claramente la fuerza de un sector del colectivo médico balear³¹⁰ cuando la legislación era favorable a sus reivindicaciones.

Parece ser que el tema de la asistencia a las familias pobres y las sociedades de socorros mutuos ya había sido objeto de discusión en el Colegio Médico-Farmacéutico, concretamente en su Junta Directiva³¹¹, como se infiere del acta del 26 de noviembre de 1890 en la que se citan las dos posturas principales que no habían llegado a buen término. La primera, su abolición; la segunda, una reglamentación “más digna y decorosa” para

(2002), *El forjament de la solidaritat. Mutualitats, cooperatives, societats obreres i recreatives a Mallorca (1868-1936)*, Palma, Edicions Cort; SERRA BUSQUET, S. i COMPANYY, A. (Coords.) (2002), *El moviment associatiu a les Illes Balears des del final del segle XIX fins a l'actualitat. XIX Jorbadés d'Estudis Locals*, Palma, IEB; FULLANA, P. (1994), Las sociedades de socorros mutuos en Mallorca durante la segunda mitad del siglo XIX, en CASTILLO, S. (Ed.), *Solidaridad desde Abajo. Trabajadores y Socorros Mutuos en la España Contemporánea*, Madrid, UGT Centro de Estudios Históricos.

³¹⁰ Solo existía un colegio oficial, situado en Palma, que representaba a los colegiados de las islas. Los facultativos de Mahón solicitaron tener su propio colegio, proposición que fue denegada por no contemplarlo el Real Decreto.

³¹¹ La fuente no ofrece ninguna descripción del tema supuestamente tratado en la Junta Directiva.

el médico y “más beneficios para el público” aunque el acuerdo entre las partes no fructificó. Conviene señalar que la Real Academia nunca debatió este tema en sus sesiones y que el encargado por el Colegio Médico-Farmacéutico de redactar las bases fue su por entonces presidente, Domingo Escafi, a la sazón secretario de la Real Academia.

En el primer proyecto figuraban las siguientes proposiciones:

1. Los ricos no podían ser socios de las sociedades de socorros mutuos y, de serlo, no disfrutarían de la asistencia sanitaria a un precio tan exiguo como el que se asignaba en las sociedades.
2. “La asistencia no debe ser ilusoria como resulta serlo cuando un médico tiene un exceso de familias a quien asistir y que por lo tanto los servicios médicos se hacen de mala manera”³¹².
3. La remuneración de los médicos debe ser digna siempre teniendo en cuenta la posición de los asociados.

El objetivo era crear unas bases que fueran discutidas por los médicos asociados. Como se señaló en el apartado de las asociaciones (capítulo tercero), las deliberaciones solían ser democráticas y prueba de ello son las numerosas reuniones que reportan las actas, unas veces con mayor asistencia que otras. Las preguntas acordadas sobre las que debía girar el debate en el Colegio Médico-Farmacéutico con el objetivo de presentar las bases del primer proyecto fueron las siguientes:

1. *¿La clase médica ha de seguir prestando sus servicios a las Asociaciones de Socorros Mutuos?*³¹³

El problema que se planteaba no era tanto el de proporcionar el servicio como de hacerlo en el estado en que estaban constituidas en Palma. El segundo problema que planteaba Escafi era si se servía a la Asociación en general o a los asociados en particular. La pregunta, finalmente, quedó reformulada a petición de Mercant que añadió: “Mientras aquellas subsistan tal y como están constituidas en la actualidad”.

312 *Libro de Actas del Colegio Médico-Farmacéutico*, sesión literaria (extraordinaria) del 26 de noviembre de 1890, (COMIB).

313 *Ibidem*.

Las posturas de los colegiados se resumen en tres puntos: los que opinaban que no se debía seguir prestando servicios a las sociedades de socorros mutuos tal y como estaban constituidas en la actualidad, aunque la veían como una opción inviable entre otras cuestiones por el menoscabo que suponía para las retribuciones de los médicos. Una segunda facción opinaba que por “dignidad profesional” deberían negarse a prestar asistencia a las sociedades, pero que en la práctica era imposible no hacerlo y que por tanto “lo que debemos hacer es sacar todo el partido posible de las sociedades de socorros” (Mariano Aguiló). Este médico también opinaba que las sociedades de socorros mutuos no debían prestar atención sanitaria, pues bastaría con que se cumpliera el Reglamento de Partidos médicos “con la cual habría médicos que asistirían gratis a las familias necesitadas, constituyéndose así el bello ideal de la sociedad moderna, la asistencia domiciliaria para el pobre”³¹⁴. Un tercer grupo de médicos opinaba que no podían dejar de existir ya que las clases más necesitadas eran las que formaban parte de estas asociaciones. Sin embargo, la modificación de los estatutos, mejorando los beneficios de los socios y las retribuciones de los facultativos, era una cuestión perentoria.

Finalmente, se acordó “que los médicos deben seguir prestando sus servicios a las sociedades de socorros mutuos con las modificaciones que más adelante se acordarán” y que, como se verá, tardaron algunos años en conseguirse.

2. *¿Qué familias tienen derecho a la asistencia sanitaria?*³¹⁵

Una cuestión que se juzgó “como grave por los resultados que pueden dar lugar” puesto que, en opinión de algunos de los colegiados, era una cuestión que no solo competía a los reglamentos de las sociedades, sino que no contemplaba la intromisión de los facultativos. No obstante, los colegiados acordaron que las familias que podían recibir asistencia médica fuesen aquellas cuya renta mensual fuera la que establecía la clase 7ª de la tarifa aprobada por la Academia en 1888, es decir, de 1500 a 3000 pesetas. De nuevo, y como ya se ha visto en los casos de los honorarios, los médicos calificaban

³¹⁴ *Ibidem.*

³¹⁵ *Ibidem.*

de “difícil” fiscalizar los haberes de las familias aludidas. Por otra parte, algunos colegiados asimilaban las familias de la clase 7ª de la tarifa con “braceros”. Esta asunción tan restrictiva fue matizada por Domingo Escafi pero permite observar el tipo de asociaciones que establecían los facultativos respecto a la estratificación social percibida.

Los médicos consideraban justo que las clases más desfavorecidas fueran beneficiarias de las mutualidades pero concebían como

“[i]lógico, [y] nada natural que el individuo que cuenta con sobrados recursos y que no se ve precisado a carecer ni aun de lo superfluo se inscriba [...] para regatear los honorarios que se siguen devengando en esta Capital falseando así el concepto de *socorro mutuo* y obligando al facultativo a que le asista [...] mediante el pago de una cantidad igual a la que satisface el pobre bracero”³¹⁶

El problema de que los facultativos tomaran parte en la elección de las personas beneficiarias repercutía en detrimento de sus honorarios. No obstante, la naturaleza de estas asociaciones y en qué habían devenido con el transcurso de los años entrañaba un problema mayor: su subsistencia, como exponía Aguiló. Las sociedades, según este médico, se sostenían gracias a que los asociados apenas percibían los subsidios y la membresía tenía como finalidad primera la asistencia médica. En la actualidad, afirmaba, después de muchos años de funcionamiento de muchas de las sociedades de socorros mutuos, era imposible deslindar los que tenían derecho a asistencia pues que todos tenían derechos adquiridos. La intromisión médica, tal como se estaba planteando desde el colectivo médico, podía suponer la desaparición de estos sistemas de asistencia.

3. “¿Hasta qué número de familias asociadas puede el médico asistir debidamente?”³¹⁷

El número quedó establecido en 200 familias. Este tema tenía como trasfondo la incompatibilidad, según los colegiados, con la práctica privada al absorberles gran parte de la jornada laboral, y la calidad del servicio prestado a los asociados que como hemos visto calificaban de “ilusorio”. Pero se vislumbra otra cuestión: las sociedades

³¹⁶ *Reseña de los trabajos realizados por el Colegio Médico-Farmacéutico durante el año 1891* (pp. 13).

³¹⁷ *Libro de Actas del Colegio Médico-Farmacéutico*, sesión literaria (extraordinaria) del 26 de noviembre de 1890, (COMIB).

eran, a pesar de las encontradas reacciones que provocaban, un nicho laboral que por la documentación podríamos pensar que querían copar los colegiados. Tomás Darder, en abril de 1885, en un artículo titulado *Algo sobre las especialidades médicas en las Baleares*³¹⁸ exponía la falta de especialistas en las islas por “causas poderosas” e instaba a los jóvenes abandonar “camino trillados, que la experiencia demuestra que no conducen a positivos resultados, no duden que se puede esperar algo, tal vez más ventajoso, fuera del *casi obligado* recurso de las sociedades de socorros” (énfasis original).

4. “¿Qué honorarios debe percibir el médico que presta sus servicios a las sociedades de socorros mutuos?”³¹⁹

Las familias asociadas residentes en el caso urbano de Palma³²⁰ pagarían 5 pesetas anuales y las que tuvieran su residencia en las afueras 7,5 pesetas.

Y el tercer problema, planteado por varios socios (Mariano Aguiló, Juan Mayol y Juan Mercant) hacía referencia al poder del Colegio para hacer cumplir los acuerdos tomados. En 1890, el Colegio Médico-Farmacéutico era una asociación privada y por lo tanto sus decisiones no eran vinculantes ni tenían poder ejecutivo. Ante esta situación, algunos socios consideraban que no tenía sentido discutir acerca de problemas sobre los que difícilmente tenían algún tipo de ascendiente. Sin embargo, la importancia de la asociación se esgrime para destacar la relevancia del colegio como aglutinador de las opiniones del grupo y establecer un consenso. Como se verá, a pesar de la incapacidad ejecutiva del Colegio, en el proyecto presentado se dedicó un capítulo a los medios conducentes a su cumplimiento por la presión de los colegiados, que entendían que era necesario llegar a proposiciones factibles. Mercant lo resumía así en la sesión de 10 de diciembre de 1890 “todo se reduce a pedir que no se acuerden imposibles sino cosas que puedan mañana ser un hecho”. Los comisionados para establecer las medidas de cumplimiento fueron Domingo Escafi, Eugenio Losada, Juan Mercant, Bernardo

318 *Revista Balear de Medicina, Farmacia y Veterinaria*, año I, nº 8 de 15 de abril de 1885.

319 *Libro de Actas del Colegio Médico-Farmacéutico*, sesión literaria (extraordinaria) del 26 de noviembre de 1890, (COMIB).

320 Recuérdese que en 1890 el Colegio Médico-Farmacéutico solo admitía como socios numerarios a los facultativos de la capital. El resto de facultativos de la isla podían ser socios corresponsales. En consecuencia, las decisiones del Colegio solo competían –teóricamente– a la práctica médica en Palma y su *hinterland*.

Riera y José Cerdá.

La cuestión de las sociedades de socorros mutuos y su intento por regular el servicio prestado por los facultativos demuestra la importancia que dicho sector tenía como nicho laboral. No obstante, esta regulación parecía interesar más a ciertos sectores del Colegio Médico-Farmacéutico que a la mayoría de los médicos mallorquines, como se infiere de las actas del Colegio. El proyecto y sus bases fueron presentados un año después, en sesión extraordinaria de 18 de diciembre de 1891. Prueba de la escasa importancia conferida a la cuestión es que dicha sesión fue aplazada al 22 de diciembre por el exiguo número de socios congregados y

“[e]ntre los cuales estaban en inmensa minoría los que eran médicos de alguna sociedad, cuando eran estos a los que más importaba el asunto a debatir, asunto vital para la clase médica que sin embargo tan poco interés parecía despertar, a juzgar por el número de asistentes”.³²¹

Los colegiados eran conscientes de las pocas posibilidades de éxito de las reformas que pretendían acometer y, por esta razón, su estrategia era presentar el proyecto a las sociedades como una regulación que beneficiaba más a estas que a los facultativos. Una estrategia que adoptaron ante los fracasos de antiguas negociaciones en las que los médicos admitían que “[se había tratado] en exclusiva el beneficio de la clase médica”. El posible fracaso, en opinión del presidente Escafi, no vendría por las asociaciones sino por la propia “clase médica”. La división de los facultativos al respecto, la importancia conferida a este asunto por una facción de los facultativos mallorquines, así como el espíritu corporativista quedan reflejados en una frase de Domingo Escafi:

“[a]un cuando no se llevara a efecto el proyecto, siempre queda este archivado en el Colegio y se sabrá en todo tiempo quienes eran los que se oponían al bien de la clase, constatado por escrito, el nombre de los que hubiesen faltado a compromisos contraídos solemnemente. Y por último, hagamos la obra tan bien como podamos y quedemos tranquilos ante las contingencias del porvenir”.³²²

Asimismo, uno de los escollos para aprobar el proyecto en la sesión mencionada era una de las bases, concretamente la que hacía referencia al número de familias que

321 *Libro de Actas del Colegio Médico-Farmacéutico*, sesión extraordinaria del 18 de diciembre de 1891, (COMIB).

322 *Ibidem*.

debía asistir cada facultativo – fijado en 200 – y que algunos facultativos entendían que debía regularse en 400. Finalmente, también se discutió si los especialistas “o mejor dicho, los oculistas, [deben] entrar en las asociaciones en las mismas condiciones que los demás o si [deben] regirse por otras bases particulares”.³²³

Como se ha mencionado, la sesión se aplazó al 22 de diciembre con la intención de que los socios pudieran opinar sobre un proyecto que consideraban de suma importancia y que creían necesario aprobar con el mayor consenso. Finalmente, el proyecto aprobado por el Colegio Médico-Farmacéutico, que posiblemente tuvo poco impacto, establecía siete bases y un capítulo titulado *Medios para llevar a cabo la ejecución y cumplimiento de estos acuerdos*.

Bases del proyecto:³²⁴

- 1ª. Solo tienen opción a la asistencia sanitaria en las sociedades los socios que disfruten de una renta que no exceda de 1500 pesetas.
- 2ª. El Colegio entiende que para la debida asistencia a las familias asociadas, cada médico solo debería prestar su asistencia a 300 de ellas. (Como se puede observar, se optó por una solución intermedia a las distintas propuestas).
- 3ª. Tendrán derecho a la asistencia facultativa los socios y demás individuos de su familia cuya subsistencia dependa de él [socio] y vivan en su compañía.
- 4ª. Por el contrato con la sociedad no viene obligado el médico a la asistencia al parto fisiológico ni a ningún otro servicio que no siendo necesario lo reclame la familia.
- 5ª. Los socios procurarán avisar al facultativo con la oportunidad debida y según las horas de despacho que tengan señalada para que el servicio pueda prestarse con el mayor esmero.
- 6ª. En ausencias y enfermedades vendrá el médico obligado a dejar otro facultativo que lo sustituya.
- 7ª. La duración y demás condiciones para el servicio médico, siempre que no se

323 *Libro de Actas del Colegio Médico-Farmacéutico*, sesión extraordinaria del 18 de diciembre de 1891 (intervención del Sr. Mercant), (COMIB).

324 *Ibidem*, sesión extraordinaria del 22 de diciembre de 1891.

opongan a lo preceptuado en estas bases, se estipularán en un contrato especial entre el médico y un representante oficial de la sociedad.

Respecto a los medios que garantizaran su cumplimiento, ya se ha comentado el escaso poder ejecutivo y coercitivo de la asociación en esos momentos. Por esta razón, las propuestas deben entenderse en un sentido simbólico: reflejo de ciertas lealtades y compromisos interprofesionales hacia un grupo de personas – los miembros del Colegio – que constituían un sector con fuerte ascendiente intelectual en la opinión pública palmesana.

Todos los socios del Colegio Médico-Farmacéutico debían firmar un ejemplar del proyecto como prueba de su “acatamiento” y dar cuenta de las sociedades a las que prestaban servicios para que el presidente les pudiera hacer llegar las bases acordadas “haciéndoles ver las ventajas que de ellas han de reportar a las asociaciones y en especial a los enfermos y se les invitará a poner en armonía los Estatutos de las Sociedades con los acuerdos del Colegio”³²⁵ en un plazo prudencial. El desacato de los acuerdos colegiales sería entendido como renuncia a la calidad de socio una vez justificada la falta.

Según las actas, anualmente debía nombrarse una comisión ejecutiva para resolver las incidencias referidas a las sociedades de socorros mutuos. Sin embargo, solo hay una pequeña referencia a una nueva ejecución del proyecto en 1892 y en la *Reseña de los trabajos realizados por el Colegio Médico-Farmacéutico durante el año 1895* se constata la total ineficacia de las Bases propuestas, los acuerdos alcanzados por los socios colegiales y, sobre todo, la coexistencia de distintas sensibilidades respecto a este tema dentro del seno del Colegio. Pedro Jaume y Matas, autor de la *Reseña*, lo plasmaba con este símil militar:

“Y si las circunstancias arrecian ¿Sabéis cómo se defienden estos sagrados deberes de dignidad profesional? Pues muy sencillamente imitando lo que hace un ejército acosado, formando el cuadro. Y esa era la idea práctica del habilísimo iniciador de la campaña en este sentido, que hace dos años frustrase por haber roto dicho cuadro en sus más robustas filas. Hay que rehacerlo con más bríos” (p.22).

³²⁵ Ibídem.

Un panorama bien distinto es el que se respiraba en 1901, una vez decretada obligatoria la colegiación y constituido el Colegio Médico Oficial.

La importancia conferida a estos sistemas de asistencia colectiva no pasó desapercibida a los legisladores puesto que en los Estatutos de los Colegios Médicos Oficiales (1900), –aprobados a partir del RD de 12 de abril de 1898 que prescribía la colegiación obligatoria–, el capítulo III lleva por título *De las relaciones de los médicos con las empresas y sociedades benéficas* (artículos 18^a al 21^a). El articulado establece la obligación de los facultativos de comunicar a su Colegio las relaciones contractuales asumidas con las sociedades cuya finalidad fuera la asistencia médico-sanitaria para que la Junta de Gobierno pudiera facilitarles los requisitos a los que debería ajustarse la relación laboral, entre ellos limitar la asistencia a 150 vecinos asociados. La Junta de Gobierno se arrogaba la potestad de amonestar, multar o suspender la autorización para contratar si los facultativos se excedían en los términos marcados por el artículo 19.³²⁶

El reglamento del Colegio Médico Oficial de Baleares, aprobado el 31 de enero de 1901, establecía en su título III las relaciones con los médicos de las empresas y de las sociedades benéficas. Este título consta de cuatro artículos (del 11^o al 14^o) en el que, a diferencia del impuesto en 1900, también contempla las relaciones de los médicos titulares para ajustar sus contratos a la entonces ley vigente (Reglamento benéfico-sanitario de 14 de junio de 1891). A su vez, este estatuto (art. 14^o) también contemplaba la morosidad de las asociaciones, corporaciones y particulares mediante la publicidad en un libro de registro de morosos.

En septiembre de 1901, tras el estudio de las respuestas de un cuestionario contestado por 53 médicos oficiales, los comisionados Álvarez, Olivares y Monteros expusieron la *Ponencia del cuestionario* que serviría de base para la revisión de las condiciones de los servicios a las sociedades de socorros mutuos, igualas, médicos de partido y honora-

326 Art. 19. La Junta de Gobierno del Colegio facilitará al Médico noticia exacta de los siguientes requisitos, que deben llenar las Sociedades y Empresas:

1^o. Tener un Médico para cada 150 vecinos asociados.

2^o. Cumplir lo preceptuado en el artículo 7^o del Real decreto de 13 de agosto de 1894, relativo a la tributación de los Médicos.

3^a Cumplir fielmente los estatutos por que se rige la Asociación y Empresa en cuanto se refiere a la asistencia médica.

rios médicos, esta vez ya sin la aquiescencia de la Real Academia.

Una de las cuestiones patentes en las decisiones reflejadas en las actas es la necesidad de mostrar la unidad de la “clase médica” en todas sus decisiones. Así lo ponen de manifiesto los comisionados al mencionar la extraordinaria acogida de los médicos oficiales al cuestionario mencionado:

“El modo como han apreciado los actos interprofesionales de la vida práctica de la medicina y nuestras propias necesidades, es tan unánime y tan compacta en general que las excepciones en número casi cero, lo dice la ponencia con orgullo y buen nombre de la clase médica Balear no desvirtúan en lo más mínimo la unidad de criterio sustentado y emitido con la misma liberalidad que fueron consultados por esta Junta los médicos oficiales de Baleares”.³²⁷

Como se verá más adelante, esta unidad sí fue cuestionada desde la prensa mallorquina, concretamente en el diario *La Última Hora*, respecto a los acuerdos alcanzados sobre las sociedades de socorros mutuos.

El nuevo proyecto constaba de siete bases. La primera establecía la definición de familia a efectos de asistencia sanitaria, quedando restringida a los ascendientes y descendientes que vivieran bajo el mismo techo que el asociado. Las personas “que tienen medios de vivir independientes” quedaban fuera de las prestaciones sanitarias (base 2ª). La tercera³²⁸ base establecía que los asociados solo tenían derecho al servicio anexo al de la visita ordinaria, quedando excluidos:

“[l]a asistencia al parto normal, las enfermedades venéreas y sífilíticas (siempre que no las vede el secreto médico), las adquiridas en contiendas, las operaciones de todas clases de cirugía mayor, las visitas a altas horas de la noche, las consultas y entrevistas no solicitadas por el médico asociado, las noches pasadas al lado del enfermo y los demás servicios que, no siendo necesarios, lo reclame la familia, serán satisfechos según la clase 7ª de la tarifa”.³²⁹

Los asociados que disfrutaran de una renta superior a 1500 pesetas anuales no tenían derecho a la asistencia pero sí podían ser asistidos mediante el pago de los honorarios

327 *Libro de Actas de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos*, sesión del 30 de septiembre de 1901, (COMIB).

328 Base tercera de la propuesta del 30 de septiembre de 1901. Finalmente será la base cuarta del proyecto aprobado.

329 *Libro de Actas de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos*, sesión del 30 de septiembre de 1901, (COMIB).

establecidos para la clase 7ª de la *Tarifa* (base 5ª). Y en todos los casos, los aspirantes a entrar en una sociedad no debían tener a ningún miembro de la familia enfermo en el momento de solicitar la membresía (base 7ª).

Respecto a las cuotas, se estipuló que devengarían un mínimo de 5 pesetas los asociados residentes en el núcleo urbano y afueras de la capital siempre que la distancia no excediera de los 6 kilómetros (base 4ª).

La ponencia finalizaba con dos puntos en los que se especificaba claramente la posición de los médicos una vez aprobadas las bases y establecido el periodo de adaptación de los estatutos de las sociedades. Se advertía que si la separación del cargo era consecuencia de someterse a las bases del Colegio:

“[n]o podrán en este caso los colegiados solicitar ni obtener la vacante del médico de una Sociedad que no sea por fallecimiento o renuncia expresa hecha ante la Junta de Gobierno de este Colegio”.³³⁰

Asimismo, el Colegio conminaba a las sociedades cuya actividad era la asistencia médico-farmacéutica con ánimo de lucro a cesar su actividad una vez aprobadas las nuevas bases.

El camino hacia el cumplimiento de estas bases por parte de las sociedades, así como la disciplina que el Colegio imponía a sus colegiados, son un claro ejemplo de la fuerza que adquirió el Colegio Médico Oficial a partir de la colegiación obligatoria, aunque esta, después de muchos avatares, no fuera una realidad hasta 1918.

La aprobación final del proyecto presentado el 30 de septiembre de 1901 no se materializó hasta mayo de 1902 puesto que el Colegio aplazó su decisión a la espera del fallo de los tribunales sobre el contencioso administrativo respecto a la colegiación. Una vez emitido este, –siendo favorable a la colegiación obligatoria–, la Junta del Colegio, en sesión de 7 de mayo, decidió convocar a los colegiados contratados por las sociedades de socorros mutuos a fin de manifestarles su deseo de llevar a cabo acciones para el cumplimiento de lo aprobado. En dicha convocatoria, que tuvo lugar el 13 de mayo,

330 *Ibidem*.

los asistentes³³¹ dieron amplios poderes a la Junta para que emprendiera las acciones que estimase apropiadas y fijara el plazo de ejecución de las bases a primero de julio de 1902.

Las negociaciones entre el Colegio y las asociaciones debieron ser arduas por lo que se desprende de la documentación y por el retraso y la ignorancia que manifiestan las sociedades, aunque tampoco trascienden los temas de desacuerdo. No obstante, uno de los escollos fue la base 4ª del proyecto puesto que el Colegio, un día antes de expirar el plazo dado a las sociedades para armonizar sus estatutos, y sin haber recibido ninguna notificación de este hecho, convocó a los colegiados para informarles sobre la modificación de la mencionada base y prorrogar el plazo de cumplimiento de las bases a 15 de julio.

Esta modificación obedecía al “objeto de garantizar la asistencia médica de la clase jornalera en armonía con sus necesidades y con los sentimientos de caridad que siempre han sido norma en nuestro ejercicio profesional”³³² quedando redactada como sigue:

“El asociado no tiene más derecho que al servicio anexo de la visita ordinaria. La asistencia al parto normal, las heridas adquiridas en contiendas, las operaciones de toda clase de cirugía mayor, las visitas a altas horas de la noche, las consultas y entrevistas no solicitadas por el médico asociado, las noches pasadas al lado del enfermo, y los demás servicios que, no siendo necesarios, los reclame la familia serán satisfechos según la clase séptima de la Tarifa.

Atendiendo a las condiciones especiales de la vida social del jornalero de esta municipalidad, y manera como está organizado el servicio de la asistencia médica de la Beneficencia pública, los socios cuya subsistencia dependa exclusivamente de su jornal tendrán derecho gratuito a todos los servicios gratuitos comprendidos en esta Base”³³³

A pesar de la modificación y la prorroga, ni los médicos asociados ni las asociaciones remitieron los nuevos estatutos o contratos actualizados a las Bases del Colegio. Ante esta situación, el 12 de julio de 1902, la Junta Directiva decidió ejercer presión sobre los

331 Domenge, Álvarez, Oliver, Real, Sard, Font y Monteros, Ribas, Rabassa, Cerdá, Castañer, Mercant, Sampol, Ogazón, Monserrat, Tous, Rotger, Company, Villalonga, T. Darder, Cortés, Martorell, Aguiló, Mir, F. Ribas, Cervera, Mayol, Munar, Riera, Gayá, Font Feliu, J. Darder (*Libro de Actas de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos*, sesión del 20 de junio de 1902, ARAMIB).

332 *Ibidem*, sesión del 29 de junio de 1902, (COMIB).

333 *Ibidem*.

facultativos –mediante notificación escrita– esgrimiendo la obligatoriedad del cumplimiento de los acuerdos alcanzados en los Colegios Oficiales una vez despejada la duda sobre la colegiación obligatoria. El control y presión se reforzaron mediante la obligatoriedad de acusar recibo de la notificación al conserje del Colegio.

Parece que la campaña emprendida por el Colegio surtió efecto puesto que el día 16 de julio se recibieron las primeras notificaciones presentando la dimisión de sus cargos los médicos asociados. La siguiente tabla muestra las asociaciones en las que prestaban servicios los médicos palmesanos, la mayoría socios del Colegio Médico-Farmacéutico³³⁴ y del Oficial de Baleares.

Tabla 24. Médicos asociados del Colegio Médico-Farmacéutico

Médico	Asociación
José Cerdá	El Beneficiador, La Constancia Forense, La Balear, Esperanza del Hogar
Pedro Company	El Montepío del Arrabal de Santa Catalina, Mar y Tierra
Damián Tous	La Aldeana de Son Serra, La Flor Española de Son Espanyolet, Mar y Tierra
Bernardo Riera	Esperanza del Hogar
Gabriel Olivares	El Clero, Obreros Católicos
Enrique Cervera	Unión Protectora Mercantil
Santiago Villalonga	La Balear, La Esperanza del Hogar, El Montepío Mallorquín, Obreros Católicos, Mar y Tierra, La Protectora
Sebastián Font y Feliu	Asistencia Palmesana
José Sampol	Sociedad de Bomberos
Antonio Rabassa	Hermanidad Humanitaria, unión Forense, Fraternal Forense, El Montepío del Arrabal de Santa Catalina, Protectora Mercantil, La Caridad, La Palma, El Amparo
Juan Monserrat	El Amparo
Jaime Font y Monteros	La Palma, La Unión Forense, El Auxilio
Ramon Rotger	La Palma, La Balear
Bartolomé Monserrat	La Flor de la Humanidad
Francisco Cortés	El Auxilio
Bartolomé Gayà	La Protectora
Miguel Martorell	La Protectora
Juan Mercant	Asistencia Palmesana
José Darder	Beata Catalina Thomás, Montepío de la Caridad

334 Hay que tener presente que el Colegio Médico-Farmacéutico seguía funcionando como asociación privada y que fue el embrión del Colegio Oficial. Además, buena parte de sus socios y miembros de las Juntas eran, a su vez, socios de la Real Academia.

Antonio Mayol	Montepío de la Caridad
Tomás Darder	Montepío de la Caridad
Miguel Castañer	La Imparcial
José Miró Peña	Centro Católico
Francisco Ribas	La Bienhechora del Terreno
Jerónimo Ripoll	Mar y Tierra, La Hortelana, La Flor de la Humanidad

Fuente: elaboración propia a partir de *Libro de Actas de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos*

Aceptaron las bases las siguientes sociedades: La Protección, La Benéfica, El Clero, Mar y Tierra, La Flor Española, La Beata Catalina Thomás, Asociación de Maestras de Santa Teresa de Jesús, La Humanitaria, La Palma.

4.4.3. Sociedades de Socoros, médicos y opinión pública

La importancia de las sociedades de socorros mutuos en la sociedad balear de finales del siglo XIX quedó manifiesta en la trascendencia a la opinión pública del conflicto entre los médicos colegiados y las sociedades.

El día 25 de julio de 1902 se publicó un artículo anónimo titulado *Médicos y sociedades* en el periódico *La Última Hora* que iba a levantar un fuerte malestar entre los miembros de la Junta directiva del Colegio Oficial y la reacción unánime de los médicos colegiados de todas las islas.

El artículo exponía que la existencia y el funcionamiento de las sociedades de socorros mutuos se veían seriamente amenazadas por el conflicto entre médicos y asociaciones. La importancia de las sociedades, tanto para la clase proletaria como para las más acomodadas, quedaba patente en el artículo y sugiere la función de orden y contención que tenían estas sociedades en momentos en los que la pobreza y el sistema asistencial estatal estaban en una fase embrionaria de lo que sería el cambio a modelos de estados de bienestar³³⁵:

“Esas benéficas instituciones representan entre nosotros factores sociales muy importantes que por los nobles fines que persigue y por la perfección con que los cumplen se han ganado el aplauso y la simpatía de cuantos conocen su organización. De modo que su dimisión no solo sería causa de un gran perjuicio para las clases menesterosas sino también motivo de disgusto para muchos de aquellos

335 Cf. ESTEBAN DE VEGA, M. (2010).

que por su posición desahogada, no se aprovechan de las ventajas de aquellas”³³⁶

El articulista puntualizaba que era la tercera vez que estallaba este conflicto por los honorarios, pero que el actual podría tener dimensiones distintas a los precedentes por la colegiación obligatoria de los facultativos y la fuerza que esto les confería en sus reivindicaciones. Apuntaba, asimismo, y en este apunto radica la polémica, que el contencioso se libraba entre “el Colegio Médico” y las asociaciones y no entre la totalidad de la “clase médica”, dividida respecto a esta cuestión. Las dos tendencias que “se observaban” en el cuerpo médico no eran tanto por las diferencias entre las sociedades y los médicos asociados, sino entre las dos posturas antagónicas observadas entre la “clase médica”.

Una de las posturas, que abogaba por la disminución o eliminación de las sociedades, era seguida, según el articulista, por

“[a]lgunos de los que ejercen la medicina en esta ciudad, escasos en número, pero que por su edad y prestigio tienen cierto ascendiente sobre sus compañeros consideran lesiva para los intereses generales de la clase y a sus propios intereses generales la existencia de las Sociedades de Socorros Mutuos, que proporcionando asistencia facultativa barata a la mayor parte de las familias deja la clientela común o a sus familias no asociadas reducida a límites muy estrechos en términos que escasean las igualas particulares y las visitas retribuidas y en consecuencia procuran la disolución o sugieren la disminución de aquellas sociedades creándoles dificultades”³³⁷

La otra tendencia, pro-sociedades de socorros mutuos, estaba formada por los médicos de las sociedades, “médicos jóvenes deseosos de abrirse camino que ven en las sociedades mejores facilidades para asegurarse un ingreso tal vez modesto y a costa de un trabajo penoso” y crearse una clientela particular. El anónimo articulista afirmaba que si bien esta era la tendencia mayoritaria por “razones de compañerismo, tal vez exageradas, y por otras causas, se someten a la voluntad de los menos que tratan de resolver el problema ganado más trabajando menos”³³⁸

336 *La Última Hora*, “Médicos y sociedades”, 25 de julio de 1902.

337 *Ibidem*.

338 *Ibidem*.

Dos eran los puntos que creía necesarios analizar con el fin de determinar cuál de las dos posturas era la legítima: en primer lugar si el Colegio tenía facultades para decidir sobre los honorarios entre los médicos y las sociedades; el segundo, que no desarrolla, debería abordar cuáles serían las consecuencias de la disolución de las sociedades para la clase trabajadora y la médica.

El argumento del autor del artículo contra la presunta injerencia de la Junta de Gobierno del Colegio se basa en el articulado de los *Estatutos de los Colegios Médicos*. En primer lugar apela a la misión y objeto de los Colegios de Médicos, recogidos en el artículo 4^o³³⁹ donde no se alude a la potestad del Colegio en cuanto a materia de honorarios. Es más, el autor opina que dicha injerencia lo apartaría del cumplimiento de sus funciones fomentando el intrusismo y rivalidades entre los facultativos. Refuerza este argumento con el articulado del Capítulo III que, como se ha mencionado, llevaba por título *De las relaciones de los médicos con las empresas y sociedades benéficas* y en el que no se hace mención alguna a los honorarios, más allá de los establecido legalmente (art. 18.2). Estos argumentos, entendía el periodista, eran suficientes para deducir que cuando se redactaron “no estaba en la mente del legislador” que las Juntas de Gobierno decidieran sobre este particular coartando la libertad de contratación de los médicos y que el artículo 41, en su párrafo 4^o [sic]³⁴⁰, únicamente facultaba a los integrantes de la Junta para actuar en caso de litigio, como árbitros o “como amigable componedor”. Con esta lectura de los *Estatutos*, afirmaba el articulista, la Junta se había excedido en sus atribuciones y autoridad.

Sin embargo, toda la exposición se basa en los estatutos de 1900, cuando la lectura del reglamento del Colegio Oficial de Médicos de Baleares, con fecha 31 de enero de 1901, puede sugerir otras interpretaciones sobre la actuación de la Junta de Gobierno. En primer lugar, los fines y objeto de la sección profesional del Colegio “conforme a lo prescrito en los Estatutos del citado real decreto”, a saber, el 12 de abril de 1898 sobre la colegiación, establecía en su artículo 2.III:

339 *Ibidem*.

340 Se refiere al artículo 41.VI.

“Defender los intereses de la clase médica, procurando obtener en su beneficio las consideraciones, así morales, *como materiales*, que merece, por la importancia y nobleza de sus fines”. (Énfasis añadido).

Respecto al capítulo III, el reglamento especifica que la Junta de Gobierno facilitará al médico “noticia exacta de los requisitos legales que, relacionados con el servicio médico, deben llenar las sociedades y Empresas, [...]” (art.13).

El articulista finalizaba su exposición acusando a la Junta de Gobierno de promover “una huelga” en la que las partes afectadas “obreros y patronos (médicos y sociedades)”, sin su coacción y amenaza, hubieran llegado a un acuerdo. Ante la postura de la Junta, se preguntaba si esta era la actitud “propia de una colectividad de personas adornadas por un título facultativo” que en un futuro formularían “amargas censuras como de costumbre” contra las autoridades si no se reprimían las coacciones ejercidas por los obreros en huelga sobre sus compañeros que deseaban no abandonar su trabajo. Su punto de vista era que, ante semejante actuación, perdían el derecho y la autoridad.

La respuesta del Colegio fue inmediata y contundente. Reunido en sesión extraordinaria el día 29 de julio de 1902, el presidente expuso su malestar por las acusaciones vertidas contra la Junta en el artículo mencionado. Puesto que la Junta, y en su nombre el presidente, tenían el voto de confianza de los colegiados para resolver todas las cuestiones relativas a las sociedades de socorros mutuos, el presidente manifestó que

“[t]eniendo en consideración que pueden haber ocurrido desde aquella época [13 de mayo de 1902] circunstancias que aconsejen u obliguen a modificar el proceder expuesto, [...] he de manifestarles que desde este momento se consideren desligados del compromiso que envuelve aquel voto de confianza y que por lo tanto puedan exponer con entera libertad lo que es dicte su leal saber y entender”.³⁴¹

Comunicó, a su vez, la dimisión irrevocable de Julián Álvarez como consecuencia de la publicación.

La Junta no solo ratificó su voto de confianza, sino que se acordó pasar una nueva circular a los presidentes de las sociedades de socorros mutuos en donde se advirtiera del

³⁴¹ Libro de Actas de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos, sesión del 29 de julio de 1902, (ARAMIB).

obligado cumplimiento de las bases del proyecto y de las condiciones contractuales de los médicos asociados, especialmente en lo relativo a la resolución de estos.

Respecto al artículo anónimo, como tal “debía despreciarse” y se acordó:

“Que deben evitarse discusiones por medio de los periódicos, a menos que los artículos no vayan firmados por personas competentes, despreciando lo que pueda escribirse anónimamente”.³⁴²

No obstante, la Junta acordó remitir una carta de protesta a diversos periódicos locales, firmada por los médicos colegiados en la que se aclaraban varios puntos. El primero focalizado en la cuestión de los aludidos “mezquinos honorarios” a lo que la Junta contestaba que “[las bases] no fueron más allá del punto justo en que se confunden sus intereses particulares con los deberes de humanidad y atención a las clases necesitadas, que constituye su más honrosa característica profesional”³⁴³. Se insistía, además, en el consenso alcanzado en las decisiones adoptadas “no [habiendo] directores ni dirigidos” como atestiguaban las actas de las sesiones y el voto de confianza otorgado únicamente por los médicos que prestaban sus servicios a sociedades. Y finalizaba la exposición con la ratificación de la necesidad de las sociedades de socorros mutuos, siempre que su objetivo fuera la asistencia exclusiva de la clase proletaria.

La adhesión de los colegiados queda patente en la firma de la protesta por 37 médicos palmesanos, así como los telegramas de adhesión de las subcomisiones de Inca, Manacor, Menorca e Ibiza, en los que se consignaba desconocer el artículo pero “siendo atentatorio clase médica, nos adherimos”.

4.5. La relación médicos-Administraciones

Como señala Abraham De Swaan (1988: 272), los expertos relacionados con el Estado, entre ellos los profesionales, se mueven en tres ámbitos distintos: el del Estado, el de la profesión y el de la clientela particular. Los médicos ejercieron esta función de expertos para el Estado en el proceso de colectivización y proceso civilizador al que alude De Swaan influyendo sobre las estrategias y los conceptos básicos que empleaban

³⁴² *Ibidem*, sesión del 30 de julio de 1902.

³⁴³ *Ibidem*.

los ciudadanos para definir sus experiencias. Es indudable la función de la medicina en el movimiento higienista y sobre esta función trata el presente apartado³⁴⁴. Por otra parte, la construcción identitaria de la profesión médica del siglo XIX también debe entenderse en el marco de las situaciones extraordinarias – guerra y epidemias – aunque en este trabajo únicamente se hace mención a los escasos episodios epidémicos que se produjeron en las Islas Baleares, especialmente en Mallorca.

La medicina y especialmente sus representaciones “legítimas”³⁴⁵, es decir, Academias, Colegios Oficiales y en el ámbito municipal los titulares, eran considerados como indispensables en las cuestiones de higiene pública y medicina legal³⁴⁶. Los reglamentos académicos de 1830 y 1876 confieren a las Academias de distrito competencias en ambos ámbitos que con el tiempo irán perdiendo. La Academia de Palma no fue una excepción y el siguiente cuadro recoge las actuaciones que llevó a cabo durante el último tercio del siglo XIX en materia de Salud Pública.

344 En esta investigación se tiene en cuenta la medicina legal solo cuando se considera su relación con la construcción identitaria de la profesión (Vid. *infra* cap. 5) Tampoco se tienen en cuenta los problemas de los médicos titulares, mayoritariamente los referidos a impagos o a resoluciones de contrato contrarias a las leyes vigentes; de hecho se trata de un colectivo que puede considerarse como proto-funcionarios. Sin embargo merece una investigación más pormenorizada. Tampoco pretendo ampliar el análisis del higienismo mallorquín ya que también supone un tema lo suficientemente importante para dedicarle una atención más profunda; en este sentido mi intención es mostrar en qué aspectos se puede relacionar este movimiento con la construcción identitaria en la que confluyen diferentes aspectos y variables.

345 Los médicos del siglo XIX suelen referirse a las academias y colegios con este adjetivo.

346 Aspecto ampliamente expuesto en 1853 por Matías Nieto Serrano en la Academia matritense con un discurso titulado *Relaciones de las Academias con la ciencia a que corresponden, de sus funciones en la administración pública, y del influjo de la medicina en la ciencia del gobierno*. En su discurso aludió a la importancia de la medicina en sus relaciones con la “ciencia del gobierno”, destacando la higiene pública y la medicina legal. Para el Dr. Nieto, algunos ramos de la Administración procedían directamente de las ciencias médicas y consideraba indispensable un cambio en la enseñanza con la finalidad de que esta ciencia tuviera más ascendiente en la del gobierno. Matías Serrano lo expresa como sigue: “Convendría acercar, más que lo están, las ciencias médicas a las administrativas y legislativas, lo cual se conseguiría por dos caminos, que deberían adoptarse simultáneamente: perfeccionar el estudio de la filosofía médica en toda su extensión en las facultades de medicina, e iniciar en la importancia de la antropología a los alumnos dedicados a la jurisprudencia y a la administración” (1853: 13). En el caso de la medicina legal, el debate es manifiesto a lo largo de la centuria, como también recogió la *Revista Balear de Ciencias Médicas*. En este debate, aparte de diversas cuestiones, también queda patente el proceso de profesionalización y la rivalidad entre médicos y legistas.

Tabla 25. Listados de los principales informes emitidos por la Real Academia de Palma en materia de Salud Pública

Ayuntamiento de Palma	Diputación y Gobierno Civil
Dictamen sobre necesidad del derrumbe de las murallas (1878)	Mejoras en el Balneario de San Juan de Campos (1881)
Informes en prevención posibles invasiones epidémicas (1883, 1893)	Dictamen descomposición aguas de Es Portitxol (1881)
Informe sobre condiciones higiénicas de un futuro barrio de 16 casas en Es Molinar de Llevant (1891)	Informes en prevención posibles invasiones epidémicas (1884, 1890, 1899)
Consulta sobre enfermedades en una barriada en la que se construye el alcantarillado (1895)	Dictamen sobre filtros en la fuente de “La Gimmesiana” (1885)
Informe sobre la naturaleza de las enfermedades en la capital (1899)	Estudio sobre establecimiento Laboratorio (1888)
Informe sobre la mejor especie de arbolado público (1903)	Informe sobre localización de un lazareto (1891)
	Análisis aguas de la fuente de Santa Margarita (1893)
	Información acerca de la mejor ubicación de sanatorios (1903)

Fuente: Elaboración propia a partir de *Copiador de consultas, llevadas por las Autoridades y particulares* de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca.

La mayoría de las consultas sobre higiene pública fueron canalizadas a través de la Academia, tal como establecía la legislación, pero a finales del siglo XIX se observa una presencia cada vez más importante del Colegio Médico-Farmacéutico, tal como atestigua su documentación y como los mismos colegiados exponen en las reseñas de sus trabajos anuales³⁴⁷. Como puede observarse en la tabla 25, la mayoría de las consultas realizadas por las distintas administraciones se concentra en los problemas relacionados con la canalización de las aguas sanitarias y fecales y las invasiones epidémicas.

Respecto a la higiene pública, la función de la Academia, en la mayoría de los casos, fue la de arbitraje puesto que las distintas administraciones, con anterioridad, ya habían solicitado informes o dictámenes a las juntas municipales, provincial o a distintos expertos. Este fue el caso de la consulta remitida por el Gobierno de la Provincia de Baleares en octubre de 1881. El asunto radicaba en la queja de varios vecinos³⁴⁸ sobre la “descomposición y turbidez” de las aguas del puerto entre los puntos del Portitxol y la

³⁴⁷ Básicamente mientras funcionó como asociación con carácter oficial.

³⁴⁸ Las quejas provenían del dueño de los Baños de la Corella y de varios pescadores que alegaban que el pescado aparecía enfermo y con un fuerte olor a petróleo.

Portella.³⁴⁹ El gobernador resolvió poner a deliberación de la Academia un asunto de salud pública que “[la Corporación] tendrá sin duda a grande honra estudiar”, si estimaba oportuno junto con la comisión mixta de la Junta Provincial y la Junta Municipal de Palma. El informe de la Academia no se emitió hasta el 2 de agosto de 1882. La demora, según la documentación remitida al Gobierno de la Provincia, se debió

“[a] la complejidad del asunto, la necesidad de comprobar aquella turbidez y descomposición en el momento mismo de presentarse y a la conveniencia de examinar en distintas épocas del año las causas que directamente e indirectamente pudieran influir en aquellos fenómenos”.³⁵⁰

Sin embargo, en los libros de Actas de la Academia se pone de manifiesto la desidia de la sección de Higiene encargada de la investigación³⁵¹. Tras reiteradas interpelaciones sobre el estado de las pesquisas por parte del presidente de la Academia, Lorenzo Muntaner, este decidió en la sesión de 9 de mayo de 1882 hacer constar en acta su descontento por el retraso en los estudios “puesto que no quería le alcanzara responsabilidad alguna por esta demora”. El Sr. Rosselló, de la sección aludida, manifestó que las investigaciones no se habían realizado puesto que el fenómeno no se había repetido hasta los últimos días. El dictamen se emitió tres meses después con una gran profusión de detalles.

El 16 de marzo de 1885, la sección de Fomento del Gobierno de la Provincia puso a deliberación de la Academia los informes emitidos por tres profesionales acerca de la potabilidad del agua de la fuente “La Ginmesiana”. Se trataba de los datos aportados por el ingeniero jefe de obras públicas, un catedrático de Química y un ingeniero de minas. Ante la disparidad de criterios, el Gobierno de la Provincia consideró que

“[s]e hace de todo punto imposible declarar de utilidad pública el proyecto a menos que otro funcionario o Corporación competente en la ciencia higiénica manifieste categóricamente que el uso de las aguas de “La Ginmesiana” no

349 *Copiador de consultas, llevadas por las Autoridades y particulares*, Gobierno de la Provincia de las Baleares, negociado de Sanidad, 28 de octubre de 1881, (ARAMIB).

350 *Copiador de informes dados por la Academia*, 2 de agosto de 1882, (ARAMIB). Sin embargo, la lectura de las Actas de la Academia ponen de manifiesto una cierta desidia respecto al asunto.

351 Durante la década de los 80 se evidencia una clara disminución de la actividad académica, denunciada por varios de sus socios a raíz de rencillas personales entre sus miembros. En las actas queda constancia de secciones que no se reunían a pesar de la obligación estatutaria. Esta tendencia tiene su punto de inflexión con el ingreso académico de Enrique Fajarnés y Tur quien imprime una nueva dinámica a las sesiones al presentar, en todas ellas, notas científicas e históricas para su discusión.

pueden afectar a la salud pública del vecindario [...] y ninguna Corporación podrá evaluar con mayor competencia la consulta que ha de decidir punto tan crucial, como esa Real Academia”.³⁵²

Tanto de los informes emitidos por las dos cuestiones reseñadas, como para el resto de las consultas, se pueden destacar varios aspectos sobre la manera de trabajar de los académicos palmesanos. La mayoría de los dictámenes sobre higiene pública van precedidos por una exposición del significado médico del tema valorado mediante una exposición histórico-médica. Esta actuación se enmarca dentro de la importancia otorgada al estudio de la bibliografía médica y a la función propedéutica de la Historia como se puso de manifiesto en el capítulo segundo. Esta importancia también se constata, a través de las actas, en las discusiones de las sesiones académicas, especialmente en los temas médico-legales.

En los informes, es una constante dejar constancia de las observaciones “repetidas” y “escrupulosas” de los fenómenos estudiados. En algunas ocasiones, como para el caso de las aguas del puerto, la Academia procura distanciarse de la manera de trabajar de la comisión mixta. Para ello arguye la falta de datos en la exposición del caso y la consiguiente necesidad de llevar a cabo nuevas observaciones. Las visitas *in situ*, como vimos para con los clientes particulares, también se hacen constar en los informes emitidos.

Se observa, por tanto, el papel consultivo de la Academia en la aproximación dada por la Dra. León (2002: 287) sobre las juntas o consultas de médicos en las que las públicas podían ser convocadas por las autoridades. Asimismo, se pone de manifiesto la importancia atribuida a la Medicina en su papel de árbitro frente a otros profesionales relacionados con la salud pública (químicos, ingenieros, etc.) en un claro ejemplo profesionalizador. Este último aspecto se observa en los informes sobre diversos episodios de fiebres y enfermedades contagiosas acaecidas en Palma hacia finales del siglo XIX, normalmente relacionadas con las obras públicas acometidas por el consistorio o en el caso de la turbidez de las aguas del puerto³⁵³. En 1895, la comisión formada por Bordoy,

352 Copiador de consultas, llevadas por las Autoridades y particulares, Gobierno de la Provincia de las Baleares, sección de Fomento, 16 de marzo de 1885, (ARAMIB).

353 “Notorio el interés que este asunto llegó a despertar en esta ciudad y conocidas las controversias

Fajarnés y Berga para informar sobre la posible relación entre las fiebres infecciosas y las obras de la calle San Miguel no dudaba en exponer en el punto 4º de su dictamen la importancia de las acreditaciones profesionales y por consiguiente el cierre social de la profesión:

“La Comisión entiende que la Academia debe aprovechar esta oportunidad para llamar la atención de las Autoridades y Corporaciones a fin de dirigirse a este centro consultorio o a otros como en la ocasión presente lo ha hecho el Alcalde de Palma, siempre que se emprendan obras de interés general que puedan afectar a la Salud Pública, obras que, no pueden conducirse por *la opinión de los que se atreven a llamarse maestros de la ciencia de la higiene, sin título alguno académico*”. (Énfasis añadido)³⁵⁴

Para finalizar con este apartado sobre la higiene pública y la relación de la Academia con la Administración, deben consignarse las dos posturas que se debatían en el seno de la Corporación a este respecto y que vieron la luz precisamente a raíz de las obras mencionadas. En el acta del 21 de octubre de 1895, el presidente de la Academia (Antonio Frontera) opinaba que debían estudiarse las obras de canalización acometidas por el ayuntamiento por ser “evidentemente contrarias a los preceptos higiénicos y [constituir] un peligro para la salud pública” e informar al ayuntamiento. Fajarnés consideró que la Academia únicamente debía dar su opinión a la autoridad local sobre el asunto –que reconocía grave– pero que competía a la Junta Municipal de Sanidad emitir los estudios que estimara convenientes. Sin embargo, el presidente era de la opinión que lo que ocurría en la calle San Miguel era antihigiénico y que el deber y la obligación de la Academia era emitir un juicio y hacer saber su parecer sobre dicho asunto, especialmente cuando las autoridades no prestaban atención a las cuestiones de Salud Pública. Fajarnés, a pesar de estar a favor con el argumento de su presidente, sostenía que la Academia no debía tener rozamientos con las administraciones y simplemente expresar su opinión. Finalmente se aprobó, a propuesta de Darder, que Losada, con-

a que dieron margen los encontrados criterios que acerca del mismo se emitieron, adquiere tanta más importancia la resolución de la Academia, en cuanto fue la última palabra pronunciada y el fallo que unánimemente se aceptó, como inspirado en los principios imparciales y rectos de la ciencia. Desde aquel día no cabe ya la duda sobre los extremos de que se trata, y las autoridades y corporaciones encargadas de velar por la pública salubridad tienen una norma fija y exacta para inspirarse en sus resoluciones” (Reseña de los trabajos realizados por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma durante 1882, p. 16)

354 Copiador de informes dados por la Academia, 31 de octubre de 1895, (ARAMIB).

cejal del ayuntamiento palmesano, mencionara el asunto al alcalde en nombre de la Corporación. La eficacia de Losada queda fuera de toda duda puesto que la petición de informe por parte de la Alcaldía quedó registrada en la Academia el día 25 de octubre; es decir, cuatro días después.

4.5.1. Médicos, epidemias y Administración

Las epidemias eran percibidas por los médicos ochocentistas como situaciones que alteraban el orden natural de la sociedad, sumiéndola en un caos cuyos temores se arrojaban, en muchas ocasiones, sobre la persona del facultativo. La figura del médico en este escenario debía ser la de un profesional cauto cuyo diagnóstico debía hacerse con prontitud sin que mediaran los intereses por ocultar la verdad de algunos sectores interesados, especialmente por razones económicas.³⁵⁵

En este escenario extraordinario, la importancia del médico, sus virtudes, cualidades y su actuación se exaltan siendo varios los epítetos mediante los cuales los estudiantes de doctorado o los propios académicos se autodescriben. Por ejemplo, Pallarés (1865: 17) los denominaba “ángel de consolación” y “genio protector de los desgraciados” cuya asistencia se hacía con serenidad, valor, humanidad, desinterés y desprendimiento. El médico debía “sacrificarlo” todo en aras del bien de la Humanidad aunque la recompensa, según los distintos autores, no fuera más que la ingratitud de la sociedad y del Estado, si bien las críticas a la Administración en los discursos de las décadas centrales del siglo XIX son muy veladas:

“[r]econocidos que fueran los servicios profesionales prestados, se premiarían tantos sacrificios y se repartirían de algún modo las desgracias producidas por el heroísmo profesional; mas no es así y se ven expuestos a que no haya una mano amiga que enjague el llanto, y salve de la miseria a la infeliz viuda y tiernos hijos del que pierda su existencia desempeñando su filantrópica misión. Yo quisiera que se igualara con otras clases del estado, porque las epidemias son las campañas del médico verdadero” (Torre de Castro, 1865: 18).

Durante la segunda mitad del siglo XIX, como consecuencia de las oleadas epidémicas que asolaron el territorio español y europeo, la Ley Orgánica de Sanidad de 1855

355 El debate entre los contagionistas y anticontagionistas ilustra este argumento médico. Los médicos mallorquines se postularon a favor de las teorías contagionistas (CANALETA y PUJADAS, 2006; PUJADAS y CANALETA, 2010).

recogió en su articulado³⁵⁶ las pensiones que podían percibir los médicos que hubieran prestado sus servicios en tiempos epidémicos y quedaran “inutilizados en el ejercicio de su profesión”. También establecía pensiones para las viudas y huérfanos en caso de fallecimiento. Por otra parte, es muy habitual en la época encontrar en los boletines oficiales de las provincias anuncios reales publicando los nombres de los médicos que desertaron durante las epidemias como claro castigo por su negligente comportamiento profesional.

La isla de Mallorca sufrió algunas invasiones epidémicas durante el siglo XIX. Es reseñable la epidemia de peste bubónica de 1820 de los municipios de Llevant (Sureda Trujillo, 1993) y de fiebre amarilla en 1821 de Palma (Moll Blanes, 1993) puesto que posiblemente fueron catalizadores de prácticas efectivas en materia de Salud Pública (Canaleta Safont i Pujadas Mora, 2006; Pujadas Mora, 2005; Salas Vives, 2002). Una singularidad epidémica si se tiene en cuenta que España sufrió varias oleadas coléricas durante la centuria (1832 - 34; 1854 - 55, 1884 - 85 y 1890).

La epidemia de cólera de la ciudad de Palma, estudiada por Pujadas Móra (2005), puso en evidencia las supuestas cualidades que debían adornar a los facultativos ante estas calamidades. Como ha demostrado esta autora, la mayoría de los facultativos y autoridades municipales y provinciales abandonaron la ciudad y un conflicto de autoridad entre la administración local y provincial provocó la dimisión del alcalde palmesano tras el *Te Deum* (noviembre de 1865).

Este comportamiento fue trasladado a la literatura popular, como pone de manifiesto la glosa publicada en el semanario *L'ignorancia* titulado *Sa gent des cólera; l'any 1865*. Algunas de sus estrofas glosan la deserción de las autoridades y es posible observar la medicalización de la sociedad y el rol del enfermo al que alude Parsons (1982). Sirvan como ejemplo estas,

[...]

*Y aquell Retgido perdut.
Qu'escriu qu'está tan malalt;*

356 Artículos 73º a 76º.

*Y ha cercat es lloch més alt
Per recobrá sa salut.
Y un metge curt ha tengut
Que tot es séu mal esplich,
Que don fè y que certifich
Qu'es trabay li es tan mal sá,
Qu'à Ciutat no hi pot troná
Mentres sa peste hey radich.*

[...]

*Y aquell altre bell i grós
Qu'empeñá perque ley féssan,
Y ara ses temors no céssan
De no anar massa del cós.
Jò casi à creure no gós
Lo que mos diu desde enfóra
Que plòra de pena, plòra
Perque no' l deixan torná,
Y que no es pòd escapá
Perque té es metge³⁵⁷*

La sesión inaugural de 1866 de la Real Academia tuvo como protagonista, como no podía ser de otro modo, a la epidemia que asoló la capital balear en 1865. El discurso inaugural, a cargo de Mateo Tous Oliver, se tituló *El cólera morbo-asiático es una enfermedad epidémica y contagiosa* y para la ocasión, –algo poco habitual en la estructura de las publicaciones académicas–, Antonio Gelabert, presidente de la corporación, también pronunció un discurso. El discurso de Gelabert debe entenderse como de repro- bación por la deserción de gran parte de los médicos palmesanos, pero tanto su estilo como posiblemente un pacto tácito entre los médicos sobre este asunto no nos permiten constatar una condena firme y clara, sino declaraciones teñidas por la elegante retórica de que hacen gala los académicos. La magnitud del problema profesional que debió suponer el abandono de los facultativos tuvo ecos en la sesión inaugural de 1868 en la que Weyler (1868: 8-9), encargado del discurso inaugural, expresaba su intención

357 Y ese regidor que se ha perdido/Que escribe que está tan enfermo/Y ha buscado el sitio más alto/ Para recobrar la salud/Y ha tenido un médico corto/Que explica su enfermedad/Que da fe y certifica/ Que trabajar le es poco saludable/Que no debe volver a Ciutat (Palma)/mientras está apestada. Y aquel otro [regidor] hermoso y gordo/Que se empeñó en que se dictaran leyes/Y ahora los temores no cesan/Por no ir bien de vientre/Yo casi no me creo/Lo que nos dice desde fuera [de la ciudad]/Que llora de pena, que llora/Porque no le permiten volver/Y que no se puede escapar/porque tiene allí al médico [traducción propia].

de tratarlo pero que había renunciado a ello para no “despertar viejas rencillas en la profesión”.

Gelabert elogia el comportamiento de los médicos durante los meses de epidemia, especialmente el de los fallecidos en el cumplimiento de sus deberes y alude a la responsabilidad moral del médico ante ciertos deberes “tácitos que cumplir”. Una responsabilidad que, como muchos médicos argumentaban, era anterior a las leyes vigentes al respecto y afirmaban que “estas faltas, que son graves, jamás pueden ser borradas” (1866: 38). Pero Gelabert no solo afea la conducta de los facultativos, sino que también lo hace con la de las autoridades mediante el mismo argumento: los deberes contraídos con la aceptación del cargo.

“[Las Autoridades y los médicos] están íntimamente ligados con un compromiso solemne por el solo hecho de desempeñar un cargo, que al aceptarlo, lleva en sí una especie de enlazamiento que les obliga a no abandonarlo y mantenerse [...]. Sí, señores, servicios [que] repugna cumplir a no pocas de las personas a quienes corresponde, y para ello hay que estar dotado de eminentes cualidades que no todos poseen, de abnegación y valor, sin los que difícil es permanecer en un pueblo aterrorizado” (1866: 38).

Sin embargo, Gelabert incide en el comportamiento de los médicos aludiendo a los deberes impuestos no solo por el título académico, sino también por los principios cristianos y humanitarios conminando a sus profesores a no ser “meros espectadores de las escenas de desolación y muerte, no se albergue en nosotros la fría indiferencia, el miedo ni la concordia, no huyamos ante un enemigo valiente y terrible, el combate debe aceptarse y en la lucha hay valor” (1866: 39).

Mateo Tous, en su discurso, también se debate entre la reprobación y la exculpación de sus compañeros, “ministros desertores [que] *non erant ex nobis*” (1866: 9). Sin embargo, esta amonestación va seguida de una explicación relacionada con la indefensión de la “clase médica” en su lucha contra “enemigos invisibles y de inmenso poderío”. La velada crítica a la desprotección gubernativa de médicos, viudas y huérfanos es clara aunque, aclara el autor, el sacrificio hecho es premiado por Dios y la Ciencia. Tous, sin embargo, añade a esta lista de agravios los que provenían de la incomprensión de la sociedad sobre la medicina como ciencia y el trabajo del médico, así como la distinta

vara de medir entre las distintas ciencias. Como en otros discursos ya mencionados, especialmente en el capítulo segundo respecto a la misión y definición de la ciencia de curar, Tous acusa a la población del desinterés por entender, por ejemplo, el mecanismo de la electricidad frente a las innumerables preguntas hechas acerca del cólera, para las que los médicos no tenían respuestas satisfactorias:

“¿Y quién ha visto esas emanaciones tóxicas [causantes del cólera según el autor] agente destructor tan poderoso, que en pocas horas acaba con las más robustas existencias’ Y yo replico, y quién ha visto la electricidad, cuando instantáneamente transmite el pensamiento del hombre a doscientas leguas de distancia?” (1866: 10).

Todo este discurso, sin embargo, no era óbice para que los médicos hicieran reclamaciones económicas o relacionadas con el prestigio. Tal fue el caso del presidente de la Real Academia, Antonio Gelabert, a la sazón regidor del ayuntamiento palmesano y subdelegado de Medicina del distrito de Palma.

En 1866, José Ferriol, cura párroco de la Iglesia de Sant Josep y Manuel Mayol, alcalde de Palma, emitieron dos certificados sobre las funciones y actividades desarrolladas durante la epidemia por Antonio Gelabert con el propósito de que le fuera concedida la Cruz de Beneficencia. Gelabert organizó el cementerio, los carruajes mortuorios y el hospital de coléricos localizado en el antiguo convento de los Capuchinos en el que, al parecer, atendió “solo” a los enfermos. Asistió a todas las sesiones de las comisiones de las que formaba parte y, finalmente, prestó atención sanitaria gratuita a los particulares. Ambos relatos están aderezados con un lenguaje en el que se ensalzan las siguientes cualidades y virtudes: abnegación, caridad admirable o cristiana, celo, valor, ánimo esforzado

“[e]xponiendo su propia existencia en favor de los enfermos puestos a su cuidado, no perdonando medios ni fatiga alguna para procurarles el alivio de sus dolencias, los consuelos que la humanidad aconseja e inspirándoles confianza de que la mayor parte carecen, remedio, muchas veces único que puede propinar el facultativo para salvar la vida al doliente”.³⁵⁸

Sin embargo, el fiscal encargado de valorar la idoneidad de la petición, Estanislao Luís [Penaño] desestimó la petición. En primer lugar argumentó que la condecoración civil

358 *Ejercicio profesional, 1830-1865*, (ARAMIB).

de la Orden de Beneficencia, destinada a premiar “los actos heroicos de virtud, de abnegación, caridad y servicios eminentes” realizados durante una calamidad tenía ciertas restricciones: quedaban excluidas las acciones realizadas en cumplimiento del deber previamente impuesto y aceptado. Argumentaba, a su vez, que las actividades realizadas por Gelabert no se habían llevado a cabo gratuita y voluntariamente sino en cumplimiento de sus deberes como regidor del ayuntamiento, comisionado y subdelegado de Medicina. A los argumentos esgrimidos por Ferriol y Mayol sobre la gratuidad de la asistencia a los particulares en sus propios domicilios, el fiscal contrapuso que tal gratuidad no era real puesto que los médicos recibieron 8 escudos diarios por sus servicios durante la epidemia y que “tal asistencia [no] puede calificarse de gratuita porque si no la pagaban los particulares, la pagaban los fondos públicos a razón de 8 escudos diarios”.³⁵⁹ El fiscal finalizaba su dictamen con la formula harto utilizada en la mayoría de los documentos consultados, es decir, dejando en manos de la autoridad competente la resolución: “[e]sto no obstante, el Gobernador civil de esta provincia con sus superiores luces, calificará en el modo más acertado los servicios prestados por el médico Antonio Gelabert”. Tomás Monserrat (1999: 68) afirma que fue distinguido con la Encomienda de Isabel la Católica por sus servicios en esta epidemia y la de fiebre amarilla de 1870.

Domingo Escafi también interpuso un pleito contra el ayuntamiento palmesano por el impago de parte de los honorarios que, según este médico, le correspondían por los servicios prestados durante la epidemia de cólera de 1865 en el distrito del Molinar de Llevant. La queja de Escafi radicaba en que no había recibido la cantidad total, es decir, desde el día primero de septiembre de 1865 hasta el 11 de noviembre –en que se cantó el *Te Deum*– por haber caído enfermo nada más incorporarse a su puesto. Los argumentos de Escafi para reclamar el montante entero de los honorarios fueron los que expongo a continuación, que rebatió el subdelegado Gelabert, denegándole la petición.

Escafi argumentaba que no pudo desempeñar su labor por haber contraído la enfermedad y la larga convalecencia que le prescribieron los médicos que le asistieron. Asimismo, a los efectos de la enfermedad sumaba los provocados por la muerte de cuatro

359 *Ibidem*.

de sus parientes, entre ellos sus padres. El ayuntamiento únicamente le hizo efectivos 40 días, si bien solo había trabajado 6 de ellos. Escafi exponía que el tipo de trabajo desempeñado nada tenía que ver con el del “último jornalero” puesto que la misión del médico era mucho más elevada y sus auxilios más importantes, indispensables y peligrosos para la propia persona y, que por mucho que se satisficieran quedaban indebidamente recompensados. Consideraba el agravio como una especie de castigo por haber contraído el cólera que únicamente podía haber evitado si hubiera renunciado a su destino y labor, como hicieron gran parte de los facultativos palmesanos. Sin embargo, el argumento de peso que presenta Escafi era el siguiente:

“No molestaría, por cierto, la superior atención de Ud. si no temiera que por semejante decreto [es decir, no satisfacerle todas las dietas al haber estado enfermo] quedase sentado un precedente, no solo contrario a los derechos a la dignidad de la clase facultativa, sino hasta perjudicial a la conveniencia pública y si no fueran tantos y de tanto peso las razones que apoyan la petición del que suscribe”.³⁶⁰

El artículo 75 de la Ley General de Sanidad establecía el derecho a la percepción de las dietas en caso de “inutilización” por los servicios prestados, independientemente del lugar donde se hubieran prestado. Además, exponía Escafi, si la ley no contemplara estos supuestos

“[l]os facultativos que no tuvieran otro sustento que el que les proporciona el ejercicio de su profesión, buscarían en épocas de epidemias conveniencias más seguras si en el caso muy expuesto de contraer la enfermedad no debieren satisfacerles las dietas estipuladas, y todos tendrían motivo que excusase la falta de cumplimiento de su deber moral por no darles la recompensa merecida”.³⁶¹

La respuesta de Gelabert fue que Escafi hacía una lectura “tortuosa” de la ley –interpretada correctamente por el consistorio– y que censuraba las disposiciones de la alcaldía. Además, opinaba que debía recompensarse a los médicos, pero con ciertos límites, porque no era posible equiparar su caso al de los médicos que prestaron sus servicios de manera ininterrumpida, siendo un agravio para estos. Pero Gelabert expone otra razón: Escafi no se había reincorporado a su puesto hasta finalizada su convalecencia como si hicieran otros médicos que “por sentido filantrópico y atendiendo al escaso personal facultativo que existía en la ciudad, por haberse ausentado

³⁶⁰ *Ibidem.*

³⁶¹ *Ibidem.*

un gran número de ellos [se habían reincorporado a pesar de no estar plenamente recuperados]”³⁶². Esta diferencia de trato, en opinión de Gelabert, era un estímulo al servicio y conveniencia pública.

La relación del médico con sus pacientes y clientes experimento, como hemos podido comprobar, un cambio sustancial a lo largo del siglo XIX. Cambios que permitieron que la profesión controlara sus condiciones de trabajo, especialmente las retributivas no sin negociaciones con los sectores más desfavorecidos. La relación de la profesión médica con las Administraciones va afianzándose y se empieza a percibir la idoneidad de los dictámenes médicos por parte de algún sector comercial. Este era el panorama que vivían los médicos mallorquines con respecto a sus pacientes y clientes. Como parte del proceso de profesionalización, en el próximo capítulo se abordarán las relaciones intra e interprofesionales.

³⁶² *Ibidem*.

Capítulo 5. Las Relaciones Profesionales en el Campo de la Salud³⁶³

Uno de los agentes profesionalizadores del modelo teórico trazado para esta investigación son los profesionales. El proceso de demanda jurisdiccional puede resolverse en distintas arenas: la legal, en la opinión pública y en el propio lugar de trabajo (Abbott, 1988: 59 y ss.). Abbott afirma que la opinión pública es el escenario más familiar para las reclamaciones profesionales puesto que es donde se construye la imagen que presiona al sistema legal para que legitime el control profesional sobre un tipo de trabajo. Este control significa el derecho a realizar una tarea como el profesional considere oportuna y, más importante a efectos de esta investigación, el derecho a excluir a otros profesionales o no-profesionales e imponer las definiciones profesionales sobre los problemas personales. En definitiva: “Public jurisdiction [...] is a claim of both social and cultural authority” (Abbott 1988: 60).

La profesionalización de la medicina durante el siglo XIX y la consolidación de la autoridad profesional se fraguaron mediante el control médico sobre otras profesiones sanitarias y por la vía de socavar el poder de sus competidores, especialmente el de las medicinas no ortodoxas o no oficiales. Esta lucha por el poder se aborda en dos contextos diferentes: en la búsqueda de autonomía de la profesión médica respecto a cualquier intromisión desde la propia “industria de la salud” y afianzándose en la cima de una jerarquía profesional sanitaria (Malleck, 2004: 175).

Como plantea Abbott (1988), el abordaje sobre la profesionalización debería realizarse en términos de jurisdicción y, consiguientemente, por las interacciones entre las diversas profesiones u ocupaciones en su conquista de nuevos espacios en el campo profesional, bien por quedar vacantes, bien por su nueva creación. Gallego (2009: 250) ha distinguido diversos agentes sociales en la profesionalización sanitaria balear: la Iglesia, instituciones públicas, usuarios, profesionales y preprofesionales. No obstante, en esta interacción es necesario añadir una variable más: los sanadores no profesiona-

363 La utilización de “campo de la salud” en lugar de “campo sanitario” se debe al hecho de incluir a los sanadores (*healers*), tanto legales como no legales, facultados como no facultados, así como a los dedicados a las enfermedades folk.

les y los sanadores folk³⁶⁴o locales.

Kleinman et al. (1978:251) estiman que entre el 70-80% de los episodios de enfermedad se manejan exclusivamente fuera del perímetro del sistema médico. Una de las razones esgrimidas es la discordancia entre lo esperado por los usuarios y lo que ofrece el sistema médico: los médicos diagnostican y tratan *diseases*³⁶⁵ mientras que los enfermos padecen *illnesses*³⁶⁶. Johnson (1972), por su parte, se refiere a la “distancia social” entre los practicantes de una profesión y los clientes como elemento fundamental de la construcción profesional y las posibles discordancias. Por su parte, el propio Kleinman (1981) establece una serie de sectores superpuestos en el proceso de salud/enfermedad/atención susceptibles de ser adaptados históricamente, como ha demostrado la abundante literatura generada por el denominado “mercado de la salud”³⁶⁷. De ahí que se puedan distinguir una serie de sectores que encuadran el desarrollo del pluralismo médico que caracteriza todas las sociedades, pluralismo que se desarrolla en itinerarios terapéuticos localizados en dichos sectores que incorporan sus múltiples “repertorios culturales”³⁶⁸ del proceso salud/enfermedad/atención:

364 Los sanadores folk serían aquellos que curaban ciertos “síndromes delimitados culturalmente” que para el caso balear serían por ejemplo, *l'enfitament* o *els fics*. Sobre este tema volveremos en las próximas páginas.

365 En los idiomas catalán y castellano, no existe la triple distinción terminológica inglesa que es sumamente operativa. Se trata de la diferencia entre las palabras *disease* – *illness* – *sickness*. El significado atribuido al primer vocablo hace referencia a disfunciones de carácter fisiológico y biológico. Por su parte, *illness* es la conciencia subjetiva de cada individuo sobre la alteración o desorden en la salud. Finalmente, *sickness* designa los roles sociales adecuados de la persona enferma.

366 Vid. Kleinman (1978), especialmente pp. 251-252.

367 Zarzoso (2001) propone el concepto “medical world”, acuñado por Brockliss y Jones (1997) puesto que “incluye a todo aquel conjunto de personas relacionadas con las prácticas médicas, ya estuvieran facultadas o no facultadas, reguladas o no reguladas” (2001: 418). Esta perspectiva, continúa Zarzoso, permite integrar tres esferas solapadas: popular, médica y religiosa. La categoría “medical marketplace” se consolida en los años ochenta. Algunos de sus exponentes son: PORTER, R. (1989), *Health for sale. Quackery in England, 1650-1850*, Manchester, Manchester U.P.; RAMSEY, M. (1988), *Professional and popular medicine in France, 1770-1830. The social world of medical practice*, Cambridge, Cambridge University Press; COOK, H.J. (1986), *The Decline of the old medical regime in London*, Ithaca, Cornell U.P.; PARK, K. (1985), *Doctors and Medicine in Early Modern Renaissance*, Princeton, Princeton U.P.; ERNST, W. (Ed.) (2002), *Plural Medicine, Tradition and Modernity, 1800-2000*, London and New York, Routledge; GIJSWIJT-HOFSTRA, M.; MARALAND, H.; DE WAART, H. (Eds.) (1997), *Illness and Healing Alternatives in Western Europe*, London and New York, Routledge.

368 Una introducción sobre esta categoría, así como múltiples ejemplos, puede consultarse en GIJSWIJT-HOFSTRA, M.; MARALAND, H.; DE WAART, H. (Eds.) (1997), especialmente pp. 1-13 y capítulo 10, a cargo del Dr. Perdiguero, como ejemplo de estos itinerarios terapéuticos y los repertorios culturales en Alicante.

- Sector popular (*popular sector*). Corresponde al conocimiento profano de la sociedad, el sector en el que se detecta por primera vez la enfermedad o “padecimiento”. Algunas de las opciones son la automedicación, los consejos de la familia, los amigos, etc. Forman parte de este sector las “redes sociales” más próximas, especialmente las familiares.
- Sector folk (*folk sector*). Formado por los sanadores (healers), tanto de la esfera secular como sagrada, o bien mixta que el sistema médico hegemónico no considerara “profesionales médicos”.
- Sector profesional (*professional sector*). Agrupa las profesiones médicas y paramédicas amparadas desde la legalidad.

A las propuestas de Malleck (2004, *supra*) sobre las estrategias profesionales en pos de la hegemonía médica, conviene añadir la función de la que en su momento se conocía como “moral médica” o deontología profesional, tal como sugieren muchos de los sociólogos de las profesiones para las etapas del proceso de profesionalización, especialmente el trabajo de Berlant (1975). Para el caso español, las funciones de control del intrusismo y de la “moral médica”, durante buena parte del siglo XIX, estuvieron bajo la misma institución administrativa unipersonal: los subdelegados de Sanidad.

5.1. Intrusismo y medicina

5.1.1. El delito del intrusismo: el marco legal

De acuerdo con el diccionario de la RAE “Intrusismo” significa “ejercicio de actividades profesionales por personas no autorizadas legalmente para ello”. Aunque la voz no fue utilizada en textos penales hasta hace relativamente poco tiempo, sí lo ha sido en el lenguaje cotidiano (Martínez-Pereda Rodríguez, 1997:1).

La necesidad de estar en posesión de un título o acreditación para ejercer el arte de curar³⁶⁹ se consigna en diferentes leyes de la Nueva y Novísima Recopilación. Entrado el siglo XIX, conviene mencionar la Real Cédula de 10 de diciembre de 1828³⁷⁰ sobre el

369 Con la expresión “arte de curar” me refiero a los distintos títulos existentes a principios del siglo XIX que incluyen desde el médico al sangrador.

370 Normalmente se hace referencia a esta Real Cédula, que fue un recordatorio de ceñirse a lo dispuesto en el *Reglamento científico, económico e interior de los Reales Colegios de Medicina y Cirugía y los*

Reglamento científico, económico e interior de los Reales Colegios de Medicina y Cirugía y los profesores que ejercen dichas artes a quienes se recuerda la necesidad de estar en posesión de un documento legal para el ejercicio profesional y la imposición de multas para los que ejercieran sin dicha acreditación.

Durante el siglo XIX español hay una represión gubernativa del intrusismo paralela a la penal con las Reales Órdenes de 23 de noviembre de 1845, 17 de febrero de 1846 y 7 de enero de 1847, que se refundieron en la Real Orden de 20 de mayo de 1854. La RO de 1854, por lo que aquí concierne, tiene una especial significación puesto que era una contestación a una consulta del Gobernador de Baleares. La consulta tenía por objeto aclarar si las penas que debían imponerse a los intrusos eran las que establecía el Código Penal o bien la Real Cédula de 1828. La respuesta estableció que el Gobernador debía castigar al intruso de la ciencia de curar la primera vez que delinquiera. En caso de reincidencia, se le obligaba a instruir las diligencias y ponerlas con el reo a disposición de los tribunales ordinarios.

Los siguientes cuadros recogen, de manera sintética, el ordenamiento jurídico del ochocientos en materia de intrusismo. En el primero, se expone la normativa referente al delito de intrusismo, multas y competencias de gobernadores civiles y tribunales ordinarios. El segundo cuadro es un resumen del delito de intrusismo según el Código Penal. Es interesante destacar la naturaleza de este delito o falta puesto que, como apunta Martínez-Pereda (1997), atañe tanto a la *fides* como a la *sanitas*. Puesto que en los distintos códigos penales el delito de intrusismo se relaciona con delitos falsarios (Capítulos “De las falsedades”) hay que tener presente la importancia de que dicho acto fuera público o privado.

profesores que ejercen dichas artes, aprobado en 1827.

Tabla 26. El marco legal del intrusismo profesional en el siglo XIX español

ORDEN	Contenido
RC 10/12/1828	Prohibición ejercicio de la facultad sin título, La titulación solo podía ser expedida por los Reales Colegios de Medicina y Cirugía. Mantenía las facultades y privilegios de los titulados por otros conductos (médicos, cirujanos latinos, romancistas, sangradores y parteras. Multas impuestas: primera vez, 50 ducados. Doble por la segunda, con destierro. Tercera vez, 200 ducados con destierro a alguno de los de África o América. Las mujeres parteras solo estaban sujetas a las penas pecuniarias
RO 20/05/1854	Refunda las RROO de 23/11/1845, de 17/02/1846 y 7/01/1847, Señala sanciones administrativas de los gobernadores civiles a los intrusos que delinquen por primera vez y en las posteriores su entrega a los tribunales ordinarios de justicia tras instruir las primeras diligencias.
RD 27/05/1855	Multa a los profesores de jurisprudencia, medicina, cirugía y farmacia que ejercieran dos meses sin presentar el correspondiente título en el Colegio o Subdelegaciones.
RO 03/09/1857	Reitera el cumplimiento de la de 20 de mayo de 1854
RO 26/07/1869	Declara vigente la RC de 10 de diciembre de 1828
RO 10/10/1894	Determina que los Gobernadores de las provincias harán cumplir a sus delegados, alcaldes y subdelegados todas las disposiciones vigentes sobre el ejercicio de las profesiones de medicina, farmacia y veterinaria
RO 16/05/1898	Recuerda a los Gobernadores que no están autorizados para el castigo de las intrusiones puesto que compete a los Tribunales
RO 02/12/1900	Recuerda a los Subdelegados sus obligaciones respecto a la prevención y castigo del intrusismo.
RD 12/01/1904	La Instrucción General de Sanidad, en su artículo 67, castiga las intrusiones en el ejercicio de las profesiones sanitarias
RO 23/11/1906	Recuerda a los Subdelegados sus obligaciones respecto a la prevención y castigo del intrusismo.
RD 03/05/1909	Recuerda a los Subdelegados sus obligaciones respecto a la prevención y castigo del intrusismo.

Fuente: elaboración propia a partir de Monlau (1862), Martínez Alcubilla (1914) y Martínez-Pereda (1997)

Tabla 27. Los códigos penales españoles y el delito-falta del intrusismo.

Código	Comentario
1822	El primer código penal castigó la usurpación de funciones pero no el intrusismo profesional, que quedaba para la sanción gubernativa con multa según la RC de 10/12/1828, Establece delitos contra la fe pública en el Capítulo IX del Título V “De los delitos contra la fe pública”, que se contemplan como un engaño por la apariencia de verdad o fingimiento de título, El título IV “Delitos contra la salud pública”, en su Capítulo I (art. 363-364-365) aborda el delito de intrusión desde la salud pública, comprendiendo tanto los sanitarios en posesión de un título oficial como a los charlatanes y curanderos. Por tanto, el legislador contempla el delito no tanto como un ataque a la fides sino a la sanitas
1848 y 1850	El Código de 1848 sigue al anterior únicamente en lo referente a la concepción de un delito falsario (Título IV “De las falsedades”, artículos 243-245 o 250 a 252 de la reforma de 1850). El artículo 244 (251 de la reforma) establecía que el que fingiera Autoridad, empleado público o profesor de una facultad que requiriera título y ejerciera actos propios de dichas profesiones o cargos podía incurrir en penas de prisión correccional. Se recogen tanto la usurpación de funciones públicas como el intrusismo en sentido estricto. Es importante consignar que desaparecen en el periodo 1848-1850 de las previsiones dentro de los delitos contra la salud pública, el ejercicio de la medicina sin la aprobación para ello y se incluyen en las normas comunes de usurpación de funciones y calidad. La reforma de 1850 estableció una falta de intrusismo “a los que ejercieran sin título actos de una profesión que lo exija” (art. 485, 4ª). La dicotomía entre delito-falta se repetirá en posteriores códigos.
1870	En el Título IV, del Libro II “De las falsedades” recoge el Capítulo VII “De la usurpación de funciones, calidad y títulos y uso indebido de nombres, trajes, insignias y condecoraciones” (arts. 342 y 348), El Código separa la usurpación de Autoridad o funcionario público (art. 342) del la atribución de la cualidad de profesor ejerciendo públicamente actos propios de una facultad que no puede ejercerse sin título oficial (art. 343), Se incurría en pena de arresto, Existen un buen número de doctrina jurisprudencial hasta el Código de 1928 consistente en diferenciar entre delito y falta, cuya diferencia radicaba en que el culpable se hubiera atribuido públicamente la cualidad de profesor,

Fuente: elaboración propia a partir de Martínez- Pereda (1997)

Las instituciones de control: los subdelegados de Medicina y las Academias de distrito

El intrusismo médico del siglo XIX, su persecución y penalización así como las cuestiones relacionadas con la deontología médica están ligados a la figura de los subdelegados de Medicina³⁷¹. No es posible deslindar sus responsabilidades y competencias

371 Los reinos de España contaron, entre 1477 y 1822, con el Protomedicato. Esta institución, originaria del Reino de Castilla, era la encargada de examinar a los distintos profesionales sanitarios y perseguir el intrusismo profesional. En Cataluña y Aragón tenían sus propios tribunales hasta la introducción de las reformas centralizadoras de Felipe V; en otros lugares de la corona de Aragón contaban con tribunales de calificación profesional (vg. Valencia). Finalmente, la asunción de los conflictos profesionales por la justicia ordinaria y la regulación de títulos por facultades y colegios lo hicieron

de un sistema cada vez más centralizado, que a partir de 1847 sustituye el esquema ordenador de la política sanitaria de Antiguo Régimen por un nuevo ordenamiento jurídico más acorde a los tiempos y necesidades del país.³⁷² Luíís Sánchez Granjel (1972: 257) ha dividido el ordenamiento jurídico de la sanidad española en tres etapas: la primera, antes de 1847; la segunda, entre 1847 y 1855, con nuevos fundamentos legales y administrativos del ejercicio profesional y lucha contra las enfermedades; y una tercera etapa a partir de la Ley Orgánica de Sanidad de 1855 hasta la Instrucción General de Sanidad de 1904 en la que se incorporan, por fin, los avances técnicos y científicos de la medicina ochocentista.

Por lo que compete a esta investigación, los subdelegados de Medicina como figuras unipersonales para el ejercicio de la autoridad sanitaria, aparecen en el ámbito de la Junta Superior Gubernativa de 1816 y fue regulada en el *Reglamento para el régimen científico y económico e interior de los Reales Colegios de Medicina y Cirugía*. Posteriormente en las academias de distrito en 1830 con funciones de *Policía de la Facultad*, para la vigilancia de las titulaciones y extralimitaciones competenciales y como figuras garantes de la moral y deontología médicas. Por su parte, las academias de distrito se regían por el Real Decreto de 28 de agosto de 1830 que aprobaba el *Reglamento General para el régimen literario e interior de las reales academias de Medicina y Cirugía del Reino* bajo el control de la Junta Superior Gubernativa. Los capítulos XVII (*Policía de la Facultad*) y el XXII (*Subdelegaciones*) establecían las competencias y obligaciones en materia del ejercicio profesional e intrusismo.

El capítulo 2º (§. 2º) establecía la obligatoriedad de contar con subdelegaciones en las ciudades con academias de Medicina y en las poblaciones cabezas de partido judicial. Los subdelegados, o socios agregados, eran nombrados por la Junta Superior Gubernativa previo informe de la academia correspondiente (Cap. XXII, §. 2º). La titulación requerida para desempeñar este puesto, según el Reglamento de 1831, era la de médico-

innecesario, siendo abolido en 1822. La documentación sobre el Protomedicato es muy abundante véase, por ejemplo, el monográfico de *Dynamis* dedicado a esta institución (volumen 16, 1996).

372 VIÑES (2006) sostiene que parte de la reorganización jurídica sanitaria de mediados del siglo XIX fue debida a las constantes oleadas epidémicas, especialmente de cólera. Dos excelentes síntesis de la legislación sanitaria española del siglo XIX se encuentran en GRANJEL (1972) y VIÑES (2006).

cirujano, médico o licenciado en cirugía-médica. A su vez el párrafo 9º del capítulo 22º establece que eran los directores inmediatos de la Facultad de curar en sus respectivos partidos y que como tales tenían derecho a presidir las juntas y “[llevar] el peso de todos los negocios respectivos”, especialmente en las cuestiones de titulación y extralimitación de las funciones competenciales de los distintos ramos³⁷³.

La academia quedaba obligada a velar por la buena conducta de los profesores para que su ejercicio se desarrollara con la legalidad, honor y estimación correspondientes “dando parte a la Real Junta de los que careciesen de estas circunstancias” (Cap. XVII, §.1º). El párrafo 2º instaba a vigilar e impedir el ejercicio de la ciencia de curar sin título y evitar las extralimitaciones profesionales. El capítulo también obligaba a los académicos a que los distintos titulados dispusieran “de alguna o algunas obras clásicas peculiares y de los instrumentos más usuales y precisos, si ejerciese la cirugía”. Asimismo, las academias debían confeccionar listas de los profesionales con sus facultades y competencias y recoger los títulos y horadarlos una vez fallecido su titular. Estas listas, como se advierte en el párrafo 4º, eran competencia de los subdelegados en su calidad de académicos agregados.

La nueva ordenación sanitaria (1847-1904)

El Real Decreto Orgánico de Sanidad de 17 de marzo de 1847 promulgado por el gobierno de Sotomayor y la Real Orden sobre el *Reglamento organizativo y atribuciones del Consejo y juntas de sanidad*, de 26 de marzo de 1847, constituyen la antesala de la Ley Orgánica de Sanidad del 28 de noviembre de 1855 bajo el gobierno de Espartero (Viñes, 2006:71). El *Reglamento para las subdelegaciones de sanidad del Reino*, por su parte, se aprobaría el 24 de julio de 1848.

El Real Decreto de 1847 determinaba que el Ministerio de Gobernación era la única autoridad sanitaria centralizada. A nivel provincial, la autoridad recaía en los jefes políticos con un negociado administrativo de sanidad. El Real Decreto disponía la creación de las Juntas de Sanidad de las que los subdelegados de sanidad eran voca-

373 Debe recordarse, como afirma ALBARRACÍN TEULÓN (1973a y b), la gran disparidad de títulos durante la centuria, en la que en algunos momentos confluyeron 35 titulaciones distintas.

les natos. Dichas juntas tenían como objeto, entre otros, mejorar y perfeccionar el servicio público relativo al ejercicio de las profesiones del arte de curar y reprimir las infracciones del mismo.³⁷⁴ Estas contaban con dos comisiones permanentes: una dedicada a los asuntos de Sanidad y otra para lo concerniente a los “negocios médicos”; el jefe político tenía atribuciones para consultarlas y convocarlas cuando estimara necesario.³⁷⁵ En las juntas de partido, los vocales facultativos podían pedir a los Presidentes que reprimieran directamente las faltas en el ejercicio profesional sin consultar a la junta; asimismo, en caso de dudas sobre un hecho en concreto, podía pedir a la junta que examinase las infracciones y que se nombrara una comisión encargada de hacer las averiguaciones pertinentes con la finalidad de resolver los conflictos profesionales.³⁷⁶

Los subdelegados de Medicina, Farmacia y Veterinaria dependían de esta administración provincial como órganos unipersonales administrativos. Mallorca contó con las subdelegaciones de Palma, Inca y Manacor y posteriormente la subdelegación de Palma quedó dividida en distrito de la Catedral y distrito de la Lonja. Por su parte el jefe político (o gobernador civil) tenía competencias sobre las academias de medicina en lo concerniente a salubridad, higiene pública y ejercicio de las profesiones (art.23º); a más del nombramiento de los subdelegados de Sanidad (art.25º), y todo lo relativo a los establecimientos de baños y aguas minerales (art. 26ª) y a la elección de sus directores.

La reorganización de 1847 otorga competencias concretas a los subdelegados dependientes técnicamente del Real Consejo de Sanidad, y políticamente de los gobernadores provinciales (Viñes, 2006: 108). El artículo 24 ratificaba las atribuciones de los subdelegados señaladas por las anteriores reales órdenes y reglamentos “pero dependerán inmediatamente del jefe político los de los distritos de la capital de cada provincia y su partido, y del presidente de la respectiva junta subalterna los que residan en los demás partidos, entendiéndose con estas autoridades en todos los casos”. Como podemos observar, la figura del subdelegado se separa de las academias de distrito³⁷⁷.

374 RD DE 17/3/1847 publicado en la Gaceta el 4/4/1847, artículo 1º.

375 *Ibidem*, art. 21º.

376 *Ibidem*, arts. 50º y 51º.

377 La figura del subdelegado dependiente de las academias de distrito desaparece en el reglamento

El Reglamento para las subdelegaciones (1848) establecía las funciones de los subdelegados en su artículo primero: vigilar y reclamar el cumplimiento de la normativa sanitaria, tanto de medicina como de farmacia y veterinaria “en que también está comprendido el ejercicio de las profesiones”; y, vigilancia de la elaboración, introducción, venta y aplicación de sustancias médicas. Así, por lo que al control de las profesiones se refiere, se mantienen las mismas competencias y obligaciones que en las normas anteriores respecto a médicos cirujanos, médicos, oculistas, dentistas, comadronas y parteras (Viñes, 2006: 112). Era obligación de los subdelegados la instrucción de los expedientes por infracciones y elevarlos con las pruebas, artículos conculcados y las sanciones correspondientes a la autoridad política: los alcaldes que, a su vez, debían remitirlas al jefe político³⁷⁸.

El reglamento, una vez desarrollado, seguía otorgando al gobernador la prerrogativa del nombramiento de los subdelegados pero oyendo previamente a la Junta Provincial de Sanidad. En su designación, el articulado establecía la preferencia por los socios académicos numerarios y luego por los doctores en Medicina o en Farmacia; en el caso de la Veterinaria, por los de primera clase.

La Ley General de Sanidad de 1855 no modificó excesivamente el carácter de esta figura administrativa y le dedica el capítulo XIII donde se especifica (Art. 61) que sus deberes y atribuciones serían objeto de un reglamento que nunca se desarrolló. Mantuvo que el nombramiento era competencia de los gobernadores civiles según una escala de reglamento no desarrollado por lo que se mantuvo el de 1848, sobrepasando incluso la Instrucción General de Sanidad de 1904 (Viñes, 2006:114).

Estos subdelegados, como se observa, tenían funciones limitadas pero la documentación mallorquina pone de relieve que las desempeñaron³⁷⁹. Se trataba de puestos honoríficos, que suponían méritos en la carrera (art. 63), aunque percibían una parte

de 1876 pero se indica (art. 78) que los subdelegados serán considerados auxiliares de la academia en cuanto a epidemias, endemias y contagios, vacunación y asuntos concernientes a la salud pública y a la policía médica.

378 Reglamento para las Subdelegaciones del Reino, artículo 7º, § 2º.

379 Las desempeñaron mientras formaron parte de la Academia. Con posterioridad a 1847, por el momento, nada sabemos de sus funciones como se ha apuntado en el capítulo primero.

de las multas impuestas (4%)³⁸⁰ y se les concedía franquicia gratuita de correos. Este hecho fue criticado por los higienistas y profesionales de la medicina, puesto que –en coherencia con los valores que constituían su construcción social– un cargo graciable y honorífico irremediabilmente llevaba a cierta relajación de las funciones impuestas. Así lo expresaba Monlau:

“Los subdelegados deben ser verdaderas autoridades sanitarias de partido y tener una dotación fija y proporcionada. En el día no tienen más retribución que la eventual de una parte de las multas impuestas a los intrusos. Esta retribución, empero, es imaginaria, no produce nada: no es retribución y si lo fuera, sería vergonzosa, inadmisible” (1862: 160, citado en Viñes, 2006)

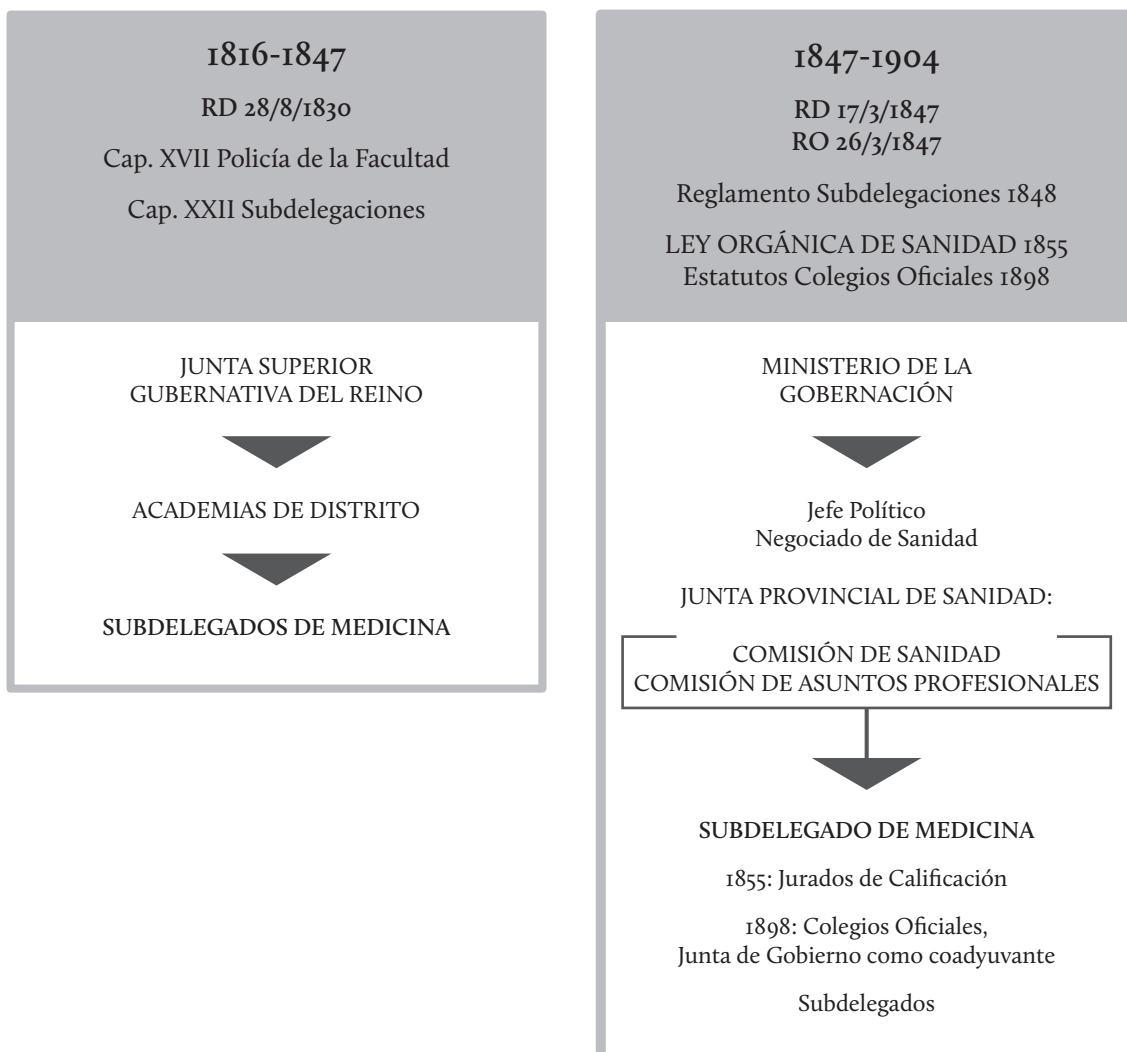
Podemos constatar el desempeño de las funciones asignadas a los subdelegados, así como las palabras de Monlau puesto que, como se verá en este mismo capítulo, las multas raramente se desembolsaron. El cargo de subdelegado, si bien suponía un honor, también podía representar una carga por los compromisos gratuitos que comportaba su desempeño, circunstancia que constatan las actas de la Real Academia palmesana y algunos de los informes emitidos. El estatus honorífico del cargo reportaba ciertas prerrogativas y derechos: usar un distintivo consistente en una medalla³⁸¹ y recibir gratis el Boletín Oficial de la provincia. Como acertadamente señala Viñes (2006), es posible que por su prestigio atrajeran numerosa clientela privada en su ejercicio profesional.

Finalmente, la instauración de los Colegios Oficiales y la colegiación obligatoria (1898) vinieron a regular, nuevamente, esta materia. De manera paralela a los subdelegados de Sanidad, los Estatutos para el Régimen de los Colegios de Médicos establecían que las Juntas de Gobierno debían poner en conocimiento de las autoridades el ejercicio ilegal de la Medicina y coadyuvar a los subdelegados en Sanidad en la persecución de los intrusos y los abusos en las profesiones (Art. 41.II y XVIII). El siguiente esquema resume el marco legal del intrusismo y las instituciones con competencias en esta materia.

380 Se deja de percibir en 1909.

381 RO de 4 de junio de 1881. Medalla circular de oro de 15 mm de diámetro con las armas de España en el anverso y el título del cargo en el reverso, pendiente del ojal del frac o levita por medio de una cinta de color amarillo, morado o amarillo con lista negra a ambos lados, según profesión, y cuyo coste corría a cargo de los interesados (Viñes, 2006: 114-15).

Esquema 5. Instituciones y legislación competente en materia de intrusismo profesional médico (ámbito provincial, siglo XIX)



Fuente: elaboración propia

5.1.2. El intrusismo: una definición médica

Albarracín Teulón (1972:323) establece, a partir del contenido de la prensa médica del siglo XIX³⁸², una tipología de las “formas de ejercicio profesional que título extracientíficas y que constituyen dentro de la sociología médica, una especie de suburbio que no

382 Hay que tener presente que el Prof. Albarracín Teulón utiliza como fuente, de manera casi exclusiva, *El Siglo Médico*, una revista de corte liberal conservador en el panorama médico español del siglo XIX. Rodríguez Ocaña et al (1985-1986) señalan el hecho de que la historiografía médica española de la segunda mitad del siglo XIX se ha centrado en fuentes *sigilistas*, periódico que se declaró contrario a la filosofía positivista. Los historiadores justificaban esta elección heurística por la continuidad y longevidad de la publicación así como la calidad de sus colaboradores. Admiten, sin embargo, que el inconveniente ha sido la ocultación o el desconocimiento de la línea de pensamiento materialista-positivista de gran tradición científica en la España ochocentista (pp.248 y ss.).

deja de invadir en ocasiones el propio núcleo de la medicina científica”:

- Intrusos
- Charlatanes
- Secretistas
- Curanderos

Esta tipología, operativa para el análisis histórico, resulta de gran interés si se complementa con el análisis del discurso de los protagonistas. Ya se ha visto el carácter legal del delito/falta de intrusismo en los códigos penales españoles. El hecho de que figure en los códigos penales como delito falsario, engaño por la apariencia de verdad o fingimiento de título y como usurpación de funciones, calidad y títulos debe tenerse en cuenta al analizar las polémicas sobre este tema. Además, la dicotomía entre delito-falta, que no se solucionará hasta el Código Penal de 1928³⁸³, también es digna de mención por cuanto se cometía delito si el culpable se otorgaba “públicamente” el carácter de profesor.

El doctor Bernabé Malo de Poveda, subdelegado de Medicina de Madrid, presentaba un estudio “médico-social” titulado *El intrusismo en Medicina. Sus causas principales y medios más indicados para evitarlo* ante la Asamblea general de Subdelegados de España, celebrada en Madrid en mayo de 1905. Esta conferencia presenta, en mi opinión, un aspecto muy importante sobre la definición médica del intrusismo.

Malo de Poveda acude al diccionario para definir “intrusión” como “la acción de introducirse sin derecho en una dignidad, jurisdicción, oficio, propiedad, etc.”. La palabra “intrusismo” no la recoge el DRAE hasta 1927, como sinónimo de intrusión y solo en la edición de 1970 se define como “El ejercicio de actividades profesionales por persona no autorizada legalmente para ellos”. Sin embargo, Malo de Poveda defiende la necesidad de definir la intrusión en medicina con una formulación que tenga en cuenta la naturaleza de la misma más que la relación estricta con el concepto legal. Y presenta

383 Apenas tuvo vigencia pero solucionó la dicotomía delito-falta. Elimina, de la infracción venial, el carácter “público” e introduce el agravante de que se produzcan daños a la salud o intereses de los particulares.

una descripción del intruso médico en la que se puede apreciar la importancia de la legitimación pero especialmente de las cualidades relacionadas con el ejercicio profesional y su *habitus* para establecer la “distinción” de otros agentes de la salud:³⁸⁴

“Para nosotros, es más intruso el profesional o legalmente autorizado que sin preparación teórica ni práctica adaptada al caso se encarga de una asistencia que el indocumentado o legalmente ajeno a la Medicina, pero que con lectura y práctica suficientes pese a la irregularidad que ello representa, traduce discretamente los fenómenos morbosos, sin osadías, que le veda lo falso de su situación, pero sin omisiones de que le libra su efectiva, aunque anómala experiencia” (Malo de Poveda, 1905:3-4).

Medio siglo antes –en 1855, en plena oleada epidémica–, José Oriol Navarra³⁸⁵ leyó su discurso inaugural ante la Real Academia Médico-Quirúrgica de Barcelona sobre los perjuicios que ocasionaba el charlatanismo en épocas epidémicas. Puntualiza Oriol que curandería, charlatanismo y empirismo son “tres grados diferentes de una misma falta o delito, que tienen de común el pretender curar los males aquellos que no tienen los conocimientos necesarios para ello”; imaginamos que el académico equipara “conocimientos necesarios” (1855:11) a título legal. “Curandero”, prosigue Oriol, significa “el que se hace médico sin serlo” y apostilla que el verdadero uso de la palabra había consagrado el nombre de curanderos a aquellos que “hacen de médicos sin serlo”, resaltando la transitividad del verbo. Conviene destacar que el significado que usa el académico se mantuvo hasta 1970 cuando pasa a significar “Persona que se dedica al arte de curar sin título oficial de médico” y ya, en la edición de 1983, se añade “Persona que sin estudios médicos ejerce prácticas curativas, empíricas o rituales”. En la edición de 1984 se subraya que la persona que ejerce de curandero no es médico “ni pretende serlo”. “Charlatán”, proseguía Oriol, sería el que habla mucho y sin sustancia y, finalmente, “empíricos” se aplicaría en medicina a los que usan remedios y curaciones irreflexivas o rutinarias, a los “rutineros” (p.11). Se observa, nuevamente, que entre los médicos el término “intruso” no necesariamente se acomoda al delito tipificado en el código penal, especialmente al de usurpación de título.

384 Vid. Capítulo segundo de esta tesis.

385 Socio numerario de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona. Puede consultarse su discurso inaugural de las sesiones de 1855 bajo el título *Sobre los perjuicios del charlatanismo en Medicina, mayormente en tiempos de epidemia*

Un último ejemplo completa esta breve exposición sobre la significación que los propios médicos daban a la palabra “intruso”. Rafael Cervera Royo³⁸⁶ inauguraba las sesiones de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Madrid en 1882 con un discurso sobre el charlatanismo. El Dr. Cervera lo califica como “enfermedad moral” en todos los ámbitos pero especialmente en la medicina: “la enfermedad es el *charlatanismo*, su agente *el charlatán*, su medio el *vulgus decipi vult* de Horacio” (p. 56) (énfasis original). Las características definitorias del charlatán, que siempre “lo denuncian al punto”, eran: “no estima la sosegada vida del hombre de ciencia, huye de todo retiro y soledad, su sitio es la escena y la plaza pública, necesita espectadores por lo que despliega su ingenio, ansía la reputación y fama, consagra cuantiosos recursos a la publicidad y hace un uso “embaucador” de la imprenta” (1882: 60). Su finalidad: la especulación y el beneficio material fácil. Como puede observarse, esta descripción sería la antonimia de la figura médica ideal e idealizada en construcción.

Rafael Cervera hace un repaso de aquellos que considera dignos del calificativo de “charlatanería”: todo tipo de curanderos, secretistas, brujas, astrólogos, el magnetismo animal y otros. Y tras esta exposición, se pregunta si las “clases” médicas están exentas de tan “negra mancha”: la respuesta es que no puede afirmarlo categóricamente. El académico admite el charlatanismo entre las “clases médicas”, justificándolo en parte por la nada holgada vida de los médicos. Y distingue dos clases de charlatanismo: el “docente”, es decir, poseído de títulos académicos y el “pedantismo científico”, también titulado pero con características bien definitorias. Admite ciertas estrategias para ganar clientela y fama pero las disculpa por la “flaca vanidad” de sus practicantes. Sin embargo, la vanidad –que considera un defecto moral– era inexcusable cuando se “lanza al torrente del industrialismo” (p.79) puesto que generaba intrigas y abusos injustificables enmarcados en lo que Cervera denomina “círculos de mutua protección” con la finalidad de facilitar trabajo y protección a sus miembros. Califica estas maniobras como

386 Rafael Cervera Royo (Valencia, 1828- Madrid, 1908). Médico oftalmólogo. Director del Instituto Oftalmológico de Madrid (1877) y académico de número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Madrid (1863-1901). (Fuente: Real Academia Nacional de Medicina, consulta electrónica).

“[n]ecesariamente el fruto podrido del moderno charlatanismo industrial, que ávido persigue riquezas, consideraciones y honores; pero aunque sea poco visible y más culto en sus empresas y no se presente con descaro ni vocee audaz su merecimientos, no por eso es menos corruptor y desatentado que si se mostrara descaradamente” (1882: 79).

Denuncia otras manifestaciones de “charlatanismo docente”, que califica como más dignas de censura y reprobación: las de los inventores y propagandistas de remedios secretos. Sin embargo, Cervera atenúa la responsabilidad de los médicos en este tipo de “industrialismo” al compararlo con las “injerencias farmacéuticas”. Califica el “pedantismo científico” como una inclinación del ánimo en consorcio con el mercantilismo y hace de sus practicantes esta irónica pero ilustradora descripción:

“[v]ano y pretencioso por propia condición, aparenta conocimientos de grande alcance y profundidad, censura con acritud las doctrinas y prácticas de sus coetáneos, escribe libros o monografías a retazos, arrancando como operario infiel en las fuentes purísimas de las ciencias los principios que casi siempre oscurece o falsea, haciendo además constante alarde de mentida sabiduría y mostrando sin cesar a la consideración pública sus relevantes prendas y merecimientos. Inmodesto en su trato, altivo y orgulloso en sus maneras, persigue por la adulación y la intriga las más altas posiciones; nadie como él se halla tan al alcance de las modernas teorías ni más al tanto de los descubrimientos recientes; es grande admirador de la naturaleza, cuyas sabias leyes inquiridas y estudiadas con gran constancia y desvelo, le han convertido en médico clínico notable. Maestro también en el arte de la cirugía, atesora delicadísimos procedimientos, conoce en su árida profundidad todos los principios de la mecánica y maneja el cálculo algebraico con gran facilidad, todo lo que le conduce a ejecutar con asombroso acierto difíciles operaciones. Su experiencia a la cabecera del enfermo es notoria, incomparable su tino práctico (Cervera y Royo, 1882: 80-81).

Dentro de este “pedantismo científico” sitúa a algunos practicantes de las escasas e incipientes especialidades médicas del momento. Reconoce que no carecen de los conocimientos que suministra la “verdadera ciencia”, aunque los califica de faltos de unidad y concierto para admitirlos como doctos. Como para el caso del “pedante” descrito en la cita anterior, los considera atrevidos en las prácticas novedosas y poco corrientes “sin desdeñar los aplausos y el crédito que se les supone”. Cervera denomina a este tipo de actividades “el charlatanismo mudo pero cual ninguno penetrado del mercantilismo invasor de la época” (p.82). La crítica de Cervera no se limita a los “pedantes científicos”, sino también a sus adeptos, a los que tilda de crédulos y aficionados.

A falta de estudios que pudieran contrastar esta información y trazar un perfil de estos “pedantes científicos”, es posible inferir la lucha de poder entre dos paradigmas médicos por un lado, y una nueva visión de la práctica de la medicina ya imbuida de un capitalismo más afianzado en el sistema social y económico de la época –por el otro– que posiblemente alcanzaba a generaciones más jóvenes. Esto se pone de manifiesto en la crítica que hace Cervera a los médicos especialistas que tilda de charlatanes: “[el especialista charlatán] descuenta en ocasiones el tanto por ciento de *sus negocios, que así deben llamarse, y no honorarios*, como justa recompensa a cuantos le ayudan en la empresa de su ambición y engrandecimiento” (18823: 82) (énfasis añadido). Como se expuso en el capítulo anterior (apartado, 4.2.) sobre los honorarios, es manifiestamente visible su relación con el honor y el desinterés de los médicos, aspecto, este último, contrarios al desarrollo del capitalismo del siglo XIX.

Los académicos eran conscientes de que la legislación y el monopolio que esta les otorgaba únicamente podía perseguir a los denominados “charlatanes indoctos” pero difícilmente podía contrarrestar los efectos del “charlatanismo docto” titulado que además se “presentaba”, en el sentido que Goffman atribuye a este término³⁸⁷, ante la sociedad con una imagen que era fácilmente reconocible y, por tanto, fácilmente asumible: la figura del médico burgués y urbano. Ante este juego de identidades profesionales y, especialmente, ante la imposibilidad de que los actos de charlatanes “pedantes” fueran considerados justiciables, Cervera apela a la legitimidad, el honor y a los límites impuestos por la conciencia en el desempeño de las funciones. Sin embargo, insta a la Academia a elevar su voz ante la fiscalía para que los actos de charlatanismo docto fueran considerados, en nombre de la salud pública, como fraudes o falsedades, es decir, apelando al espíritu del Código Penal.

En resumen, se pueden considerar dos variantes del intrusismo médico ateniéndonos a la visión que los médicos tenían de este fenómeno e independientemente del marco legal en el que se desarrollara su proceso de profesionalización, –entendido, entre otros conceptos, como la creación de una identidad grupal profesional–. Por una parte, el intrusismo del no-profesional (“charlatanismo indocto”) que abarcaría, básicamente,

387 GOFFMAN (1987).

camente, a los denominados curanderos y los especialistas en enfermedades folk cuya nómina, el tiempo y el proceso de medicalización irá ampliando. De la otra, el intrusismo profesional que diferenciaría entre: a) los que se extralimitaban en sus funciones y facultades – antes de que se hiciera la nivelación profesional de la medicina española –, b) los “charlatanes doctos” y c) los que no abonaban su contribución, condición que, como bien recuerdan Martínez Alcubilla (1914) o los Estatutos para el Régimen de los Colegios de Médicos³⁸⁸ era una de las condiciones para el ejercicio legal de la profesión y que como se verá provocó un interesante conflicto en el seno de Colegio Médico Oficial de las Baleares a principios del siglo XX.

Para finalizar este apartado, quisiera introducir un apunte que muestra cómo la sociedad comenzaba a interiorizar las ideas sobre el profesionalismo médico. El diario palmesano *La Tarde* publicaba un artículo titulado *Desdoras profesionales* el día 24 de agosto de 1903 en el que se llamaba la atención a las autoridades sobre “el abuso y extralimitación que implica llevar a las calles y en medio de la plaza pública el ejercicio de una profesión” en referencia a un cierto “titulado dentista” que se presentaba en público “embaucando” a cuantos quisieran escucharle. El periodista aperece al subdelegado de Medicina y al Gobernador sobre la inobservancia de una serie de reglamentos y disposiciones que recuerda “no están derogadas” y que, por tanto, eran de obligado cumplimiento.³⁸⁹ Continúa el articulista con una serie de preguntas que nos aproximan a una concepción de la profesión en la que hay una delimitación dentro de la esfera pública: el profesional se recoge en su consulta, el hospital, el laboratorio o el domicilio de los pacientes, mientras que las calles y plazas son el territorio adjudicado a los intrusos y curanderos:

“¿Qué se diría del farmacéutico que acudiese al reclamo de la vía pública, donde tanto infeliz ignorante se deja coger entre las redes del charlatanismo, para

388 Estatutos para el Régimen de los Colegios de Médicos modificado en virtud de la RO de esta fecha [3 de noviembre de 1900], de conformidad con lo informado por el Real Consejo de Sanidad, y lo propuesto por la Dirección general del ramo. El artículo 3º establecía que para ejercer en España era preceptivo, aparte de estar en posesión del título, “pagar la contribución establecida para el ejercicio de aquellas [...]”.

389 Se refiere a la Real orden de 28 de mayo de 1876 (Gaceta de 18 de junio) en la que se lee en su art.1º, § 6º : “Impedir con su autoridad y caso necesario con la de los inspectores de orden público que se ejerza la profesión de dentista en las calles y plazas públicas” (Citado en el diario *La Tarde*, año 1, nº 145 de 24/08/1903)

expendier específicos o formulas de curación? ¿Qué del médico que vendiera en las calles sus conocimientos curativos? ¿Qué del abogado que en la plazuela estableciese bufete?... Un espíritu de protesta germinaría entre sus compañeros y la execración pública sería el anatema que contra él lanzarían”.³⁹⁰

El articulista afirma que el subdelegado de Medicina debería velar por la dignidad de los profesionales y consciente de que si tal dentista estaba titulado no se trataría de una intrusión –desde el punto de vista legal– termina diciendo:

“Pero todos debemos, y especialmente el Gobernador que tiene disposiciones que aplicar, velar porque no se desdoren las profesiones rebajándolas a un nivel impropio de estos tiempos, en que se procura ensalzarlas y dignificarlas codeándolas de las garantías de los títulos adquiridos después de innúmeros sacrificios para que venga uno cualquiera, con escarnio, a hacer befa y ponerlos en ridículo”.³⁹¹

5.1.3. Las causas del intrusismo según los médicos españoles

Según Albarracín Teulón (1972), tres son las causas de lo que él denomina “profunda lacra” del intrusismo: en primer lugar la denominada “plétora”³⁹² de médicos por la proliferación de títulos profesionales “equivocos en sus límites, superpuestos en sus facultades” (1972: 324). La segunda causa la focaliza en el ejercicio de la medicina rural, abandonado a profesionales de titulación inferior puesto que eran destinos con poco atractivo para profesionales muy relacionados con el mundo urbano y todo lo que ello representaba³⁹³. Finalmente, la gran competencia de las zonas urbanas que, según Albarracín Teulón, “se traducían en charlatanería, en afán de notoriedad que permitía la captura del cliente cándido, deslumbrado por el oropel de las palabras y de los hechos” (p. 325).

390 *La Tarde*, año 1, nº 145 de 24/08/1903, p.2.

391 *Ibidem*.

392 La palabra “plétora” en su acepción original significa “Plenitud de sangre. Abundancia de otros humores”. El sentido “Abundancia excesiva de algo” no aparece recogido en el DRAE hasta su edición de 1925 aunque los médicos españoles ochocentista usaron como mención a “excesiva abundancia de médicos”.

393 Luís Vega-Rey y Falcó (1853-1899) escritor y licenciado en Medicina describía así esta situación en 1885: “La piedra de toque, el calvario de un médico, que, por su educación, su carrera y el trato de gentes que en la culta sociedad ha tenido, hay que concederle alguna distinción, la de un partido rural, puesto que en él debe probar su abnegación, su paciencia y su temple de alma. Dotación mezquina, mal pagada y siempre tarde, cuando ya están cubiertas las demás atenciones del Municipio, si la asignación es en metálico” (p. 12). Una crítica sobre la escasa consideración social del médico rural balear se encuentra en la *Revista Balear de Ciencias Médicas* bajo el título “Valor profesional” (Año X, nº 17, 15/09/1894).

A las causas expuestas por el Prof. Albarracín conviene añadir las que los propios médicos verbalizaban en sus escritos y que serán el objeto de este apartado:

- El analfabetismo, “incultura” de la sociedad.
- La inmoralidad.
- La precariedad económica nacional.
- La “plétora” de profesionales médicos.
- Inobservancia e incumplimiento de las leyes sanitarias
- Malas prácticas profesionales.

El analfabetismo se relaciona directamente con la superstición, contra la que los médicos, como agentes civilizadores, se mostraron muy beligerantes. La escasa formación

“[F]omenta el culto a lo menos lógico, lo más fantástico, lo que está más reñido con las reglas naturales, si prosaicas al parecer, únicas, en que debemos informar nuestros actos si estos han de ser conscientes y dignos de hombres razonables y progresivos” (Malo de Poveda, 1905:5).

Según este autor, el culto “irreflexivo” en algunas comarcas adquiriría tintes de lo que él denomina “paganismo”. Puntualiza, no obstante, que el efecto que producía la práctica religiosa no es el mismo entre las clases ilustradas que en la masa “ignorante”, que por “egoísta, ineducada y con cierto fatalismo musulmán” todo lo esperaba del milagro y de una religión que, en su opinión, interpretaban mal y solo practicaban en lo que pudiera beneficiarles. El texto no solo sugiere dos religiosidades distintas a partir de la católica, sino también la fuerte dicotomía entre los usos e interpretaciones rural y urbano, con las consiguientes aproximaciones al proceso salud/enfermedad/atención.

Malo de Poveda califica de prácticas intrusas las de curanderos o saludadores, así como ciertas prácticas religiosas porque, reconoce, ambas pueden procurar alivio ya que en algunos casos utilizan la hipnosis³⁹⁴, que consideraba científica:

“[S]in que olvidemos empero, que en uno y otro caso [curanderos o prácticas religiosas] pueden realizarse alivios y curaciones, puesto que habiendo practicado bastante la terapéutica hipnótica y sugestiva en los comienzos de nuestra carrera

394 Las prácticas de hipnosis fueron objeto de varios artículos en la *Revista Balear de Ciencias Médicas*, que solo la aconsejaba bajo dirección facultativa evitando con ello lo que calificaban de “espectáculo público”. Pueden consultarse los siguientes números: nº 18, 21 y 24.

y logrado éxitos que publicamos en su día, auguramos hermoso porvenir a la terapéutica sugestiva verdaderamente científica, *restando éxitos a las que podríamos llamar sugestiones vulgar y religiosa*” (Malo de Poveda, 1905:6-7) (Énfasis añadido).

Sin embargo, como expone José Oriol Navarra, la ignorancia podía llevar a los enfermos y a sus allegados a buscar las prácticas de los curanderos por su deseo de curarse cuando la medicina había agotado las posibilidades. La diferencia entre el médico y el curandero o charlatán radicaba en que el médico expresaba la imposibilidad de curación, contrariamente a los argumentos y panaceas de otros sanadores que la prometían “con una seguridad que seduce al vulgo y aun a algunas personas ilustradas” (1855:12).

A este respecto se pronunciaba el médico mallorquín Antonio Frontera en un discurso inaugural de la Real Academia de Medicina titulado *Algunas consideraciones sobre el diagnóstico* (1877). Frontera afirmaba que desde que el médico dejaba la universidad “provisto de un diploma profesional” hasta el último día de “sus penosos deberes”, se presentaba el mismo problema: “*Dado un enfermo, diagnosticar su enfermedad, y hallar los medios necesarios para su curación. [...] He ahí en pocas palabras el objeto casi exclusivo del médico práctico.*” (1877:19. *Cursiva original*). Y se preguntaba de qué servían las teorías, el estudio, las hipótesis etc. si no se podía alcanzar el fin práctico de la medicina: dar un diagnóstico.

“[E]l médico, pues, no ha de ser un actor pasivo, un mero espectador de la enfermedad; si, por su elevada misión ha de dirigir toda su inteligencia, y todos sus esfuerzos a combatirla, y llevar el enfermo al puerto de salvación, es preciso que ante todo dirija su afán a hacerse cargo de sus sufrimientos; a conocer la naturaleza de ellos, a apreciar todas las circunstancias que acompañan al enfermo; en una palabra, a diagnosticar la enfermedad: *porque sin diagnóstico, el tratamiento sería el empirismo grosero de los charlatanes, la negación de toda idea científica, la falta de sentido común, el caos*” (1877: 20. Énfasis añadido).

Una vez hecho el diagnóstico, el médico debía procurar curar porque sin tratamiento el diagnóstico sería una mera curiosidad científica. Por lo tanto, el diagnóstico y la terapéutica son los dos focos donde convergen los conocimientos médicos “[y] la una es tan necesaria a la otra, que en la práctica podemos decir, que las dos no constituyen más que una sola, la ciencia del médico práctico” (Frontera, 1877: 20).

Vega-Rey (1885), respecto a las penurias, materiales e inmateriales, de los médicos españoles del XIX describe la situación de los médicos de partido³⁹⁵ donde este tiene que luchar “no solo contra la rudeza de los habitantes, sino con sus rancias preocupaciones y hasta la arraigada superstición que existe en todas las aldeas” (p.13), así como contra los curanderos, las redes sociales más próximas y el autocuidado. La medicalización de la sociedad y su relación con la profesionalización, y por tanto con la construcción de la figura facultativa, se hacen visibles mediante el análisis de la categoría “intruso”. Sirva como ejemplo la intervención del Dr. Minué en el Primer Congreso Médico-Regional celebrado en Valencia en 1891, donde sugiere: “[...] combatir el intrusismo, entendiendo como intruso, tanto el amigo que aconseja un remedio, cuyos efectos desconoce, como a aquel que fuera explotando la ignorancia” (en Chiarri, 1894: 103).

Las futuras generaciones se vislumbraban como el antídoto de esta “lacra”, posibilitando una sociedad “más laboriosa y progresiva”. Malo de Poveda entiende el “amor al trabajo” como engendrador de moralidad y en consecuencia del declive de la idolatría:

“Idea de progreso, laboriosidad, fe en el trabajo, y corrección de conducta, traerán *a fortiori* estados materiales más prósperos en todas las clases, la médica inclusive, y estados de conciencia más honrados y perfectos, que permitirán a los hombres darse cuenta exacta de obligaciones y derechos, procediendo en consecuencia con ese mandato religioso (...) *No hagas con tu prójimo lo que no quieras que el hiciese contigo*. He aquí en lo que deberíamos inspirar nuestra conducta social y profesional, seguros de contribuir como buenos al progreso y felicidad de nuestros semejantes” (Malo Poveda, 1905:14) (énfasis original).

El “fervor religioso” contrastaba, según Malo de Poveda, con las “deficiencias del sentido moral” que habían abocado a la sociedad a la “amoralidad reinante, origen innegable de grandísimos trastornos en la sociedad y la familia” (p. 7). Al tratar el tema de la “amoralidad” carga las tintas contra los propios médicos, acusándoles a ellos y a la sociedad en general de la pérdida del valor de procurar por el bien del prójimo. Imputa a los médicos estudiar menos de lo que es debido en la profesión, a la que cree que deberían consagrarse. El estudio, entender y vivir la profesión como “vocación” era lo que diferenciaba al médico del intruso porque

395 Un análisis desde la historiografía médica española se encuentra en Albarracín Teulón (1973a; 1973b y 1974).

“[A]llá en el fondo de nuestra conciencia, apenas nos diferenciamos en otra cosa que en el requisito formalista y convencional de poseer un título o varios títulos que no dan ciencia y sabiduría por mucho que la supongan” (Malo de Poveda, 1905: 7).

La solución de este estado “amoral” de la profesión se encontraba dentro de la propia ocupación. En primer lugar, aumentando la capacidad profesional mediante el estudio y la “concienzuda y seria” práctica “no perdiendo jamás de vista que la Medicina más que una profesión es un sacerdocio y como tal exige a sus iniciados el dominio de sus misterios por el constante hojear de sus infolios abrumadores” (Malo de Poveda, 1905:11). Y, por otra parte, mediante la disciplina, profesional y personal,

[P]ara substraerse a distracciones u gustos incompatibles con el fiel cumplimiento del deber sacratísimo; la estoica indiferencia ante los males evitables luchando para evitarlos a nuestros conciudadanos y clientes aunque por ello arriesguemos nuestra salud y vida sin otra defensa que la emanada de la íntima satisfacción de haber cumplido los deberes profesionales (Malo de Poveda, 1905:11-12).

La precariedad en la que vivía la sociedad española de la época y cuyas víctimas eran todas las clases sociales no era, en opinión de Malo de Poveda, una disculpa y mucho menos una justificación del abandono del estudio. La precariedad y la “general incultura” animaba a muchos jóvenes a elegir la carrera de medicina sin la necesaria aptitud y vocación, acciones totalmente legítimas tanto de los propios alumnos como de las familias pero cuyas consecuencias eran nefastas para la profesión.

Ignorancia, penuria y amoralidad eran las razones que conducían a actitudes profesionales que alentaban el intrusismo, y que expuso como sigue:

“Ignorancia, penuria y amoralidad, en médicos y no médicos en desdichadísima mezcolanza, son las únicas razones que pueden influir en que se produzca un hecho repetido y por todos lamentado cual es el que haya comarcas donde el médico ve al enfermo una vez, confiándole luego a un modesto auxiliar, ministrante o no, trucado así por el mismo médico y para su comodidad o beneficio en intruso, o en que no sabe del enfermo, asistido de principio al fin por un profano, si no es para dar certificación que la ley exige como requisito previo de las inhumaciones” (Malo Poveda, 1905: 9) (énfasis original).

La “plétora” profesional también se contemplaba como una de las causas del intrusismo profesional. Los médicos de finales de la centuria atribuyen este exceso de titulados

al periodo de libertad de enseñanza (1868-1874)³⁹⁶ cuya consecuencia más notoria era una feroz competencia, especialmente en los núcleos urbanos, que llevaba a muchos titulados, principalmente noveles, a recurrir a estrategias que se consideraban como charlatanería, en especial los anuncios médicos

“Si este procedimiento facilita el éxito deseado, no igualará el producto ciertamente al rubor que debe sentir el hombre honrado, el profesor digno, que hace de la más noble Facultad una especie de baratillo mercantil, exponiéndose al desdén de sus comprofesores y al ridículo que sobre él descargan hasta los profanos a la Ciencia con sus punzantes sátiras y críticas mordaces” (Vega-Rey, 1885:10).

A las condiciones materiales e inmateriales de trabajo se añadía la competencia profesional de otras ocupaciones relacionadas con la salud, especialmente los farmacéuticos. La “dicotomía” o “tarugo”, como se denominaba a ciertas prácticas entre médicos y farmacéuticos, también fueron criticadas por los médicos, en ocasiones de manera bastante velada como pone de manifiesto Bofill:

“Contrariedad que en ocasiones se opone al buen resultado clínico es la poca exactitud con que se atiende y responde a las prescripciones facultativas; o los *Quid pro quos*, por fortuna raros, que se cometen en algunas oficinas al servir las recetas. Nuestros oyentes ya comprenderán el porqué pasamos como de corrida sobre el delicado asunto que, por otra parte tiene fácil solución, si se compagina la buena armonía comprofesional con un esmerado despacho” (Bofill, 1892: 37).

Termina su discurso con lo que cree que es la mejor solución: instando a las autoridades al cumplimiento de las leyes ya que la erradicación del intrusismo solo dependía de la aplicación de estas.

La inobservancia de las leyes y su incumplimiento son una de las principales quejas de los médicos españoles del siglo XIX. Malo Poveda hace una crítica a las autoridades por permitir actos de intrusismo y conductas deplorables “que siempre quedan en la mayor impunidad, favoreciendo así en no pocas ocasiones intrusos que viven y medran con el apoyo y complicidad de las mismas autoridades” (1905:10). Esta denuncia contra las autoridades la hace extensiva al caciquismo, al que también acusa de favorecer el intrusismo. Estas eran las percepciones de los médicos peninsulares; como veremos a

396 La polémica respecto a la Ley de Libertad de Enseñanza en medicina entre *El Siglo Médico* y *El Pabellón Médico* puede consultarse en Rodríguez Ocaña et al. (1985-1986).

continuación, los médicos mallorquines no fueron ajenos a todas estas preocupaciones y manifestaciones.

5.1.3. El intrusismo en Mallorca

Estudiar el intrusismo en Mallorca durante el periodo que abarca esta tesis requiere de unas aclaraciones y advertencias previas que ya se han comentado en el capítulo primero. Hasta el momento no se han podido localizar las actas de la Junta Provincial de Sanidad donde se recogerían dichos asuntos puesto que, a través de sus correspondientes subdelegados, era el órgano competente en materia profesional. Disponemos de la documentación generada por la Real Academia desde 1830 hasta 1847, cuando le correspondían estas competencias. Hacia finales del siglo XIX, las actas del Colegio Médico-Farmacéutico y el Colegio Oficial hacen alguna mención, más bien parca al intrusismo profesional. Así pues, nos encontramos ante un vacío documental que impide ofrecer una visión más extensa de esta problemática.

Los médicos mallorquines compartían la misma posición sobre el tema del intrusismo en medicina que sus colegas peninsulares. Por lo que se refiere a la Real Academia balear y después de 1847 no parece que fuera una de las cuestiones a la que prestaran más atención. Ninguno de los discursos inaugurales de la corporación, localizados hasta el momento, tuvo como objeto esta cuestión y de sus actas tampoco se desprende una especial preocupación por el intrusismo más allá de alguna mención a los anuncios de algunos de los denominados “charlatanes”.³⁹⁷

El periodo que transcurre desde el Real Decreto de 1847 hasta la Instrucción General de Sanidad de 1904, en el cual los subdelegados de Medicina y la Junta Provincial de Sanidad y las de Distrito tenían competencias en este orden de asuntos nos es totalmente desconocida por la, hasta ahora, inexistencia de documentación. Sin embargo, he podido constatar por la prensa local que en 1904 esta junta tomó la decisión de “emprender una enérgica campaña contra el intrusismo” desde las subdelegaciones de

397 Esta problemática se recoge, de manera muy sucinta, en el acta del 21 de octubre de 1895. Sin embargo, una prohibición gubernativa puede darnos una idea del alcance del curanderismo en la ciudad de Palma: en 1895 el Gobernador prohibió que los charlatanes de *carretela* y *pedestres* expendieran sus panaceas en las calles y plazas.

Medicina, Farmacia y Veterinaria.³⁹⁸

Respecto al Colegio Médico-Farmacéutico, conocemos la existencia de un discurso inaugural (1893) pronunciado por Víctor Valenzuela Alcarín titulado *Intrusismos en su relación con los males que afligen a las profesiones médicas*³⁹⁹, pero hasta el momento no he podido localizar ningún ejemplar. La documentación del Colegio Médico Oficial (actas de 14/10/1899 a 26/10/1902) contiene breves apuntes sobre intrusos y curanderos pero la parquedad de los datos hace imposible un análisis exhaustivo. Asimismo, parece que tampoco se encontraba en la línea editorial de la *Revista Balear de Ciencias Médicas* prestar atención a este tema profesional tal vez porque, como es sabido, esta revista era preferentemente técnica. No obstante, podemos traer a colación una reseña hecha por Domingo Escafi sobre la conferencia pronunciada en abril de 1893 por Pedro Jaume Matas en el Colegio Médico-Farmacéutico⁴⁰⁰. Una conferencia que, a su vez, fue reseñada en la prensa palmesana.⁴⁰¹

Escribe Escafi que la intención del Sr. Jaume Matas era poner de manifiesto el “sentido humanitario” de la conferencia puesto que “ocuparse del intrusismo bajo el punto de vista legal y aun bajo el punto de vista de los intereses materiales hubiera sido una vulgaridad”⁴⁰². La intención del facultativo era eminentemente pedagógica. La estructura del discurso es muy similar a la de sus colegas peninsulares. En primer lugar analiza las causas y luego propone una solución de lo que califica como “azote a la humanidad” o “llaga social” oculta y por tanto de difícil curación. La causa principal era la “ignorancia y falta de ilustración” de todas las capas sociales que motivaba que

398 *La Tarde*, año II, nº 514, 7/10/1904, p.2.

399 Citado por Tomas Monserrat (1985: 164), cuya referencia completa es la siguiente: Víctor Valenzuela y Alcarín (1895), *Intrusismos en su relación con los males que afligen a las profesiones médicas*, Tipografía Juan Colomar y Salas.

400 *Revista Balear de Ciencias Médicas*, año IX, nº 8, 30 de abril de 1893, pp. 246-250.

401 Aunque mi objetivo no era aproximarse más que a las voces de los protagonistas de esta historia, es decir, los médicos he constatado la importancia que la opinión pública, expresada en la prensa, tenía sobre ciertos asuntos. Por ejemplo, el diario *Las Baleares: diario republicano* cerraba la reseña de la conferencia de Pedro Jaume Matas con las siguientes palabras: “Nos complace ver que en el Colegio Médico-Farmacéutico, centro abierto a todos los vientos de doctrinas, se dan conferencias tan inspiradas en la verdad y en el progreso como lo que anoche hizo, con estilo llano y sin pretensiones, el Sr. Jaume Matas” (Año, IV, nº 566, 5/4/1893, p.2). También fue reseñada en *El Isleño* y en *Noticiero Balear*, en los cuales, como también hizo *Las Baleares*, destacan la sátiro-cómica descripción de los charlatanes ambulantes.

402 *Revista Balear de Ciencias Médicas*, año IX, nº 8, 30 de abril de 1893, pp. 246-250.

“[abundaran] los que propenden a correr tras el misterio, lo maravilloso, lo complicado, lo incomprensible”.⁴⁰³

El conferenciante alude a distintos tipos de intrusismo. Por una parte a los curanderos y charlatanes, centrándose en personajes relacionados con lo “mágico y misterioso” y “aparentemente inocentes”⁴⁰⁴: echadoras de cartas, astrólogos, “el hombre que nació en Viernes Santo o que tiene una cruz en el paladar”, las gitanas, las sonámbulas, “la santona de vida muy dudosa que pretende curar milagrosamente con rezos y cruces” etc. Por la otra, hizo alusión a profesionales legales que se extralimitaban en sus funciones: los farmacéuticos y practicantes, especialmente en la *Part Forana*, los cirujanos menores y matronas, con o sin título, y el médico que se “rebaja” en su ejercicio profesional mediante “tretas y amaños, más ingeniosos y chocantes que realmente útiles”. Pero gran parte de su discurso se centró en el intrusismo que denomina *yanke* (sic), *fin de siglo*⁴⁰⁵:

“¡Ya ha llegado al son de una estridente murga que echa al aire las notas propias de la marcha fúnebre del sentido común! Apostado en el testero de estrambótica carretela, arrastrada por cuatro empavesados caballos, arrogante, sin afectación, sin escalofríos, con la estoica impassibilidad del petulante o del que se considera muy superior a las miserias humanas, pasea triunfalmente nuestro héroe por entre las masas de los curiosos que se apiñan para presenciar tan fenomenal espectáculo”.

Esta referencia no es gratuita. Tejerina (1986; 95-96) indica que en 1892 *mister Sequash*, un curandero ataviado con los trajes de los americanos del Far West (sic) que viajaba en un carromato muy aparatoso, causó sensación en Palma durante varias semanas. Tejerina afirma que las “curaciones” de *mister Sequash* pasaron con el tiempo a los *romanços de cego*⁴⁰⁶. La visita de *mister Sequash* posiblemente trasciende lo puramente anecdótico y prueba de ello es que en 1893, aparte de la conferencia de Pedro Jaume, el farmacéutico Víctor Valenzuela leyó en el Colegio el discurso anteriormente aludido.

403 Ibídem.

404 Ibídem, p. 247.

405 Ibídem, p. 248.

406 TEJERINA (1986) cita dos: *Milagros hechos a presencia del público de la Plaza del Mercado de Palma de Mallorca por el acreditado médico Sr. Sequah y sus medicamentos. Y, ¡Viva Sequahs! (Noblezas del famoso especialista).*

La manera de combatir el intrusismo, según Jaume Matas, ante la ineficacia de los medios coercitivos era la ilustración y la divulgación de la ciencia puesto que

“Hoy el químico, el físico y el médico modernos no necesitan revestirse con el hábito floreado de dragones y ridículas alimañas [...] Todas las conquistas están al alcance de todos: el estudio, la labor, la aplicación, el experimento, el reactivo, la clínica, en estas palabras está encerrado el secreto de su poder [...]”.⁴⁰⁷

Esta cita encierra la paradoja de las instituciones profesionales: un conocimiento abstracto al alcance de cualquiera mediante los estudios – y la inversión en capital social y económico – pero, a su vez, la utilización “esotérica” de estos. Pedro Jaume finaliza su conferencia con la habitual creencia en el progreso como lenitivo de la sociedad mallorquina finisecular⁴⁰⁸.

El 21 de julio de 1846, Mariano Morey⁴⁰⁹ presentaba a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma un documento titulado *Expediente de policía de la Facultad*⁴¹⁰. Morey sometía a la deliberación de los socios académicos una serie de cuestiones profesionales. Las cinco proposiciones fueron estudiadas por una comisión *ad hoc* formada por el propio Morey, Juan Estelrich, Mateo Castellá, Miguel Muntaner y Bartolomé Ripoll⁴¹¹

407 *Revista Balear de Ciencias Médicas*, año IX, nº 8, 30 de abril de 1893, pp. 249.

408 Transcribo los párrafos finales de la alocución de Pedro Jaume Matas en relación con esta idea de progreso y civilización: “Por nuestros tejados ya se ven tensos y vibrantes los hilos del teléfono y el telégrafo, nervios de la civilización moderna que al vibrar por efecto del choque con las suaves brisas del Mediterráneo, producen cual arpa eólica sonidos confusos e indescritibles, enunciadores de progresos y capaces de ahuyentar la corneja con sus fatídicos presagios de los que ya nadie hace caso./ La locomotora avanza diligente al través de nuestras campiñas; el alegre silbato del tranvía se oye ya en nuestra capital; penachos de humo coronan por doquier las chimeneas de las fábricas, cual campanarios de estos modernos templos de la industria y del trabajo, revelando todo en ideal consorcio el imperio de la ciencia y de la verdad sobre la ignorancia y la mentira, y es seguro – ahora sí que pretendo pasar por adivino – que aquellas matarán a estas”, (p. 250).

409 Vid. Nota 162.

410 En adelante, al referirme a este expediente sobre la profesión lo haré como *Expediente* (en cursiva).

411 Juan Ignacio Estelrich Ballester (fallecido en 1871), vecino de Palma, médico-cirujano y socio numerario desde 1844. Ostentó los cargos de depositario y secretario de la regia corporación. Leyó el discurso inaugural de 1846 titulado *Influencia de la humedad en el organismo*.

Mateo Castellá Mascaró (nacido en 1796), natural de Montuiri, socio de la corporación desde 1831, donde desempeñó los cargos de vicepresidente, secretario, depositario y bibliotecario-archivero. Leyó los discursos inaugurales de 1838 (*Relación del médico con el enfermo, con el público y con sus compañeros*) y de 1852 (*Son muy difíciles los buenos experimentos en medicina*).

Miguel Muntaner Ferrá, (1806-1860) natural de Palma, licenciado en Medicina y socio de la academia desde 1831, donde fue secretario. Leyó el discurso inaugural de 1840 titulado *Algunas reflexiones sobre la necesidad de considerar la organización como base de un buen sistema médico*.

Bartolomeo Ripoll, vecino de Palma, licenciado en Medicina y Cirugía Médica. Socio de la Academia desde 1844. Leyó el discurso inaugural de 1844 que tituló *Melius est sistere gradum quam progredi pertenebas* [“Más te conviene detener el paso que adelantarte”]. (Fuente: *Registro de socios numerarios y*

cuyo dictamen emitieron el 23 de julio de 1846. Este documento se analiza a lo largo de este capítulo, pero aquí se avanzan, en forma de síntesis, las principales proposiciones:

1. El abandono de la ciencia de curar y la intromisión de curanderos y comadres sin título ejerciendo todo tipo de cirugía.
- 2º. Extralimitación de los titulados en medicina o cirugía.
- 3º. La expedición de los medicamentos.
- 4º. La deontología médica.
- 5º. La Academia Quirúrgica Mallorquina.

Como puede observarse, el objeto de las proposiciones consiste en fijar los diferentes profesionales del campo sanitario así como los considerados no-profesionales o curanderos.

El intrusismo de los no-profesionales o curanderos

El *Expediente de policía de la Facultad* aludido abordaba el tema del curanderismo como primera proposición. Se refería, de manera particular, al distrito de la ciudad de Palma y al “abandono en la ciencia de curar” que propiciaba la intromisión de los curanderos en la curación de las enfermedades “llegando el extremo de emprender curaciones a la sazón de ser tratados por facultativos aprobados” con el agravante de que dichos intrusos “despreciaban y ridiculizaban” a los facultativos y sus prescripciones. Igualmente Mariano Morey denunciaba a “las comadres sin título alguno” puesto que practicaban su arte sin contar con los facultativos y además, “se atrevían” a practicar operaciones para tratar enfermedades médicas y quirúrgicas antes y después del parto. Este autor consideraba los procedimientos operatorios contrarios al decoro y buen orden gubernativo, a la salud pública y a las leyes vigentes. Morey pedía a los subdelegados de todos los partidos que pasaran a las autoridades las nóminas de todos los “sujetos que con pública notoriedad ejercen sin título alguno la Medicina o Cirugía” y a la Academia un listado cada fin de mes de “este negocio sin la más mínima excusa”. Estas listas nominales, sugería Morey, se confeccionarían con las noticias aportadas por los facultativos. De hecho, este era el método para recabar información, como se

honorarios desde 1831 (ARAMIB).

desprende del estudio de los expedientes consultados.

La comisión creada para la deliberación del *Expediente* acordó, respecto al primer punto, la siguiente medida:

“Aprobamos en todas sus partes la primera de las proposiciones y creemos conveniente incluir en la circular que ha de pasarse a los subdelegados una lista nominal de todas las comadres y curanderos de pública notoriedad, sujetándolos al rigor de la ley por haberla infringido muchas veces y continuar todavía sus intrusiones”.

La mencionada circular se emitió el 13 de agosto de 1846 y en ella se exhortaba a los subdelegados de Palma, Manacor, Inca, Mahón, Ciudadela e Ibiza a atenerse al contenido de los capítulos 14, 15 y 22 del Reglamento de 31/08/1830⁴¹² y al art. 31 del Reglamento de 1827⁴¹³ pasando oficio a las autoridades sobre los curanderos más notorios a fin de hacer averiguaciones que pudieran conducir a la denuncia ante la autoridad competente. La circular, a su vez, establecía un nuevo tipo de intruso: todas las mujeres que ejercieran el arte de partear sin título y los facultativos que se excedieran de sus atribuciones⁴¹⁴:

“La Academia igualmente ha acordado que queden comprendidas como intrusos en la citada ciencia todas las mujeres que ejercitan el arte de partear sin título alguno, por lo mismo se debe proceder contra ellas a lo que haya lugar”.

La dejación de funciones y de responsabilidades de los subdelegados quedó patente puesto que los listados que proponía Morey nunca llegaron a la Academia. Únicamente el subdelegado de Ibiza excusó su negligencia alegando la aflicción producida por la muerte de su madre política. La apatía de los subdelegados fue denunciada en enero de 1847 aunque los académicos que formaron parte de la comisión encargada del seguimiento del dictamen fueron sensibles a los problemas que acuciaban su labor. La comisión entendía que los subdelegados apenas tenían garantías por su trabajo y por esta razón acordaron pedir a la Junta Suprema la concesión de la tercera parte de las multas en lugar del 4%⁴¹⁵. Estas retribuciones se contemplaban como “aliciente”

412 Capítulo XIV: *Intrusos y curanderos*. Capítulo XV: *Remedios secretos*. Capítulo XXII: *Las subdelegaciones*.

413 Capítulo titulado *De los subdelegados*, consta de 8 párrafos.

414 *Expediente de policía de la Facultad*, (ARAMIB).

415 En la sesión del 1 de febrero de 1847, se decidió encargar a la Comisión de Subdelegaciones un

para mejorar el desempeño de sus funciones y una recompensa que sufragaba, hasta cierto punto, los gastos de sus gestiones. Los académicos, a su vez, eran conscientes de que sin dichos “alicientes” “[darían] lugar, según noticias que hemos adquirido, a renunciar a sus destinos por no acarrearles en la actualidad perjuicios sin casi ninguna retribución”.⁴¹⁶

Gracias al *Expediente de policía de la Facultad* podemos conocer los nombres de los curanderos “más notorios” de la capital balear. Los siguientes cuadros recogen la información relativa a los intrusos no profesionales o curanderos con la pretensión de contextualizarlos en el posterior análisis de las acciones académicas contra el intruismo no profesional.

Tabla 28. Nómina de los curanderos de más notoriedad en el distrito de Palma (1846)

Transcripción literal
Sra. Francisca Ribas de la calle (...)
Sra. Masaneta de la calle nueva del Carmen
L'amo del Orno del Clot, en el mismo camino
Honora Rafael del predio de “ses cases novas”
Sra. Elionor Frexa, curandera de anginas en els set cantons
D. Antonio Mestre, religioso exclaustro de Trinitarios. Calle de San Miguel en la barbería de Sanch
D. Lorenzo, curandero de la calle Bunyols
Un sureño que vive en la calle de San Luís enfrente del Notario Don Antonio Fernández
D. Bartholomé Mateu, que se ejercita abiertamente la Cirugía y en particular la flebotomía en la calle del Socor, tienda de Barbería nº 76, muerto hoy 6 de agosto.
D. José Segura, licenciado del ejército. Hace de sangrador y cura afecciones quirúrgicas sin título y vive en la calle del Socor cerca del nº 9.
Salvador Juan, curandero de ojos vive en Plaza del Socor nº 9 escalera
Juan Pujol barbero que sangra sin título en la calle de la Font de la y de la misma (...) José (...) que hace de sangrador sin título y cura afecciones quirúrgicas, calle de Salom de la Calatrava barbería nº 22.
Gerónima Valens, vulgo Collet comadre sin título y curandera vive delante de la puerta de Nuestra Señora de Socor nº 5

Fuente. *Expediente de policía de la Facultad* (1846)

estudio para evaluar la posibilidad de subdividir las subdelegaciones con el fin de tener un mayor control de inspección que los subdelegados no podían llevar a cabo por las distancias entre los municipios de sus respectivas delegaciones. Ese mismo año se aprobó el Real Decreto que cambiaría la estructura sanitaria española aunque se mantuvieran las subdelegaciones. En Mallorca únicamente se dividió la del distrito de Palma en los distritos de la Catedral y la Lonja, a partir del último tercio del XIX.

⁴¹⁶ *Expediente de policía de la Facultad*, (ARAMIB).

Tabla 29. Resumen de los principales expedientes de intrusismo no-profesional

EXPEDIENTE	FECHAS	RESUMEN
Expediente de correspondencia con el regente de esta Audiencia a fin de que se sirva a multar a Francisca Rivas por sus intrusiones en la Medicina	1830-1846	Francisca Ribas, esposa de un escribiente de la Comandancia de Marina y por tanto bajo jurisdicción militar tanto en lo penal como en lo civil, fue denunciada por varios médicos por sus intrusiones en la medicina y en la cirugía. El hecho de que Ribas estuviera aforada impidió que la Academia tuviera el respaldo de las autoridades para multar a la intrusa, que fue considerada como una de las más “notorias” de la capital balear. Según el expediente trataba todo tipo de cánceres mediante la aplicación de caústicos. También trataba la “formiga”.
Expediente contra J. Pujol por sus intrusiones en el arte de curar. Denunciado por R. Fiol, cirujano de 3ª clase	1842-1846	Juan Pujol fue denunciado por el cirujano R. Fiol por efectuar sangrías sin el título correspondiente. A pesar de ser multado por las autoridades competente, nunca abonó la cuantía impuesta y recurrió, mediante un procurador, todas las sanciones que le impusieron
Expediente de intrusión cometido por J. Roig mayor y J. Roig menor ambos vecinos de Porreras. Se contienen en este expediente las diligencias practicadas por reincidentes los citados Roig, después de impuestas las multas por intrusión	1844-1846	Juan Roig mayor “l'amo des Moreys” y su hijo, Juan Rog menor “albéitar” fueron denunciados pro Juan Estelrich, médico-cirujano, por el tratamiento de una luxación a Antonio Mesquida de Lluçmajor. La actividad de ambos intrusos estaba relacionada, básicamente, con fracturas óseas. Las pesquisas de la Academia pusieron de manifiesto no solo la popularidad de estos curanderos en varios pueblos del partido de Manacor, sino también una práctica dominical de su actividad en Ca's Boté, donde acudían personas de toda la comarca. A su vez, ambos intrusos estaban “agueballats” con varios cirujanos.
Expediente de intrusión cometida por Miguel Rosselló, albéitar, del pueblo de Establiments	1847	Miguel Rosselló fue denunciado por el Gobernador, a instancias de la Academia, por la muerte de una joven de 18 años a la que había tratado. Rosselló alegó que únicamente le habái administrado los medicamnetos prescritos por el medico titular de la población (que pasaba visita dos días por semana). Las averiguaciones de la Academia evidenciaron que ejercía la medicina sin título pero no conocemos el resultado de las diligencias puesto que en mayo de 1847 la Academia perdía sus competencias en materia de intrusismo.

Los subdelegados, como he indicado en otro apartado, eran los encargados de perseguir el intrusismo en la ciencia de curar. La tabla 29 resume los expedientes instruidos por los subdelegados de Palma y Manacor hasta 1847⁴¹⁷. La manera de actuar de la Academia, por lo que de la documentación se desprende, era doble:

1º. De oficio. Ante una sospecha de intrusismo o por denuncia verbal, la Academia se ponía en contacto con el subdelegado correspondiente para que este iniciara las investigaciones pertinentes con la finalidad de esclarecer las sospechas y actuar de manera acorde a los hechos. Este fue el caso de Miguel Rosselló, albéitar de Establiments, denunciado por el Gobernador a instancias de la Academia por la muerte de una joven, Isabel Lladó. En este caso, según se desprende de las actas de la corporación, el médico de Esporles puso a la academia sobre aviso del hecho puesto que atendió a la joven cuando los padres habían agotado los recursos terapéuticos que estimaron convenientes.

2. Por la denuncia de los médicos o cirujanos. En este caso se observa un doble mecanismo: la denuncia directa de los profesores implicados en el caso, bien por la intromisión de un curandero o bien cuando los enfermos, agotados los recursos curanderiles, optaban por acudir al profesional titulado. La otra forma de denuncia es la indirecta, es decir, la interpuesta por un facultativo que tenía conocimiento del hecho por otro colega de profesión. Este era el caso de la denuncia interpuesta contra Francisca Ribas:

“El facultativo inscrito [Seraffn Nebot] participa a la Real Academia de Medicina y Cirugía de esta ciudad que D. Pedro Company y doña Francisca Ribas han asistido por espacio de 16 meses a D^a Margarita Quetglas, su madre política, enferma de cáncer en el pecho, aplicándole diferentes remedios, particularmente cáusticos que la han puesto en un estado de incurabilidad, según el parecer de D. Rafael Cerdó, que hace pocos días que la está asistiendo”.⁴¹⁸

Una vez iniciada la denuncia, los subdelegados solían recabar información mediante los testimonios de los médicos y cirujanos de su partido a los que, mediante oficio, se

417 En el archivo de la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears se custodian expedientes en los que solo se constata la pretensión académica de que el subdelegado iniciara pesquisas sobre personas sospechosas de intrusismo pero que nunca llegaron a realizarse. Estos expedientes no se han utilizado para esta investigación.

418 *Expediente de correspondencia con el regente de esta Audiencia a fin de que se sirva multar a Francisca Ribas por sus intrusiones en la Medicina*, enero 1830, (ARAMIB).

les solicitaba la siguiente información:

“[A] la brevedad posible digan si les consta o tengan noticia que los citados Roig haya tratado a algún enfermo, cual era la naturaleza de su enfermedad, que medicamento o remedios les han aplicado, que tiempo siguieron tratándoles, en que mes y año; como igualmente el nombre y apelativo, estado y pueblo de residencia del paciente...; en fin, que expresen lo que les conste y tengan noticia relativamente a enfermos que hayan sido atendidos en sus padecimientos [...]”.⁴¹⁹

Sin embargo, el hecho de transmitir dicha información parece que estaba lejos de percibirse como una obligación profesional. Así expresan la Academia y los subdelegados la necesidad de obtener dicha información:

“[E]spera que todos los profesores que les conste algunos de esos enfermos asistidos por los referidos individuos se prestarán gustosos a manifestarlo y que no se denegarán a prestar uno de aquellos deberes a que están obligados en beneficio de la humanidad doliente”.⁴²⁰

Los profesores se muestran muy cautos en sus manifestaciones escritas. Algunos, como en el caso del expediente de Francisca Ribas o de los Roig, expresan el conocimiento de los hechos pero aseguran no conocer el nombre de los enfermos asistidos por los curanderos. Además, mediante el expediente de Francisca Ribas podemos constatar estas reservas puesto que el subdelegado de Medicina de Palma ofició, en 1844, a los profesores de Medicina y Cirugía y “a algunos cirujanos para enterrarles del asunto” y parece que solo contestaron Bartolomé Ripoll, Juan Bauzá, Juan Estelrich, Mariano Morey y Esteban Puget. Conviene destacar dos cuestiones: la primera es el escaso número de contestaciones al oficio del subdelegado de Medicina si nos atenemos a la nómina de profesores del arte de curar que aparece en el *Expediente de la policía* (1846): 17 médico-cirujanos, 10 médicos puros y dos licenciados en cirugía médica. La segunda es que, a excepción de Esteban Puget, el resto de los testimonios corresponden a socios numerarios de la Academia de Medicina, mientras que Puget era cirujano y uno de los fundadores (un año más tarde) de la Academia Quirúrgica de Mallorca.

419 *Expediente de intrusión cometida por J. Roig menor y J. Roig mayor, ambos vecinos de Porreras. Se contienen en este expediente las diligencias practicadas por reincidentes los citados Roig, después de impuestas las multas por intrusión, (1844)* (ARAMIB).

420 *Ibidem.*

Estas precauciones posiblemente puedan relacionarse con el delito de delación y su significación más allá de la leyes, pero también con la necesidad de mantener el secreto profesional puesto que acusar a los curanderos suponía, en muchos casos, revelar información de los enfermos y su entorno familiar.⁴²¹ Asimismo, la denuncia indirecta, es decir, la interpuesta por otros médicos o cirujanos conocedores de los casos tratados por otros colegas también podría tratarse de una estrategia encaminada a no faltar al deber del secreto médico.

Es relevante reseñar el resultado de las pesquisas y denuncias de la Academia mientras tuvo competencia en materia de intrusismo. La constatación más palmaria es la escasa eficacia de sus gestiones debido a las autoridades encargadas de ejecutar las multas, es decir, el jefe político, las autoridades municipales y los tribunales cuando se elevaba el caso a contencioso administrativo. Los cuatro casos estudiados, a pesar de no ser una muestra muy amplia suponen una aproximación cualitativa muy destacable ya que permiten constatar la inoperatividad de las autoridades locales; de hecho, únicamente los Roig hicieron efectiva la multa de 50 ducados, para seguir con sus actividades una vez satisfecha la cantidad. Una de las demandas de la Academia era que los curanderos, una vez apercibidos, no solo dejaran de tratar enfermos, sino también de administrar cualquier específico aunque fuera con prescripción facultativa, sin la previa aprobación de la Real Junta Superior Gubernativa.

Otro indicador de esta inoperatividad o dejación administrativa es la dilación de las gestiones, que la Academia denuncia reiteradamente. El caso más notorio es el de Francisca Ribas, sometida a la jurisdicción militar por parentesco hasta 1839, cuyo caso se instruyó por primera vez en 1830 para hallarse sin solución en 1846 como constatan su expediente y el *Expediente de la policía de la Facultad* en el que, como se puede observar en la tabla 28, figura como una de las curanderas más notorias de Palma. Este caso, que posiblemente no sea la norma en cuanto a duración, tenía la citada peculiaridad

421 Esta hipótesis de trabajo debería desarrollarse mediante el estudio de los expedientes de todas las academias de distrito para poder establecer un patrón común de la actuación de los médicos españoles del siglo XIX. La cuestión de la delación, como se verá en este capítulo, tenía connotaciones legales muy importantes y fue uno de los caballos de batalla de los médicos por la creación del cuerpo de médicos forenses. Sin embargo, también debería circunscribirse esta hipótesis a la delación entendida dentro de los códigos de honor de la época. (Cf. Capítulo segundo, apartado sobre el secreto profesional).

de la jurisdicción de la acusada. A pesar de que Francisca Ribas dejó de ser aforada en 1839 al enviudar, las gestiones de la Academia fueron totalmente infructuosas como demuestran las reiteradas misivas enviadas al alcalde de Palma a pesar de que el caso ya estaba en manos del juzgado de primera instancia. En 1841, la Academia expresaba su malestar con las siguientes palabras:

“A esta corporación le será muy sensible si menospreciando las leyes vigentes se deja impune tanta escandalosa intrusión y se le pone en la presunción en cumplimiento de uno de sus deberes tener que elevarlo al conocimiento de Su Majestad la Reina Nuestra Señora”.⁴²²

Aunque la reina no fue informada del caso, la documentación permite poner de manifiesto el nulo resultado de las diligencias de la Academia puesto que remitió varios oficios a la alcaldía y al juez de primera instancia entre 1841 y 1846 sin recibir contestación alguna.

El caso de Juan Pujol es otro claro ejemplo de la dificultad que tenía la Academia para que se hiciera efectivo el cumplimiento de la ley por parte de las autoridades. El denunciado acudió a un procurador con el objeto de eludir la multa impuesta y el escrito presentado por Estanislao Peñaño –procurador– en 1843 al alcalde de Palma muestra la base legal sobre la que fundamenta su rechazo a la multa impuesta:

“[Juan Pujol, multado] no puede menos de recurrir el pago de tal multa por no haberse hecho acreedor de su imposición. Siendo además imposible, según las leyes vigentes, imponerse a ningún ciudadano multa ni pena de ninguna clase, sin una completa justificación de haber cometido el delito o falta que la merezca o sin haber hecho antes la defensa del interesado. Lo contrario fuera autorizar la arbitrariedad y hasta la inseguridad personal”.⁴²³

El subdelegado de Palma, Antonio Rosselló, contestó al alcalde “prescindiendo de los absurdos que en dicho escrito se cometen sin duda efecto de no estar impuesto el que los ha dictado en la ley que exige la materia”⁴²⁴ que aplicara las leyes vigentes en materia de medicina y cirugía; es decir, el capítulo XIX del reglamento de 1827, que

422 *Expediente de correspondencia con el regente de esta Audiencia a fin de que se sirva multar a Francisca Ribas por sus intrusiones en la Medicina*, enero 1830 (ARAMIB).

423 *Expediente contra J. Pujol por sus intrusiones en el arte de curar. Denunciado por R. Fiol, cirujano de 3ª clase*, (1843), (ARAMIB).

424 *Ibidem*.

establecía la pena de 50 ducados y que, según el subdelegado, “no [admitía] interpretación alguna”. Asimismo, animaba al alcalde a desestimar el escrito de Juan Pujol “y cualquier otro que presente con el mismo objeto” porque “la ley no permite se sujete la prueba a forma de juicio” puesto que se trataba de infracciones de notoriedad pública y que, en el caso de Pujol, había confesado al subdelegado. A pesar de esta contundencia, en 1846 y tras varias denuncias más, el subdelegado de Medicina enviaba un oficio al Jefe Político exponiendo nuevas intrusiones de Juan Pujol y participándole de que

“[A]demás de sus intrusiones en el arte de curar hace alarde de que no se tienen medios suficientes para reprimirle ni castigarle acertadamente, porque en 1843 fue multado por la misma causa con arreglo a la ley, y son embargo esta es la hora que todavía no se ha hecho efectiva la multa”.⁴²⁵

Una posible explicación a la falta de actuación o dejación de funciones de las autoridades⁴²⁶ podría encontrarse en las teorías de Abbott (1988) sobre las *jurisdicciones* profesionales. Este autor es del parecer que las *jurisdicciones* profesionales se amplían por varios mecanismos pero que uno de los escenarios más importantes es la legalidad emanada del Estado. Una profesión consigue una mejora legal cuando socialmente hay una presión para ello. Parece que para el caso que nos ocupa esta presión no era suficiente, entre otras causas, precisamente porque la población, como intentaré exponer a continuación, contemplaba como legítimos otros mecanismos terapéuticos.

Los expedientes de la Academia son una excelente fuente de información con la que trazar una somera descripción de las prácticas de los curanderos y los distintos itinerarios terapéuticos de la sociedad mallorquina de mediados del ochocientos. La primera constatación es que el curanderismo era una práctica habitual y muy extendida en la isla como pone de manifiesto el *Expediente de la policía*, especialmente para el caso de la ciudad de Palma y el caso de los Roig para la *Part Forana* donde Pedro Juan Capella, médico de Lluçmajor, declara lo siguiente: “Es notorio y público que casi todas las personas que padecen fracturas y luxaciones no se valen de facultativos sino que acuden al Amo des Moreys para su curación”⁴²⁷. Una afirmación que Clemente García,

425 *Ibidem*.

426 Esta dejación de funciones y responsabilidades fue una constante a lo largo del siglo XIX como ha demostrado el Prof. Albarracín Teulón.

427 *Expediente de intrusión cometida por J. Roig menor y J. Roig mayor, ambos vecinos de Porreras. Se con-*

cirujano de la misma población, ratifica sirviéndole de excusa para no dar la nómina de los enfermos asistidos por los curanderos Juan Roig mayor y menor. La figura del curandero era un recurso terapéutico utilizado por los propios facultativos tal como expone Francisco Sbert, de Lluçmajor:

“[Q]ue el profesor en Medicina, D. Benito Llompart, residente en esta población se dislocó un codo y acudió a l’amo des Moreys para que se la redujese malísimamente, en términos que no ejercita libremente los movimientos [...]”.⁴²⁸

¿Qué dolencias trataban los curanderos mallorquines? De la documentación se desprende que los curanderos desempeñaban tanto la cirugía como la medicina, aunque el peso de la primera es mayor, especialmente en las operaciones de traumatología. La curandera Francisca Ribas trataba, con preferencia, casos de cáncer y fístulas aplicando distintos remedios, especialmente cáusticos y ungüentos. Este fue el caso de Juan Nebot y Juaneda al que Francisca Ribas intentó curar una lupia en 1840. Una vez que los remedios aplicados por la Sra. Ribas no surtieron efecto, el paciente decidió ponerse en manos del médico Juan Bauzá.⁴²⁹ El mismo caso aconteció a Magdalena Bordoy, enferma de un cáncer, que tras los cuidados de Francisca Ribas decidió acudir a un titulado, Rafael Cerdó. Dos facultativos, Juan Ignacio Estelrich y Esteban Puget refieren la enfermedad de “hormiga o formiga”, una etiqueta diagnóstica que se recoge en el diccionario *català-valencià-balear* con el siguiente significado: “Malaltia que ataca la cara, i especialment, el front de les persones; cast. *Lupus eritematoso*”⁴³⁰. Parece que este era uno de los diagnósticos preferidos de Francisca Ribas.

Juan Pujol, por su parte, parece que únicamente hacía sangrías y alguna operación de cirugía –que no se especifica– en una barbería y en distintos domicilios. La denuncia específica que su intrusismo no solo era por el hecho de sangrar sin título, sino también por hacerlo sin prescripción facultativa; es decir, por decisión propia o, como

tienen en este expediente las diligencias practicadas por reincidentes los citados Roig, después de impuestas las multas por intrusión, 1843 (ARAMIB)

428 Ibídem.

429 Este médico, en la contestación al oficio del subdelegado, afirma que “la lupia extirpada con una porción del cutis sobre el que fue aplicando el caustico, obra en mi poder”. (CF. *Expediente de correspondencia con el regente de esta Audiencia a fin de que se sirva multar a Francisca Ribas por sus intrusiones en la Medicina*, enero 1830 (ARAMIB). Juan Bauzá, al igual que Rafael Cerdó, eran socios de número de la Real Academia.

430 Consulta realizada en dcvb.iecat.net [accedido el 29/10/2012].

método de autocuidado, por decisión de los pacientes.

Miguel Rosselló, albéitar, fue denunciado tras la muerte de Isabel Lladó⁴³¹, vecina de Establiments. El diagnóstico de Rosselló fue que se trataba de un resfriado y según consta en el testimonio dado por Mateo Vidal, médico de Esporles, el herrero le propinó sudoríficos interiores y exteriores

“[h]asta el extremo de violentarla, logró conciliar el sudor, mas sin alivio alguno de la enferma, cuya infructuosidad atribuyó a un mal gástrico y le dispuso un purgante: en vista que este no obraba a medida de su deseo, mandó se le diera una lavativa”.⁴³²

Ante este panorama, el padre decidió acudir al médico de Esporles, a pesar de que Establiments contaba con dos facultativos.

Los Roig, por su parte, solían tratar todo tipo de fracturas y luxaciones en una serie de pueblos del partido de Manacor: Manacor, Artà, Son Servera, Sant Llorenç, Santanyí, Campos, Porreres, Sant Joan, Petra, Villafranca, Felanitx, Montuiri y Lluçmajor. Los testimonios médicos suelen relatar que estos curanderos “trataban y manoseaban” a los pacientes. Asimismo, también administraban “pegats” (sic) como en el caso reportado por Francisco Sbert, médico de Lluçmajor, quien relataba que

“Rafael Tomás [...] a consecuencia de una fuerte marcha se quejaba de un dolor fuerte en el pecho que le impedía poderse entregar a su trabajo por lo que J. Roig, albéitar, le mando poner dos “pegats” los que según el mismo enfermo se vio obligado a quitarse por no remediarle. Antonio Clar, [...] de una “tisis pulmonar”, al que J. Roig, albéitar, a principios de año mando poner en su pecho “pegats” que aumentaron su dolor y adelantaron su enfermedad y que se los quitó rabioso”.⁴³³

Los médicos narran los casos de fracturas y luxaciones, a las que suelen añadir que curaron “malísimamente” y otras descripciones de los resultados de la mala praxis de los curanderos. Este es el caso de Isabel Carrió de Felanitx, narrado por el profesor Leonardo Estelrich, en el que se describen los remedios aplicados por los curanderos:

431 Las denuncias no son por los resultados, nefasto en este caso, sino por la intrusión en la medicina o la cirugía y las penas son, en los primeros casos, pecuniarias.

432 *Expediente de intrusión cometida por Miguel Rosselló, albéitar, del pueblo de Establiments, 1847* (ARA-MIB).

433 *Ibidem.*

“[R]esulta ser positivo que J. Roig mayor curó en el mes de diciembre a D^a Isabel Carrió de una fuerte contusión en la articulación femoral izquierda de una caída de caballo, que le prescribió un emplaste resinoso, cuya base parecía ser la trementina. Que J. Roig menor visitó al poco tiempo a la señora en cuestión, prescribiéndole un linimento oleoso mezclado, al parecer, con el esperma de ballena y aguardiente alcanforado”.

D^o Isabel Carrió anduvo difícilmente con muletas por solo dentro de su casa por espacio de tres meses, cuando a altas horas, a fuertes instancias de la paciente fui llamado y encontré una fuerte inflamación en la articulación femoral y sus cápsulas, con principios de claudicación o luxación espontánea, complicada con una neuralgia que impedía a la enferma dormir. Después de mis cuidados, anda ahora la enferma sin muletas ni bastones, con solo una debilidad del miembro afectado”.⁴³⁴

El testimonio de Antonio Soria, médico-cirujano de Lluçmajor permite vislumbrar las técnicas empleadas por los Roig, completando la descripción anterior. Parece que la técnica que utilizaba para reducir las fracturas consistía en movimientos de extensión y contraextensión. Los emplastes, según este facultativo, estaban compuestos “según me han dicho de trementina, claras de huevo, polvos de alumbre crudo, sangre de drago⁴³⁵, & y después un vendaje”.⁴³⁶ El médico Juan Capella, también en 1846, enumera los siguientes componentes de los emplastes aplicados por los Roig: trementina, yemas de huevo “y otros ingredientes que no he podido comprobar”. La documentación también constata que los curanderos de Porreres realizaban algunas operaciones quirúrgicas, por ejemplo el tratamiento de una hernia inguinal.

El estudio de las fuentes documentales nos permite constatar que gran parte de la población mallorquina acudía a diversos agentes de la salud en sus procesos de salud/enfermedad/atención donde los sanadores legales u oficiales eran un recurso más. La población podía combinar los cuidados simultáneos de médicos o cirujanos titulados y los curanderos como ponen de manifiesto los oficios de los subdelegados de Medicina, en los que se especifica que se dieran noticias sobre si los curanderos habían asistido “anteriormente o a la vez” a los enfermos reseñados. El *Expediente de la policía de*

434 *Expediente de intrusión cometida por J. Roig menor y J. Roig mayor, ambos vecinos de Porreres. Se contienen en este expediente las diligencias practicadas por reincidentes los citados Roig, después de impuestas las multas por intrusión*, 1843 (ARAMIB).

435 Materia resinosa que sale del árbol drago. Fuente: *Diccionari català-valencià-balear*. Consulta realizada en dcvb.iecat.net [accedido el 29/10/2012].

436 Vide nota 434.

la *Facultad* también contiene información que permite hacer esta afirmación cuando su autor, Mariano Morey, afirma que “[l]o efectúan al mismo tiempo que los enfermos son asistidos por profesores legales, despreciando y ridiculizando a los facultativos y las prescripciones que hagan”⁴³⁷. Es evidente que los enfermos y allegados eran los únicos que podían autorizar el tratamiento conjunto de dos tipos de sanadores y el expediente contra las intrusiones de los Roig es paradigmático de esta opción terapéutica por el gran número de casos reportados por los facultativos inquiridos por el subdelegado del partido de Manacor.

Los expedientes de Roig y de Francisca Ribas ponen de manifiesto que en algunas ocasiones los curanderos eran la única opción terapéutica elegida por los pacientes. G. Barceló, de Felanitx escribía en 1846:

“[R]esulta positivo que J. Roig mayor visitó, al menos, por dos meses a D^o Paula Obrador de una caída, que la Doña Paula no ha manifestado todavía su afección a ningún facultativo, por consiguiente, y por tanto, no puedo decir más de esta que la afección que tuviere y que anda con una muleta”.⁴³⁸

Finalmente, el expediente de los Roig permite describir dos prácticas muy interesantes. Ambos curanderos, los domingos y festivos solían pasar visita en distintas casas de Porreres, Felanitx y Lluçmajor. Francisco Sbert lo describe así para el caso de Lluçmajor:

“[P]adre e hijo [los Roig] ejercitan el todo o parte de la ciencia de curar, pero ahora más principalmente el hijo va a pasar a una casa de la villa llamada “Cas Boté” donde acuden toda clase de enfermos a buscar la salud perdida en lugar de acudir a un profesor, recetando medicamentos. Esto todos los domingos con escándalo de los profesores de esta villa y de la Facultad, y no se limita aquí el curandero, sino que critica las operaciones de los profesores, las destruye y las modifica según le place con suma desfachatez”.⁴³⁹

Los médicos G. Barceló y L. Estelrich, ambos de Felanitx, además, informan al subdelegado de la siguiente circunstancia: “Debo igualmente comunicar a V.S. que, la

437 Expediente de policía de la Facultad (ARAMIB), Circular pasada a los subdelegados de Medicina y Cirugía, 13 de agosto de 1846.

438 Expediente de intrusión cometida por J. Roig menor y J. Roig mayor, ambos vecinos de Porreres. Se contienen en este expediente las diligencias practicadas por reincidentes los citados Roig, después de impuestas las multas por intrusión, 1843 (ARAMIB).

439 *Ibidem*.

mayor parte de los domingos han venido personas a mi casa con el efecto de que les diera permiso para ser visitados por J. Roig en Felanitx”. Sin duda, esta frase permite entrever la autoridad del médico en la población sin menoscabo de la libre elección del sanador por parte de los enfermos o allegados; además, como hemos visto, relatan sin ambages sus experiencias en manos de los curanderos a los facultativos titulados cuando deciden optar por la medicina oficial.⁴⁴⁰ La visita a los curanderos no era vista con buenos ojos por los facultativos y simultanear los dos tratamientos, con sus consiguientes antagonismos, podía conducir a la renuncia del médico, como se expuso en el capítulo anterior y como ratifica el testimonio de Francisco Sbert. Antonio Caragol, vecino de Lluçmajor, fue tratado por Sbert de fracturas en brazo y muslo pero el paciente permitió que el curandero Juan Roig le retirara los apósitos:

“Este fracturado de que yo hago mención [A. Caragol de Lluçmajor] está aún seguramente en cama porque hace pocos días fui a verle para cerciorarme de lo que llevo dicho y al mismo tiempo para despedirme de él, no con poco sentimiento de ello porque la historia hubiera sido digna de publicarse por su gravedad y complicaciones que desde un principio se presentaron”.⁴⁴¹

La otra práctica a la que hacía referencia está relacionada con la connivencia⁴⁴² entre facultativos (cirujanos) y curanderos como denunciara Francisco Sbert:

“[D.] Clemente García, profesor de cirugía, vecino de esta villa [Lluçmajor] le autoriza para curar [a J. Roig menor] siendo mero espectador. Cobrándose por mitad los miserables honorarios so pretexto que van “agabellats” expresión vulgar que gastan los dos para significar que van unidos [...] y en fin, es público que en Porreras hay otro cirujano, a quien no conozco ni menos puedo nombrar que también representa el mismo papel que el de García”.⁴⁴³

Ir “agabellats” proviene de la palabra “gabellar” que según el *Diccionari català-valencià-balear* significa: “Ajuntar per un fi comú; conjurar”⁴⁴⁴. El expediente pone de manifiesto que el subdelegado de Manacor inició pesquisas para conocer el alcance de estas

440 Con medicina oficial hago referencia al sector profesional al que alude KLEINMANN (1993), es decir, el de profesionales legalmente autorizados por un título o acreditación.

441 *Expediente de intrusión cometida por J. Roig menor y J. Roig mayor, ambos vecinos de Porreras. Se contienen en este expediente las diligencias practicadas por reincidentes los citados Roig, después de impuestas las multas por intrusión*, 1843 (ARAMIB).

442 Sobre algunas prácticas mercantilistas de los médicos del siglo XIX, consúltese el artículo de CALBET CAMARASA (1968).

443 Vide nota 441.

444 *Diccionari català-valencià-balear*. Consulta online realizada en dcvb.iecat.net [accedido el 29/10/2012].

afirmaciones aunque no conocemos sus resultados. Conviene señalar, como se hace en algunos expedientes, la importancia que debieron tener las rencillas personales en las denuncias e informaciones vertidas en las respuestas a los oficios de los subdelegados.

Es evidente que existió otro tipo de sanadores no profesionales o, como menciona Gallego (2009) preprofesionales: los religiosos y religiosas.⁴⁴⁵ El expediente de Francisca Ribas revela que esta trabajaba con un presbítero, Pedro Company al que, a instancias de la Academia, sus superiores amonestaron por dichas prácticas. Sin embargo, la documentación consultada no incide en esta opción terapéutica.

Como he mencionado, poco conocemos del problema del intrusismo no profesional después del decreto de 1847 que inhibió a la Academia en este asunto. No obstante, parece que las funciones del subdelegado de Medicina de la capital, Antonio Gelabert – socio de número de la Academia – merecieron el reconocimiento de las autoridades según nos consta en el Boletín Oficial de la Provincia de 1861⁴⁴⁶ (artículo de oficio número 1712) en el cual el gobernador, Miguel Amer, instaba a los subdelegados a cumplir lo preceptuado en el reglamento de subdelegados de 1848 emulando el comportamiento de Gelabert⁴⁴⁷:

“La conducta del Subdelegado de medicina y cirugía del partido de esta capital, D. Antonio Gelabert, puede servir de modelo a los demás funcionarios de su clase, pues que con un celo que le honra sobremanera y le hace acreedor a la gratitud del Gobierno, de los profesores y del público en general, llena a todos de satisfacción los deberes que le impone su cargo sin perjuicio de los que le corresponden como vocal facultativo de la Junta Provincial de Sanidad y sin que hayan sido bastantes

445 Respecto a la profesionalización de la enfermería y su “protoprofesionalización” encarnada en las religiosas, desde una perspectiva básicamente cuantitativa, puede consultarse el trabajo de Gloria Gallego (2009).

446 *Boletín Oficial de la Provincia de las Baleares*, 2 de septiembre de 1861 (nº 4496).

447 Un estudio sobre la figura de los subdelegados de Medicina arrojaría luz sobre la profesionalización de la Medicina española del siglo XIX y el intrusismo curanderil. No conocemos la opinión pública mallorquina sobre esta figura pero, a título anecdótico, sirva de ejemplo el artículo publicado en *La Autonomía: diario republicano federalista* (Año 1, nº 1226 de 14 de abril de 1886) en el que se denunciaba un anuncio sobre “trencats i esbrinsats” que circulaba por la capital en hoja suelta. Se anunciaba lo siguiente: “Casa especial de las quemaduras (Trencats y esbrinsats) bajo el patrocinio de Nuestra Señora del Carmen”. El anuncio presentaba una explicación con tintes “científicos” sobre la curación tras “treinta años de investigaciones y experiencia”. Los quebrados debían proveerse de dos vendas y almohadillas y la curación se realizaba en la Calle del Socorro N-44, P. 1. El articulista exclama: “¿No hay en Palma un subdelegado de Medicina? ¿Cómo se permiten esos escándalos bajo el patrocinio de Nuestra Señora del Carmen?”. Resulta, cuanto menos curioso el elevado número de curanderos que actuaban en la Calle del Socorro como atestigua el *Expediente de la policía de la Facultad*, véase tabla 28.

a hacerle decaer en su laboriosa y filantrópica tarea los muchos años que cuenta de servicios en ambos destinos ni los disgustos consiguientes a la Subdelegación cuando se desempeña de la manera mencionada”.

Aunque la figura de los subdelegados tuviera gran importancia hasta entrado el siglo XX, los colegios oficiales, especialmente tras la azarosa obligación de la colegiación, empezaron a ejercer competencias en esta materia siempre supeditada a la autoridad de los subdelegados como establecen los estatutos y reglamentos.

Por lo que al Colegio Médico Oficial balear se refiere, las actas reseñan algunas actuaciones pero no podemos conocer los procesos y resultados de sus denuncias. La subcomisión de Manacor, en junio de 1901, informaba a la junta directiva del Colegio Médico Oficial de la existencia de algunos curanderos, de un practicante que se extralimitaba en sus funciones, de un farmacéutico que ejercía de oculista y de una monja que practicaba la medicina. La respuesta de Julián Álvarez sintetiza el pensamiento de los médicos respecto a los intrusos profesionales y no-profesionales así como la evolución del concepto “curandero”, que empieza a adquirir las características de la actual definición, es decir, “persona que sin estudios médicos ejerce prácticas curativas, empíricas o rituales”:

“Respecto al curanderismo opina el Sr. Álvarez, y con él los demás señores de la junta, que a los intrusos con título se les debe aplicar todo el rigor de la ley sin contemplaciones de ninguna especie, que en cuanto a los curanderos ramplones lo mejor es no hacerles caso porque ellos mismos suelen prepararse el descrédito de las gentes ilustradas y en cuanto a cierta monja que es aficionada a inmiscuirse en asuntos de medicina, el Sr. Presidente quedó encargado de poner el hecho en conocimiento de los superiores”.⁴⁴⁸

Es preciso hacer una breve mención a los sanadores locales o folk. Este tipo de sanadores se dedicaban a los “síndromes delimitados culturalmente”⁴⁴⁹, es decir, aquellas dolencias que no están clasificadas como “médicas”⁴⁵⁰ y que para el caso balear era

448 *Libro de Actas de la Junta de Gobierno del Colegio Médico Oficial de Baleares, del 29 de septiembre de 1899 al 31 de enero de 1918*, sesión de 16 de junio de 1901, (COMIB).

449 Sobre esta categoría antropológica puede consultarse SIMON, R.C. y HUGHES, C.C. (Eds.) (1985), *Culture-bound syndromes: Folk Illness if Psychiatric and Anthropological Interest*, Dordrecht.

450 En un trabajo de campo realizado por Isabel Moll y Eva Canaleta en 2006 para estudiar la percepción sobre el concepto “salud” los informantes, todas personas mayores de 80 años, nos remitieron a estas enfermedades folk que definían simplemente como “malalties de no metges”.

básicamente *l'enfitament*⁴⁵¹. Estos sanadores locales, que posiblemente también actuaban como curanderos, no se mencionan en los documentos médicos consultados.

Intrusismo profesional

El *Expediente de la policía de la Facultad*, en sus puntos 2º a 4º, hace referencia a las intrusiones de los profesores titulados tanto del ramo de la medicina como de la cirugía y de la farmacia. Como para el caso del intrusismo no profesional, los expedientes conservados son pocos y en su mayoría hacen referencia a los conflictos entre la medicina y la cirugía en una época en la que ambas facultades eran profesiones en vías de nivelación profesional. También es conveniente tener presente que el *Expediente de la policía* aparece, casi de manera simultánea, al Reglamento de 29 de junio que establecía las condiciones que debían reunir los aspirantes a sangrador (Ávila, 2010:16).

El punto segundo del *Expediente de la policía*, si bien recoge la extralimitación de las funciones de los médicos en la cirugía, es una clara denuncia de Mariano Morey contra los cirujanos menores, especialmente los sangradores puesto que parece que eran la opción terapéutica mayoritaria entre la población de la capital balear. Como ya adelanté, en el *Expediente* hay una alusión a las pretensiones de la creación de la futura Academia Quirúrgica de Mallorca por lo que la exposición de Morey sobre los cirujanos sangradores debe entenderse en un escenario mucho más amplio que la típica rivalidad entre médicos y cirujanos y de la que me ocuparé en otro apartado.

La respuesta de la comisión a la segunda proposición de Mariano Morey es, en primera instancia, una autocrítica a la laxitud de la Academia respecto a sus funciones de *policía* de la facultad:

“Respecto a la segunda proposición aunque persuadidos de su certitud no deja de conocer los inconvenientes y dificultades que ofrece la puntualidad y observancia del reglamento y última circular en no excederse en las concesiones de sus títulos específicos. Pero la comisión ve que la tolerancia que ha tenido hasta el presente la Academia raya en inobservancia a los mandatos de la Junta Suprema pues no habiendo sido suficientes las amonestaciones decorosas que ha usado siempre con los profesores, disimulándoles los abusos por tenerles la consideración de individuos que ejercen con título una ramo de la profesión médico-quirúrgica, se

451 Indigestión, también recogido en el País Valencià bajo la misma denominación (Cf. PERDIGUERO, 1997).

hace preciso usar de los privilegios que nos conceden las órdenes vigentes sujetándolos al vigor de la ley”.⁴⁵²

Sin embargo, tras esta aparente laxitud académica subyace una cuestión de fondo que también aparece respecto del intrusismo no profesional y que he mencionado en el apartado anterior: el dilema entre el deber de denunciar y la vergüenza de la delación, falta contraria a cualquier código de honor. Los comisionados procuran vencer esta paradoja mediante el discurso de la observancia de la ley⁴⁵³:

“Los resultados de esta circular [que se emitiría el 6 de febrero de 1847] serán nulos y de ningún valor mientras todas las Academias no reunamos todos nuestros esfuerzos para cooperar cada uno por su parte en el cumplimiento de lo acordado; así pues, la comisión espera que todas las contribuciones formen objeto de queja de cualquier profesor que en lo sucesivo se exceda al vínculo de sus facultades, *por estar en la firme creencia de que lejos de hacernos delatores, nos constituiremos como verdaderos observadores de la ley* (énfasis añadido)”.⁴⁵⁴

Los acuerdos alcanzados por la comisión nos revelan varias cuestiones interesantes ya que las acciones que la Academia quería emprender ya se contemplaban legalmente. En un primer momento los comisionados acordaron que la circular se remitiera a los cirujanos de 2º y 3º clase para prevenirles de que las comadres quedaban privadas de ejercer la cirugía que habían desempeñado a pesar de que su título lo prohibía y que necesitaban de la autorización, incluso escrita, de un facultativo para sangrar a las embarazadas “y en el caso que aquellos profesores recelen engaño o desconfianza por parte de la persona que solicite la sangría le exijan por escrito el mandato del médico que este no debería negarse”.⁴⁵⁵ Sin embargo, esta prescripción se matiza y amplía en la circular remitida a los cirujanos el 6 de febrero de 1847⁴⁵⁶. En ella, aparte de las referencias a los curanderos y a ciertos aspectos de deontología profesional, se advierte a los cirujanos de que “se abstengan en delante de practicar la sangría, especialmente a

452 *Expediente de la policía de la Facultad* (23/07/1846), (ARAMIB).

453 Discurso totalmente contrario al esgrimido para defender el secreto médico (Cf. Capítulo segundo de esta tesis).

454 Vide nota 452.

455 *Ibidem*.

456 La primera circular que se dio a conocer fue la que publicó en el Diario Constitucional de Palma y en el Boletín Oficial de la Provincia, fechada el 17 de junio de 1846. En el acta de las sesiones de la Real Academia de 27 de junio de 1846, Antonio Gelabert informaba que a pesar de la publicidad dada a la circular de la Junta Suprema de 17 de junio, se seguían cometiendo todo tipo de extralimitaciones de las facultades del arte de curar.

las mujeres embarazadas, sin que tengan la mayor seguridad de haber sido ordenada por profesor habilitado”; es decir, se recordaba la prohibición de sangrar a cualquier persona sin la prescripción de un profesor de medicina. La profusión con la que parece se practicaba la sangría y la solicitud por parte de los pacientes de este recurso terapéutico arroja luz sobre los itinerarios en busca de la salud y, especialmente, la automedicación. A su vez, la Academia, también desde la legalidad que la amparaba, establece una preeminencia de la medicina sobre la cirugía. En líneas generales, se puede afirmar que el panorama médico-quirúrgico de la capital se enmarca en un escenario en el que la legalidad, por distintos motivos – entre ellos la hermandad profesional –, no parece ser el marco normativo de referencia. La actuación de la Academia, recordemos que en un año en el que posiblemente se debatían las futuras reformas legislativas que darían comienzo a la nueva ordenación sanitaria moderna (Granjel, 1972), posiblemente se circunscribe a este debate legislativo más que al clamor de la sociedad que, como hemos visto en el apartado anterior, contemplaba múltiples mecanismos en el proceso de salud/enfermedad/atención.

Como he mencionado al principio de este apartado, los expedientes por infracciones de intrusismo profesional son escasos aunque las actas de la Real Academia de los años 40 del siglo XIX reportan un considerable flujo de información entre esta y los distintos subdelegados de Medicina de las Baleares.⁴⁵⁷

En 1843, varios médicos y cirujanos⁴⁵⁸ denunciaron a Antonio Nicolau por intrusiones en la medicina “cuyas escasas luces en este ramo fueron perjudiciales a [los] enfermos”⁴⁵⁹. Los firmantes afirmaban haber sido requeridos por “dolientes” que padecían enfermedades internas y, por tanto, “que solo al médico legalmente [competían]”. La denuncia no era solo por la intrusión sino por las recetas expedidas por el cirujano

457 Carro y García (1989) han recopilado 12 expedientes de intrusismo “relativo” y “absoluto” – tal como los autores denominan al intrusismo profesional o al curanderismo – entre 1841–1844 en la subdelegación de Santiago de Compostela.

458 Juan Bauzá, Bartolomé Ripoll, Esteban Puget, Damián Verger, Miguel Muntaner, Juan Siquier, Juan Monsó, Juan Estelrich, Gabriel Floriana, Antonio Gelabert y Miguel Font. La mayoría de los denunciados eran socios de número de la Academia y el resto posiblemente correspondientes. Curiosamente, Nicolau y Puget fueron socios fundadores de la Academia Quirúrgica de Mallorca en 1847.

459 *Expediente de instancia dada contra Antonio Nicolau cirujano por intrusiones cometidas en Medicina* (1843), (ARAMIB).

que los denunciados no pueden adjuntar por “no haber sido solícitos en recogerlas”. No obstante, sí transcriben algunas de ellas. Aunque el expediente se remitió al subdelegado del partido de Palma, no conocemos el alcance de sus diligencias⁴⁶⁰. Un caso similar aconteció a Francisco Montero, cirujano de Porreres denunciado por ejercer la medicina. Como prueba se presentaron 17 recetas supuestamente emitidas por Montero por lo que se le impuso una multa de 50 ducados. El cirujano manifestó, en su defensa, que las recetas no las había expedido él y exhortaba a las autoridades a que los enfermos declararan si realmente había recibido medicamentos internos prescritos por él. Finalmente, la multa se hizo efectiva aunque el expediente no recoge el testimonio de ningún enfermo.

La documentación no nos permite conocer el alcance de las rencillas personales y/o rivalidades profesionales entre los profesores del arte de curar como desencadenante de las denuncias. A tenor de la nómina de los firmantes de la denuncia del caso de Antonio Nicolau podemos albergar la posibilidad de que los conflictos profesionales interpersonales estuvieran detrás de estas denuncias. El caso del sangrador Juan Carreras puede presentarse como paradigmático de esta hipótesis de trabajo.

Juan Carreras, vecino de María, el 10 de mayo de 1843 dirigía un escrito a la Real Academia exponiendo que como consecuencia del extravío de su título de maestro sangrador –expedido por el Colegio de Cirugía de Palma– desde la subdelegación del partido de Inca y la alcaldía de María se le exigía el cese de sus actividades profesionales bajo pena de incurrir en delito de intrusión, penado con una multa de 50 ducados. Juan Carreras había presentado, en 1833, su título a Lorenzo Ferrer, subdelegado del partido de Manacor al que pertenecía María por aquel entonces, quien extravió el título. Con la reorganización de los partidos médicos, María pasó a formar parte de la subdelegación de Inca y su subdelegado, Pedro Font, prohibió el ejercicio de la cirugía a Juan Carreras en 1842 al no poder demostrar que estaba en posesión de un título legal. La petición de Carreras era la expedición de su acreditación legal por parte de la Academia que, por real orden, debía custodiar la documentación del extinguido Colegio

⁴⁶⁰ Las actas de la Real Academia recogerían alguna noticia sobre este particular pero las correspondientes a 1843 no existen.

de Cirugía de Palma. La Academia, como demuestra la documentación, extendió un certificado en el que constaba que Juan Carreras había sido aprobado como maestro sangrador el 30 de junio de 1803⁴⁶¹.

Sin embargo, el 7 de febrero de 1844, Julián García, cirujano de 3ª clase, se dirigía a la Academia para denunciar que Carreras ejercía sin título “ni derecho la facultad de curar” basándose en un escrito expedido por la Real Audiencia en el que ni siquiera se nombraba al denunciado⁴⁶². De esta guisa describe García a Juan Carreras:

“El citado Carreras carece de título y si bien tiene la osadía de llamarse sangrador, ni aun con acierto sabe limitarse a esto su pretendido oficio, puesto que es público y escandaloso en aquel vecindario el modo desarreglado como sangra de forma que siempre y sin excepción alguna tiene que repetir por 3 o 4 veces las picadas para conseguir hacer sangre. El exponente faltaría a su deber si dejase de elevarlo al conocimiento de V.S.”⁴⁶³

La Academia ya tenía conocimiento de esta situación ya que el 24 de enero de 1844, Juan Carreras había remitido otra carta en la que exponía que a pesar de los documentos expedidos que daban fe de la posesión del título y del decreto emitido por la

461 La Academia extendió copia de varios documentos probatorios de la posesión del título de sangrador: certificado de Lorenzo Ferrer, subdelegado de Manacor, haciendo constar que en su delegación constaba que Juan Carreras poseía el título legal (28/08/1842). Otro de Antonio Gelabert en el que certificaba que en la secretaría de la Academia constaba que Juan Carreras había entregado su título en el año 1833 (13/07/1842). Figura un decreto, expedido el 11 de mayo de 1843 dirigido al subdelegado de Inca, en el que se lee: “[La Academia] ha acordado por decreto de 10 del corriente dado por el Sr. Vicepresidente, que el Dr. D. Damián Verger, Catedrático y secretario que era de dicho Colegio [de cirugía] y en poder de quien obran las nóminas y registros del citado colegio: libro certificación de lo que consta para que el interesado pueda acreditar su legalidad de sangrador, en defecto del título legal que ha perdido. Lo que comunica a V.S., por acuerdo de la Academia, a fin de que la validez que se le ha dado siempre a semejantes certificaciones y pueda el interesado continuar en el ejercicio de su facultad”. Verger certificó que Juan Carreras,” previo los exámenes de ordenanzas fue aprobado maestro sangrador por los prohombres y examinadores nombrados de oficio en el día 30 de junio de 1803”. Fuente: *Expediente promovido por D. Juan Carreras vecino del pueblo de María sobre solicitud para que se le libre certificación de haber sido examinado de sangrador en el antiguo colegio de cirujanos de Mallorca*, (1843), (ARAMIB).

462 En el referido escrito se hace mención a un problema derivado de los exámenes del Colegio de Cirugía de Palma pero en lo que se apoyaba García era en una orden emitida a los bailes reales para que no permitieran el ejercicio del arte de curar a ninguna persona desposeída de titulación. El ayuntamiento de Santa Margarita, el 10 de noviembre de 1803, verificó con un informe que en la villa de María: “se halla con necesidad de cirujano por el motivo que hoy uno que no tiene los títulos suficientes para sangrar”. Fuente: *Expediente promovido por D. Juan Carreras vecino del pueblo de María sobre solicitud para que se le libre certificación de haber sido examinado de sangrador en el antiguo colegio de cirujanos de Mallorca*, (1843), (ARAMIB).

463 *Expediente promovido por D. Juan Carreras vecino del pueblo de María sobre solicitud para que se le libre certificación de haber sido examinado de sangrador en el antiguo colegio de cirujanos de Mallorca*, (1843), (ARAMIB).

Academia, el subdelegado de Inca manifestó que no tenía efecto por lo que Carreras fue multado como intruso. Carreras refleja claramente en su escrito el motivo de la actuación del subdelegado:

“A la verdad M.Y.S. ha sido sorprendente al interesado y a todo hombre sensato el proceder del subdelegado pues que sin haber ocurrido nuevos motivos y sin previa una revocación de esa Academia del decreto dado por V.S. [...]; esto, M.Y.S. a no dudarlo, no alude a otra cosa mas que a una intriga manifiesta contra el exponente emanada de otro comprofesor que ha fijado su residencia en la villa de María. Es sensible que el exponente, después de 41 años que está regentando con toda legalidad y beneplácito de aquel pueblo la Facultad de Sangrador se le persiga de esa naturaleza no dirigiéndose a otra cosa más que a privarle de su subsistencia y la de su numerosa familia, que no tendrían otro recurso que pasar a un hospicio”.⁴⁶⁴

La Academia nombró una comisión formada por Bartolomé Ripoll y Juan Bauzá para estudiar este caso. Los comisionados dictaminaron que todas las circunstancias abogaban a favor de Juan Carreras puesto que Julián García había basado su denuncia “únicamente en una suposición gratuita que se avendría bien con sus intereses particulares, suposición más que suficientemente rebatida y desvanecida por las certificaciones [del Ayuntamiento de Santa Margarita y la corporación de la villa de María]”⁴⁶⁵. El documento emitido por la comisión sugiere una amonestación para Julián García, aunque esta sugerencia aparece tachada y en las actas de la Academia no aparece mención alguna a esta posibilidad.

Poco conocemos de las actividades de los subdelegados de Medicina después de 1847 respecto a este asunto. Como ya he mencionado, el subdelegado de Palma recibió un reconocimiento público de las autoridades pero no disponemos de una documentación que nos permita contrastar su labor. Sin embargo, la ineficacia o desidia de las autoridades parece una constante incluso cuando el Colegio Médico Oficial empezó su andadura puesto que en la sesión del 16 de octubre de 1901 se recoge que Guillermo Blanes, médico titular de Villafranca, había denunciado la intrusión del practicante Juan Rosselló sin éxito, a pesar que la denuncia fue elevada, en las tres ocasiones, al conocimiento del Gobernador.

464 *Ibidem*.

465 *Ibidem*.

El *Expediente de la policía de la Facultad* dedicaba sus puntos 3º y 4º a los boticarios y la expedición de recetas. Mariano Morey sugería pasar oficio a la subdelegación de Farmacia conminando al cumplimiento de los artículos 4º y 5º de la circular de 17 de junio⁴⁶⁶ de 1846 y al párrafo único del capítulo 16⁴⁶⁷ del Reglamento de las academias para normalizar una situación que calificaba de “desmoralizada”, particularmente en la capital insular. Asimismo, Morey pedía que a final de cada mes pusieran las recetas a disposición de la subdelegación de Farmacia “en unión con uno de los vocales de la Comisión de Policía de la Academia para el fin de lo propuesto”⁴⁶⁸ para examinarlas conjuntamente y aclarar los “excesos en la Facultad Médica y Quirúrgica”. La comisión falló lo siguiente al respecto:

“3º y 4º. Por lo que se refiere a estas, con solo leer el párrafo único del capítulo 16 del Reglamento de las Academias veremos que esta corporación puede y está en el círculo de sus atribuciones impedir que los boticarios no despachen medicamentos sin receta alguna y las medidas consignadas en lo restante de la proposición lo mismo que las que encierra la cuarta, creemos necesarias e indispensables”.⁴⁶⁹

La Academia emitió una circular, fechada el 15 de febrero de 1847, a la Subdelegación de Farmacia en la que se informaba de los acuerdos de la comisión a tenor de las leyes vigentes y le comunicaba que deseaba que los profesores de Farmacia guardasen las recetas para ponerlas de manifiesto al Subdelegado de Medicina y a la Comisión de Policía Médica. Asimismo, la Academia remitía el listado de los profesores autorizados legalmente para recetar advirtiendo que los cirujanos de 2º y 3º clase, cirujanos-sangradores y sangradores no podían extender recetas. Desconocemos el carácter de las relaciones que mantenían la Academia y la Subdelegación de Farmacia de Mallorca e Ibiza pero en respuesta a la circular se solicitaba el nombre de los Subdelegados de los distintos partidos y de los miembros de la Comisión de Policía para transmitir una información que, según la subdelegación de Farmacia, competía a la Academia.

466 Art. 4º. Profesor alguno de medicina ni cirugía puede administrar por sí medicamentos, sino prescribirlos con receta escrita en términos y caracteres claros y precisos [...].

Art. 5º. Los farmacéuticos no pueden expender, aunque sea en pequeñas dosis, medicamento alguno cuyo abuso pueda ser perjudicial, sino con receta firmada por profesor conocido [...] archivándola luego en su botica para evitar una repetición intempestiva, y poder responder con ella en cualquier evento desgraciado.

467 Titulado *Venta de remedios sin receta*, especifica que la Academia y los subdelegados vigilarán que no se despachen medicamentos sin receta de facultativo aprobado y autorizado para hacerlo.

468 *Expediente de la policía de la Facultad* (1846), (ARAMIB).

469 *Ibidem*.

La documentación no permite conocer el alcance de las medidas emprendidas por la Academia a raíz del *Expediente de la policía de la Facultad* puesto que en marzo de 1847 entró en vigor el *Real Decreto Orgánico de Sanidad* por el cual la autoridad sanitaria provincial recaía en los jefes políticos. Bajo la nueva organización administrativa, Antonio Gelabert fue nombrado subdelegado de Medicina de Palma.

5.2. Las relaciones intraprofesionales

Adentrarnos en el tema de las relaciones intraprofesionales significa, de manera ineludible, entrar en el terreno de la deontología profesional⁴⁷⁰ o “moral médica”, según la terminología de los médicos ochocentistas. Apunta Hortal en un texto de 1994, en el apartado *Del contexto al texto ético*, que

“la falta de contexto hace que la ética pierda realidad y deje de estar en condiciones de hacer propuestas viables de humanización de la vida de los hombres. Cuando esto sucede cae en un moralismo que enuncia cosas deseables sin llegar a decir cómo se puede pasar de lo existente a lo deseable” (pp. 55-56).

En ese contexto social, afirma el autor, debe escribirse el texto ético y, por tanto, se debe encontrar la manera “de empalmar el texto y el contexto”. Opino que esta reflexión es adecuada para introducir el tema de la deontología y moral médica por cuanto, como se intentará demostrar, los médicos españoles de mediados del ochocientos estaban intentando esa labor de “fontanería”, es decir, empalmando el texto con el contexto. Texto, por lo demás, no escrito, *discurso*, en su sentido más amplio que no se materializará más que a principios del siglo XX en España y otros países europeos⁴⁷¹ con los primeros códigos de deontología profesional médica –en las Illes Balears concretamente en 1921–. Este aserto no significa que no existiera ninguna norma legal que regulara las relaciones interprofesionales; como veremos a continuación, existía, pero su aplicación estaba sujeta, en muchas ocasiones, a cuestiones que trascendían la aplicación del derecho.

470 En esta investigación, únicamente me centraré en la idea de la deontología sin entrar en las cuestiones éticas en las que se basan dichas normas. Sobre el tema de la ética de las profesiones puede consultarse Augusto Hortal 1993, 1994 y 2002. Sobre la ética médica, con una extensa exposición histórica: GRACIA, D. (1989), *Fundamentos de bioética*, Madrid, EUDEMA.

471 NYE (2006) así lo afirma al comparar la situación francesa en el contexto europeo.

Los conceptos “ética” y “deontología” se presentan como intercambiables y aunque no lo son no pueden entenderse sino de manera complementaria. Hortal (1994) entiende que la deontología profesional gira en torno a las obligaciones y los deberes del profesional y busca la formulación de unas normas exigibles en la práctica profesional: es la precisión de los deberes profesionales. Por su parte, la ética centra la idea en el tema del “bien”; es decir, qué es bueno hacer y al servicio de qué bienes está la profesión en un aspecto más global para que redunde en el incremento del “bien común social” (Fernández, 1994). Así, según Hortal:

“Sin la perspectiva ética, la deontología queda sin su horizonte de referencia. No acaba de quedar claro el sentido del por qué de las normas deontológicas; no ve claro hacia adónde apuntan, qué clase de bien tratan de conseguir. La deontología exige actuaciones. La ética propone también y pide motivaciones” (1994:57).

La deontología es una concreción de qué se entiende por “bien” mediante una norma para garantizar unos mínimos obligatorios para todos los profesionales, compartidos por todos, con el objetivo de tener una interpretación común y aplicación con criterios idénticos. Como señala Hortal (1994: 58), sin normas no hay universalidad, ni igual de las exigencias. De este modo, la ética atañe al individuo, mientras que la deontología corresponde a lo aprobado, consensuado por el colectivo normalmente mediante un texto normativo que, mayoritariamente, es vertido desde los colegios profesionales por lo que en sus normas se mezclan la defensa de intereses del propio colectivo. Como veremos para el caso que nos ocupa, la “clase” médica mallorquina, y la balear por extensión, no fue una excepción a las aseveraciones formuladas por este autor.

Los códigos deontológicos recogen, básicamente, tres aspectos de la práctica profesional (Hortal, 1994: 58-61):

1. Los deberes profesionales, recogiendo la competencia profesional y la responsabilidad inherente. El buen profesional tiene que ser competente en aquello en que consiste su profesión. La competencia se adquiere mediante un largo esfuerzo educativo y de socialización profesional, es decir, y parafraseando al autor, mediante “una especie de rito de iniciación necesario para ser admitido dentro del colectivo profesional” (p. 58). Competencia y ser experto significan casi lo mismo si bien la

competencia hace referencia al ámbito en el que uno es competente. Por esta razón, los códigos deontológicos ejercen una función de demarcación de las competencias de cada profesión.

2. Regula las relaciones entre los profesionales: pertenecer al colegio para poder ejercer, cómo adquirir la condición de colegiado así como definir las razones de expulsión del mismo y los deberes de solidaridad para con los colegas de profesión y los familiares de estos.
3. Deberes y obligaciones para con los clientes y/o usuarios.

La conducta de los facultativos se guiaba, o se esperaba que así fuera, por usos y costumbres que se recogen en los textos de moral médica, aunque se trataba de recomendaciones más que obligaciones. Ya se ha mencionado la importancia del texto de Félix Janer *Tratado Elemental Completo de Moral Médica o Exposición de las obligaciones del médico y del cirujano* (1831 y 1847). Su autor dedica los capítulos XXI a XXVI a las obligaciones de los médicos y cirujanos para con sus comprofesores. El cumplimiento de estas funciones, aseguraba Janer (1847: 245), hacía más llevadero el ejercicio de la profesión y, a su vez, conciliaba estimación y respeto por parte del público, redundando en honor y veneración a la medicina. El capítulo XXI, titulado *De las obligaciones del médico y el cirujano hacia sus comprofesores*, destaca la envidia y la codicia como defectos del práctico puesto que atentaban directamente contra el ideal del desinterés y alentaban la desunión como correlato de esta falta. No sobresalir por encima de los compañeros de profesión era una máxima a observar, así como emular su dedicación al estudio para colocar a la medicina por encima de todas las profesiones. Janer, finalmente, apela a la armonía y a prestarse recíprocamente “todos los buenos oficios que pudieran tratándose como verdaderos hermanos” (p. 250). Los capítulos XXII y XXIV, *Del modo de visitar a los enfermos, que hayan visitado, o estén visitando otros facultativos* y *De las consultas, o juntas médicas*, son los que merecen una atención más pormenorizada puesto que, como las fuentes documentales han puesto de manifiesto, eran los asuntos que provocaban más conflictos y sobre los cuales se juzgaba o evaluaba el “buen comportamiento” de los médicos.

La norma básica era que ningún médico o cirujano debía visitar y/o recetar a un enfer-

mo que ya tuviera médico de cabecera u ordinario por más motivo de queja que tuviera la persona enferma o allegados; la manera de solucionar este problema era convocar una consulta o junta de médicos. Si se llamaba a un facultativo para el reconocimiento de un paciente ya visitado por otro médico, pero que no era informado de tal circunstancia, Janer recomienda la más enérgica protesta del médico, negándose a recetar excepto en consulta con otros profesores y en compañía del médico de cabecera. El tema de las denominadas “segundas opiniones médicas” queda bien establecido en el texto de Janer. La recomendación suele ser la celebración de juntas médicas y no hablar nunca mal del médico de cabecera, ni a los pacientes o allegados, ni a otros compañeros de profesión. Si se pedía opinión sobre una dolencia y el tratamiento cursado por el médico de cabecera, se debía ser muy cuidadoso al emitir cualquier opinión sobre las recetas de otro profesional, especialmente si no había tenido ocasión de visitar a la persona enferma. En los casos urgentes, cualquier profesor tenía la obligación de visitar y recetar lo conveniente, asegurándose de que los allegados transmitieran al de cabecera lo sucedido. El médico solo haría la visita de urgencia y no debería ofrecerse para un seguimiento. Asimismo, si durante la visita apareciera el de cabecera, se retiraría y solo trataría el caso en consulta si así lo pidieran los pacientes, allegados o el médico de cabecera pero absteniéndose de decir nada que obligara a la celebración de la junta o consulta.

A finales del siglo XIX, Toledo (1897) no se aleja mucho de las recomendaciones de Janer. Afirma el médico madrileño que la fraternidad es la primera cualidad a la que deben atenerse los facultativos en las relaciones profesionales puesto que, según su parecer,

“Todas las profesiones tienen de individual cien veces más que de colectivo, menos la profesión médica, que casi es absolutamente colectiva. Por eso la sociedad se fija en nuestros antagonismos con mayor atención que en los que puedan existir en otras carreras, y si no honra a los médicos como debiera, es porque ve que los médicos no se honran a sí mismos. No podemos pedir a los demás la estimación que nosotros nos negamos” (Toledo, 1897: 80-81).

Como hiciera Janer, Toledo también dedica palabras a la codicia, a la vanidad, a la búsqueda de fama rápida y sin sustentarse en el trabajo y el estudio constantes. Respecto a las visitas, Toledo es del mismo parecer que el médico catalán: “El médico llamado para asistir a un enfermo a quien está visitando un compañero debe salir de

la casa sin ordenar remedio alguno, por sencillo que sea” (Toledo, 1897: 83), excepción hecha de los casos urgentes⁴⁷². Si requeridos por una persona enferma que afirma no tener médico de cabecera, se descubriera que no es así, también debería abandonar la asistencia “proponiendo de todos modos una consulta con el comprofesor desairado y sin tardanza procurar hacerle saber cuál ha sido nuestra conducta” (p. 83). Por estas circunstancias, el práctico debía informarse siempre sobre los pacientes que le requirían, especialmente en el caso de ser solicitados para la asistencia de una familia que hubiera despedido a otro profesional “porque pudieran ser de tal naturaleza que nos impidiesen asistirle, y si las ausencias que de aquél se hagan no son respetuosas y dignas, le defenderemos con el mismo brío que empleen en el ataque” (p. 85).

Tanto Janer como Toledo dedican mucha atención a las consultas o juntas médicas. En líneas generales, la consulta debía realizarse para que el médico de cabecera se formara un claro juicio sobre la dolencia, cuando tuviera dudas, antes de practicar una operación o usar medicamentos extraordinarios o ante la inseguridad respecto a la confianza de las familias. Janer consideraba que la mejor consulta era la que se hacía al principio de la enfermedad, antes de que el paciente desconfiara del práctico. A su vez, la consulta reportaba a los facultativos nuevos conocimientos y servía, en muchas ocasiones, para solucionar conflictos técnicos y profesionales. Y como bien señala Toledo (1897: 87) ayudaba a disminuir la responsabilidad del médico ordinario: “la responsabilidad que pesa sobre él [médico de cabecera] disminuye porque se comparte, y la calumnia no puede cebarse en el profesor que pide consejo”.

El médico no debía rehusar nunca la consulta y era preferible que la solicitara él a que se la impusieran el paciente o allegados. La elección de los médicos consultores podía hacerla la familia o el médico de cabecera. Ambos autores recomendaban que fuera el médico quien eligiera a los profesores puesto que su criterio estaría informado y no basado en las modas u otras circunstancias que nada tuvieran que ver con el criterio técnico. Janer, como Toledo, era de la opinión que era preferible que los médicos consultores fueran amigos ya que por su reputación profesional harían el mejor diagnós-

472 Toledo (1897: 83) puntualiza: “En Madrid y en las poblaciones donde existen Casas de Socorros con servicios para casos de urgencia, algunos médicos aconsejan que se llame al de dicha casa cuando hay un profesor encargado del enfermo”.

tico y no por la amistad. Los dos autores opinaban que las juntas no debían ser muy numerosas, siendo de un máximo de tres médicos las ideales, aunque parece que el número habitual era de dos facultativos. Janer solo justificaba las muy numerosas

“[E]n el caso de convocarse precisamente con el fin de manifestar sus opiniones acerca de una enfermedad, sin haber de formar acuerdo alguno, y dejándose al de cabecera la facultad de seguir cualquiera de dichas opiniones o ninguna, pues no habría de oírlas sino para su ilustración y gobierno” (Janer, 1847: 276).

Las consultas podían ser públicas o privadas pero ambos escritores recomendaban las últimas puesto que, como afirma Toledo

“[Han] originado y fomentado el afán de oratoria, tan perjudicial en muchos casos, por no decir en todos [...] Hipócrates ha dicho, con referencia a este asunto, que las cosas sagradas no deben tratarse más que entre los iniciados” (1897: 94).

Asimismo, la necesidad de guardar el secreto médico, al que no estaban obligadas las personas ajenas a la facultad, era un argumento de peso para aconsejar que la consulta fuera privada.

Janer no recomienda ningún tipo de orden de prelación en las consultas, quizá porque ya existía desde antiguo como constata León Sanz (2002a; 2002b) y como se verifica por la descripción hecha por Toledo (1897; 90 y ss.): una vez reunidos, con la máxima puntualidad y en presencia del médico de cabecera, el más anciano o eminente comenzaba la exploración y el interrogatorio. Seguía la exploración del resto de consultores y una vez finalizadas pasaban a reunirse en una habitación lo más alejada posible de la persona enferma. En dicha reunión, no había presidencia efectiva pero correspondía el honor al más eminente.⁴⁷³ Comenzaba la consulta el de cabecera exponiendo el caso con su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. A continuación exponían su parecer los consultores, del más joven al de mayor edad. Todo ello en un ambiente de cortesía, refutando las opiniones contrarias con respeto y expresándose con modestia y sinceridad. Seguidamente debía informarse a la familia del resultado de la consulta; si no hubiera acuerdo entre los consultores, el médico de cabecera debía asumir toda

473 Debe tenerse en cuenta que la ley, hasta 1847, establecía que el subdelegado de Medicina de los distintos partidos tenían derecho a presidirlas. No sabemos hasta qué punto ejercieron este derecho pero posiblemente se trataba más de un gesto honorífico que de práctica aplicación ya que la mayoría de las consultas, como afirmaba Janer, eran de dos médicos.

la responsabilidad o pedir ampliación de consulta llamando a otros consultores. En este caso, apunta Janer (1847: 290), se debía guardar sigilo y hacer ver a los interesados lo mucho que convenía a la salud de la persona enferma llamar a otro profesor para resolver con él dudas y dificultades pero si la familia se negaba, entonces competía al de cabecera tomar toda la responsabilidad del asunto.

Vemos, pues, que las consultas de médicos tenían una función que trascendía a la transferencia del conocimiento o el consenso: eran espacios en los que también se dirimían conflictos profesionales de carácter no técnico o donde se creaban nuevos problemas⁴⁷⁴. Toledo lo ratifica al finalizar su exposición sobre esta práctica médica:

“De intento he dejado para el final deciros que a las consultas no vamos como censores de la conducta del compañero, sino como consejeros. El descrédito en que han caído depende de haber olvidado este precepto, convirtiendo las consultas en palenques y las discusiones en combates” (1897: 98).

Y, por supuesto, las consultas podían ser estrategias económicas y simbólicas tanto para el médico como para la familia. Calbet Camarasa (1969) reproduce las palabras escritas en *El Criterio* en 1865 en las cuales se reflejan estas ideas. Las familias pudientes no podían presentarse ante la sociedad como “pobretonas”, siendo asistidas por un solo facultativo. Entre los médicos, por su parte, la consulta en familias acomodadas podía responder a “mutuas correspondencias” con sus colegas:

“Otras son de compadrazgo, y las solicita el médico de cabecera cuando se trata de familias tal cual acomodadas. Dando importancia a la enfermedad, aun cuando esta sea un sabañón, hace llamar a dos de sus colegas, los más amigotes y paniaguados, a fin de que en mutua correspondencia estos le llamen a él mañana en casos análogos.”⁴⁷⁵

5.2.1. Deontología médica en Mallorca: de la Academia de Medicina al Colegio Médico-Farmacéutico

Pero, ¿qué normas y corporaciones regulaban estas relaciones con anterioridad al establecimiento de los Colegios Oficiales o la colegiación obligatoria (1898)?⁴⁷⁶

474 LEÓN SANZ (2002b) apunta los siguientes motivos para la celebración de las consultas en el siglo XVIII: la tradición, la salud de los enfermos y el provecho de los médicos, la experiencia de otros médicos.

475 *El Criterio*, Madrid, 1865, p. 336, citado en CALBET CAMARASA, J.M. (1968:65).

476 Recuérdese que la fecha de 1898 es un hito puesto que la colegiación obligatoria no fue una realidad hasta 1918, solo tras muchos intentos fallidos. Sin embargo, en las épocas – intermitentes – en

Las Academias de distrito y los subdelegados de Medicina tuvieron competencias al respecto desde 1831 hasta el *Real Decreto* de 1847. Así lo estipulaba el *Reglamento general para el régimen literario e interior de las Reales Academias de Medicina y Cirugía del Reino* en el capítulo XXII, párrafo 10º:

“Los subdelegados celarán con la mayor vigilancia la conducta de los facultativos [...], y siempre que supieren que alguno falta al cumplimiento de sus deberes, que ejerce la Facultad con poco honor, que descuida el estudio y aplicación, o que se porta mal con sus profesores, le llamarán estando bien informados de ello para hacerle los cargos y reconvenciones que les parezcan justas, amonestándole en aquellos términos suaves y benignos que mejor conduzcan para su corrección y que dictan la prudencia y madurez. Mas en el caso de que estos pasos no produjesen efecto, el subdelegado o subdelegados darán parte a la Academia para que tome las providencias que juzgue convenientes, procediendo con la mayor circunspección; y antes de deliberar cosa alguna oír al acusado, y tomará los informes que estime conducentes para evitar los malos efectos que pudieran originarse de una acusación maliciosa e infundada. Si los defectos fueran ciertos, y nada bastare a corregirlos, la Academia lo pondrá en conocimiento de la Real Junta para que esta proceda a usar la facultad que le concede el párrafo 7º del capítulo 29 del reglamento gubernativo general de 1827⁴⁷⁷”.

Ya se ha visto que los principales problemas que resolvió la Academia fueron los relacionados con el intrusismo médico. No podemos descartar, a la espera de una documentación que verifique o descarte esta hipótesis de trabajo, que los subdelegados de Medicina solucionaran algunos casos sin que estos llegaran al conocimiento de la Academia, como establece el artículo mencionado. Por el momento, las actas de las sesiones de la Real Academia consultadas y trabajadas no recogen ninguna comunicación de los subdelegados de Medicina al respecto.

Pero la existencia de conflictos interpersonales era un hecho que quedó plasmado en el *Expediente de la policía de la Facultad* (1846) de Mariano Morey. Se trataba de la quinta proposición y decía lo siguiente:

“Siendo tan frecuente el mal comportamiento de facultativos que, sin embargo de lo que previene el párrafo 10º del Capítulo 22 de Reglamento de Academias

que estuvo en vigor se alcanzaron varios acuerdos (Cf. Capítulo 4º, apartado sobre las sociedades de socorros mutuos).

477 Se refiere al *Reglamento científico, económico e interior de los Reales Colegios de Medicina y Cirugía y los profesores que ejercen dichas artes* que establecía que la Junta Superior Gubernativa podía suspender de ejercicio a los acusados hasta que enmendaran su conducta y probasen “su idoneidad mediante exámenes a arbitrio de la referida Junta, que se les harán en el Colegio que esta tuviere por conveniente señalar, abonando las propinas correspondientes”.

y el artículo 2º de la referida circular de la Junta Suprema de sanidad aún hay facultativos que se atreven a tratar enfermos tratados por otros, sin preceden consulta alguna [que perjudican a la Facultad a los enfermos] cuyos medios rateros no tienen otro objeto que la mera especulación y entronización de su clara ignorancia, que con ardid saben hacer prevalecer con notorio desprecio de sus compañeros [...].⁴⁷⁸

El artículo 2º de la circular a la que se refiere Morey establecía lo siguiente:

“Ningún profesor de medicina o cirugía podrá entrometerse a visitar enfermo alguno que se halle al cargo de otro, a no ser de acuerdo con este o que fuese elegido por los interesados, después de haberse enterado del estado del paciente por medio de una junta”.⁴⁷⁹

Morey pedía a la Academia que actuase contra estos actos profesionales y que se acordase el procedimiento ante “semejante falta en el cumplimiento de la honrosa conducta que deben observar con sus comprofesores”.

El dictamen emitido por la comisión académica pone de manifiesto que la Academia entendía que su misión era la de amonestar o proceder a las diligencias para que recibieran una sanción gubernativa pero que en ningún caso su función consistía en indagar sobre el comportamiento de los médicos. Así, se sugería que: “es preciso que alguno [facultativo] forme queja delante de la misma [la Academia], pues no es ella que ha de estar indagando al que falte al cumplimiento de sus deberes”.⁴⁸⁰ La documentación consultada del Arxiu de la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears viene a confirmar este tipo de actuación. Sin embargo, su lectura permite conocer la existencia de conflictos personales.

El caso del sangrador Carreras, como ya se ha comentado, se zanjó a favor de este y la comisión de Policía Médica sugirió una amonestación que parece ser que no pasó del borrador que se conserva.⁴⁸¹ Conocemos el conflicto personal entre el subdelegado de Ibiza, Sebastián Llompart, y otro médico de la población llamado Roque Planells. En un oficio enviado a la Academia el 20 de febrero de 1846 por Sebastián Llompart,

478 *Expediente de la policía de la Facultad*, (1846), (ARAMIB).

479 Circular de la Junta Suprema de Sanidad de 17 de junio de 1846.

480 Vide nota 478.

481 No podemos descartar que a través del subdelegado se hiciera alguna amonestación oral pero las fuentes escritas no recogen nada al respecto.

con motivo de dar cuenta “de los adelantos que hagan los facultativos de este distrito en la disciplina”⁴⁸², exponía un caso que le atañía personalmente. Llompart acusaba a Roque Planells de intruso así como de ofender a otros profesores y para ello exponía el testimonio de Sotero García al cual le habían asegurado que después de una junta de médicos había “hecho entender a los deudos del enfermo que el de cabecera había aplicado los cáusticos demasiado tarde [...]”⁴⁸³ así como expresiones ofensivas contra la reputación “bien adquirida de este antiguo profesor” que socavaban la confianza de su paciente y allegados. Otro testimonio, Bernardo Calbet, le comentó personalmente que había sido censurado públicamente y con expresiones ofensivas por Roque Planells. Y, finalmente, Llompart expone su propio caso.

Llompart y Planells celebraron una junta en la que, según el subdelegado, habían llegado a un acuerdo. Sin embargo, al día siguiente Llompart recibió la noticia de que Planells había dicho a un allegado de la familia que si él fuera el médico de cabecera “otras cosas estaría haciendo”. Llompart, como para el caso anterior, se refiere a la desconfianza que levantó en el enfermo y su entorno familiar la supuesta afirmación de Roque Planells. Al intentar averiguar lo sucedido mediante el testimonio de su paciente y familiares, Llompart encontró a Roque Planells a la cabecera del enfermo

“estándole visitando sin mi conocimiento. Entonces, conteniéndome lo posible y sin darme en aquel acto por ofendido alegué a la familia del enfermo ocupaciones que me impedían tenerla al cuidado que su estado requería y les supliqué que quedarán con D. Roque Planells, el cual podría continuar solo con el tratamiento.”⁴⁸⁴

Este caso fue tratado en la junta académica el día 4 de marzo de 1846 aprobando el proceder del subdelegado y que se hiciera llegar a Roque Planells, por conducto del subdelegado, “el desagrado que le había producido su proceder facultativo”. Sin embargo, parece que Roque Planells tenía una versión bien distinta de los hechos y así lo hizo saber a la Academia, que como en el caso del sangrador Carreras o el de Roca el extranjero contemplaron la regia corporación como mediadora en los conflictos.

482 *Expediente de instancia dada por el Subdelegado de Medicina y Cirugía del partido de Ibiza contra D. Roque Planells, médico cirujano, de otro acompañado de una instrucción sumarial formada ante el Alcalde de aquel pueblo a solicitud del propio Planells, (1846), (ARAMIB)*

483 *Ibidem.*

484 *Ibidem.*

La versión de Roque Planells aporta mucha luz sobre los motivos que ocasionaban conflictos de índole deontológica, así como de la manera de trabajar de los médicos españoles del ochocientos. Según Planells, fue llamado por la familia pero cuando supo que ya tenía un médico de cabecera se negó a visitarle hasta que este diera su consentimiento. La familia solicitó al de cabecera una junta con Planells, a la que este, como indican todos los manuales de Moral Médica, no podía negarse. Planells y Llompart celebraron junta y trataron conjuntamente al enfermo durante varios días sin que Planells traspasara sus deberes de consultor y no administrase, ni recetase ningún medicamento respetando los derechos del de cabecera.

El cuarto día, afirma Planells, llegó con anticipación a casa del paciente y mientras le estaba examinando

“[v]ino mi coasociado y luego de haber desocupado le cedí el lugar para que hiciera otro tanto; más, permaneciendo apático al pie de la cama, le insté para que lo reconociese y sin embargo continuó impasible en la inacción. La familia de la casa, congratulándose al parecer con el médico de cabecera por el alivio que se le notaba al doliente a consecuencia de los remedios propinados, le dirigía palabras para llamar su atención pero, sordo siempre, contestó al fin que todo lo tenía por visto y que no quería visitarlo más”.⁴⁸⁵

El escrito de Planells continúa con el relato de la sorpresa de la familia –y la de él mismo– por la actitud del médico de cabecera, por su negativa a continuar visitando al paciente a pesar de las súplicas de los parientes y por el argumento esgrimido para su abandono: que no se lo permitían sus obligaciones. Roque Planells aconsejó a la familia que “fuera a darle satisfacción en su propia casa. Lo ejecutó así y sin embargo de haber empleado todos los medios y ruegos que prescriben la urbanidad y la educación, fueron inútiles y nada bastó para llamarle al deber”⁴⁸⁶. Por su parte, Planells también fue al encuentro de Llompart para preguntarle “amistosamente la causa de su deserción” a lo que este le contestó que “por medios rateros usurpaba enfermos de otros facultativos y que por este motivo algunos de ellos estaban descontentos [de su comportamiento]”. Un “grosero lenguaje” que “Tentaciones me dieron de extirpar de un bufido la sombra vana que me insultaba, tal me pareció Llompart en esa ocasión; más

485 *Ibidem*.

486 *Ibidem*.

tranquilo luego, me armé de mi natural prudencia y traté de vindicarme ante la ley”.⁴⁸⁷

Los hechos relatados por Planells acaecieron a finales de noviembre de 1845 y pocos días después, el 9 de diciembre, ya había prevenido un juicio preventivo por medio de sus compañeros de profesión que desmintieron las acusaciones vertidas por el subdelegado en su “injuriosa expresión”⁴⁸⁸. A continuación, Roque Planells compelió al Sr. Llompart a juicio de paz ante el alcalde de Ibiza donde expuso que actuó en virtud de sus obligaciones como subdelegado de Medicina. La intención de Roque Planells, según el expediente consultado, era elevar el caso a un tribunal pero como “de un procedimiento contencioso debían resultar especies que al paso de poner al descubierto a Llompart en sus deberes, debían refluir en desdoro de nuestra noble profesión”⁴⁸⁹ por lo que finalmente decidió que fuera la Academia quien llevara este caso. Como hemos visto, la primera mención en las actas, vía oficio del subdelegado, fue el 20 de febrero de 1846. El expediente con las declaraciones juradas de los médicos y cirujanos que desmintieron las acusaciones de Llompart, así como el acta del notario, fueron objeto de discusión en la junta académica el día primero de abril, donde se acordó que la Comisión de Subdelegaciones discutiera el asunto. Dicha comisión, el 26 de julio de 1846, entendió que no podía emitir dictamen alguno apellando al párrafo 10º del capítulo XXII del *Reglamento de Academias* es decir, su obligación de escuchar al acusado y recabar información sobre el asunto. A este efecto, se mandó una copia del expediente al subdelegado Llompart. No es posible saber cómo terminó el caso: en las actas de la Academia ya no aparecen más menciones y a partir de 1847 estos asuntos pasaron a competir al subdelegado y a los jefes políticos. Los problemas interpersonales de los profesionales de la Medicina mallorquina desde la entrada en vigor del *Real Decreto Orgánico de Sanidad de 1847* hasta finales del siglo XIX, hasta el momento, nos son desconocidos puesto que carecemos de una base documental con la que acometer el relato histórico.

487 *Ibidem*.

488 Entre los firmantes se encuentran Sotero García y Bernardo Calbet, los médicos que supuestamente habían informado al Subdelegado del comportamiento de Roque Planells.

489 *Expediente de instancia dada por el Subdelegado de Medicina y Cirugía del partido de Ibiza contra D. Roque Planells, médico cirujano, de otro acompañado de una instrucción sumarial formada ante el Alcalde de aquel pueblo a solicitud del propio Planells*, (1846), (ARAMIB)

La Academia Quirúrgica de Mallorca también merece una pequeña mención respecto a los asuntos de “moral” profesional. Ya se ha visto en los apartados anteriores la opinión que les merecía a los médicos mallorquines la actuación de los cirujanos, especialmente romancistas y sangradores. Una opinión nada favorable que contrastaba con la cada vez mejor valoración de la sociedad mallorquina, consecuencia, especialmente, de la profesionalidad de los cirujanos formados en la Escuela de Cirugía de Palma (Bujosa, 2006). Por esta razón, el discurso de los médicos respecto a los cirujanos también debe entenderse en el plano de la delimitación del campo de la Medicina mediante un *habitus* específico. Centrándonos en la cirugía, sus practicantes también estaban creando su propia identidad profesional (Moll, 2012) y la preocupación por los aspectos deontológicos quedaron plasmados en los reglamentos académicos. El artículo 71, titulado *De la Moral facultativa* prevenía que los asuntos relativos a la deontología se discutirían “con atención” tanto en las sesiones ordinarias como en las extraordinarias⁴⁹⁰. Si los asuntos juzgados fueran de poco interés se solucionarían en la sesión; sin embargo, si su importancia fuera considerable se formaría una comisión de tres académicos para que diera dictamen. El artículo 78 recordaba que la Academia podía “separar de su seno o amonestar” a los socios que no cumplieran sus deberes entre los cuales figuraba el que recogía el artículo 6º: “Podrán ser socios de número los profesores de cirugía de esta capital, siempre que observen una conducta decorosa y digna de la noble facultad que ejercen”. De hecho, la Academia expulsó a uno de sus socios en 1848 por no cumplir con los deberes estatutarios.⁴⁹¹

La construcción identitaria a la que alude Moll (2012) en el momento de la creación de la Academia Quirúrgica (1846) es patente en el texto sobre el mismo 6º artículo en el que se añadía “..y si al mismo tiempo [el socio] profesa otras ciencias será considerado cirujano simplemente”.⁴⁹²

490 Reglamento para el régimen de la Academia Quirúrgica Mallorquina reformado en 1852. En el *Expediente del Reglamento para el régimen literario de la Academia Quirúrgica Mallorquina (1846)* figura el mismo texto, aunque se trataba del artículo 15º, (ARAMIB).

491 Figura en el Discurso leído a nombre de la Junta Directiva por Tomás Escafi (*Vide*, FERRER, O. (1850), *Importancia de las Academias*, Palma, Imprenta y librería de D. Estanislao Trías).

492 *Expediente del Reglamento para el régimen literario de la Academia Quirúrgica Mallorquina (1846)*, (ARAMIB).

La Ley Orgánica de Sanidad de 1855 fue la primera en establecer un organismo dedicado al control de la “moral médica” Se trataba de los *Jurados Médicos de Calificación*:

“Artículo 80. Con el objeto de prevenir, amonestar y calificar las faltas que cometen los profesores en el ejercicio de sus respectivas facultades, regularizar en ciertos casos sus honorarios, reprimir todos los abusos a que se puede dar margen en la práctica, y a fin de establecer una severa moral médica, se organizará en la capital de cada provincia un Jurado médico de Calificación, cuyas atribuciones, deberes, cualidades y número de individuos, se detallarán en un Reglamento que publicará el Gobierno, oyendo al Consejo de Sanidad”.

Este reglamento, como se infiere de los Estatutos para el Régimen de los Colegios Médicos, de 3 de noviembre de 1900, nunca se desarrolló puesto que dichos Estatutos previenen en su artículo 29º que “Las Juntas de Gobierno constituirán los Jurados de calificación que previene el art. 80 de la vigente Ley de Sanidad”. Viñes (2006: 142) afirma que estos jurados se integraron en los Colegios con la Instrucción General de Sanidad (1904)⁴⁹³, permaneciendo, cuando no se hubieran constituido dichos colegios, en el ámbito de una comisión permanente de la Junta Provincial de Sanidad.⁴⁹⁴ Para que el caso que nos ocupa y a tenor de las distintas leyes consultadas, es de suponer que los subdelegados actuaban dentro del marco fijado por el Real Decreto de 1847 y sus posteriores modificaciones hasta la Instrucción General de Sanidad de 1904. La creación del Colegio Médico-Farmacéutico (1882), y de manera especial, la de los Colegios Provinciales obligatorios (1898) marcan un punto de inflexión en esta materia, como se intentará demostrar a continuación puesto que el Colegio balear creó en su seno el Jurado de calificación.

5.2.2. El Colegio Médico-Farmacéutico y los problemas profesionales

El Reglamento del Colegio Médico-Farmacéutico establecía el objeto de la asociación en su artículo primero. De los cuatro párrafos de que consta dicho artículo, tres están

493 Los estudios monográficos sobre la figura de los subdelegados son, hasta donde he conseguido averiguar, inexistentes. Para el caso de los Jurados Médicos de Calificación, el panorama no es menos alentador. En una búsqueda con el criterio booleano “jurado médico de calificación” el buscador GOOGLE solo reportó 16 resultados (búsqueda realizada el 17 de noviembre de 2012). En una búsqueda, bajo el mismo criterio booleano en las bases de datos CSIC-CINDOC, DIALNET, Bibliografía Histórica de la Ciencia y la Técnica en España, Medhist y RACO no reportaron resultados.

494 De hecho, esta comisión permanente ya existía, en el plano legal, desde el Real Decreto de 1847 (Título II, art. 21).

dedicados a cuestiones puramente de carácter profesional⁴⁹⁵:

“2º. Velar por el buen orden en el ejercicio de las profesiones de los mismos.

3º. Procurar buena armonía entre todos los que se dedican al arte de curar.

4º. Defender y proteger a los asociados en todos los asuntos profesionales, según lo prescrito en este reglamento”.

En 1894, por RO de 19 de abril del Ministerio de Fomento, se concedió el carácter de corporación oficial al Colegio Médico-Farmacéutico y los estatutos de colegiación de 1898⁴⁹⁶ ya permitieron la membresía de facultativos residentes en otras localidades de la isla. En estos estatutos también queda patente, con más fuerza que en el reglamento de 1882, el interés de la asociación por los problemas estrictamente profesionales. La colegiación se contemplaba como un mecanismo para “formar lazos de unión y compañerismo entre todos los Profesores de la región”⁴⁹⁷ mediante la mancomunidad de relaciones y de ideas para procurar la armonía entre profesionales, velar por el buen ejercicio del arte de curar y “Combatir y evitar en todas las localidades, los actos privados o públicos que tienden a rebajar la dignidad profesional o a mermar los legítimos honorarios y derechos de los Profesores”.⁴⁹⁸

Las actas del Colegio Médico-Farmacéutico muestran una actividad eminentemente científica pero en la sesión de 6 de diciembre de 1897 Juan Mercant desarrolló el siguiente tema: *Necesidad de reformar el ejercicio de las profesiones médico-farmacéuticas*. Los asistentes a la sesión consideraron que el tema era de “trascendental” importancia por lo que acordaron tener una nueva sesión el 10⁴⁹⁹ de diciembre que no figura en las actas pero que sabemos que se celebró porque Pedro Jaume Matas daba cuenta de ella en la Reseña de los trabajos del Colegio Médico-Farmacéutico de 1898. Para tratar este asunto se decidió crear una comisión especial formada por Sebastián Domen-

495 El párrafo primero dice que el objeto de la asociación es “Coadyuvar al adelantamiento de las ciencias que cultivan sus socios”.

496 Esta colegiación no hace referencia a la obligatoria, a pesar de coincidir en el tiempo.

497 Reglamento de la Colegiación de los profesores en Ciencias Médicas de Mallorca, Art. 3º, § 1º.

498 *Ibidem*, § 7º.

499 En la Reseña, Pedro Jaume afirma “Por lo trascendental del tema, se propuso y aceptó que, alterando el orden establecido se diera una sesión extraordinaria el día 10, en la que hicieron el gasto discutiendo largamente, a más del Sr. Mercant, los Sres. Álvarez, Fajarnés y Escafi” (Vid. RIBAS Y SAMPOL, R. (1898), *El Laboratorio Bio-Químico*, p.11).

ge, Juan Mercant, Mariano Aguiló, Julián Álvarez, Tomás Darder, Antonio Rabassa, Rafael Ribas, José Rover, Sureda Lliteras, Juan Valenzuela y Santiago Villalonga cuyo dictamen parece que no llegó a emitirse puesto que las actas no vuelven a hacer mención alguna.

5.2.3. El Colegio Médico Oficial de Baleares y la colegiación obligatoria

El “ensayo de la colegiación” obligatoria, como lo denomina Tomás Monserrat (1985), no terminó hasta la promulgación del Real Decreto de 15 de mayo de 1917. Sin embargo, desde sus primeros intentos en 1898, el Colegio Médico-Farmacéutico, y posteriormente el Colegio Oficial de Médicos⁵⁰⁰ aprovecharon las coyunturas favorables a la colegiación para hacer valer lo que ellos consideraban sus justos derechos.

Los médicos mallorquines, como sus colegas peninsulares, se debatieron entre la idoneidad o no de la obligación colegial. La Real Academia de Medicina de Palma fue una de las cinco academias de distrito que se pronunció en contra de la colegiación forzosa de los facultativos. Por RO del Ministerio de Gobernación, el 20 de noviembre de 1899, se solicitaba un informe urgente a las academias de distrito sobre si era conveniente mantener la colegiación obligatoria o si era más conveniente a las “clases médicas” la voluntaria. Se decidió emitir un informe contrario a la colegiación forzosa por trece votos contra uno, el del académico Antonio Frontera⁵⁰¹.

El informe emitido por la Academia, basado en las posturas de Domenge Escafi y Enrique Fajarnés, fundaba sus argumentos en contra de la colegiación forzosa en tres puntos: el primero era que se consideraba grave limitar el ejercicio profesional por no estar inscrito en cualquiera de los Colegios Profesionales “[y] esta sola consideración basta para llevar al ánimo la convicción de la inconveniencia del principio obligatorio que

500 Recuérdese que el Colegio Médico-Farmacéutico fue una asociación privada desde su fundación hasta 1895. A partir de 1898, con la ordenación de la colegiación obligatoria y la creación de los colegios oficiales provinciales, renunció a su carácter oficial y quedó constituida, nuevamente, como asociación científica privada al amparo de la Ley de Asociaciones. El nuevo colegio se denominó Colegio Médico Oficial hasta 1917, momento en el que se ambas asociaciones se convierten en el Colegio Provincial Obligatorio (TOMAS MONSERRAT, 1985).

501 Votaron en contra de la colegiación forzosa: Jaime Escalas, Miguel Berga, José Rover, Antonio Mayol, Bartolomé Bordoy, Juan Alorda, Enrique Fajarnés, Francisco Sancho, Sebastián Domenge, Guillermo Rosselló, Gabriel Martorell, Domingo Escafi y Tomás Darder.

informa el Real Decreto mencionado [sobre la colegiación].⁵⁰² El segundo punto de su propuesta aseguraba que los colegios profesionales fueron instituidos para armonizar las clases médicas y mantener las relaciones de concordia y compañerismo que una colegiación obligatoria socavaría al prohibir el ejercicio a los que no estuvieran colegiados. La Academia, a su vez, exponía un tercer punto con el que daba mayor fuerza a su postura al tratar el título académico como una propiedad personal que únicamente la justicia podía arrebatar como consecuencia de un delito:

“A parte de estas consideraciones, la Academia opina, además, que no es equitativo ni legal privar a los médicos y a los farmacéuticos del ejercicio de su profesión por no hallarse inscritos o por faltas que no están castigadas en el código penal con aquel correctivo y opina, con arreglo a la Constitución del Estado que solo los Tribunales de Justicia por delincuencia pueden desposeer *del título* a los profesores que lo tengan porque este constituye para ellos *una verdadera propiedad adquirido a costa de un capital económico y de otro intelectual, ambos importantes*” (énfasis añadido).

Dos años más tarde, la Administración consultaba de nuevo a los Colegios Profesionales sobre el mismo asunto. En esta ocasión, la Junta Directiva del Colegio Médico Oficial constituida, entre otros, por dos socios numerarios de la Real Academia⁵⁰³ se mostró totalmente favorable a la obligación de la colegiación. El contenido del informe emitido por el Colegio presenta un cambio radical respecto a las posturas de la Real Academia y el espíritu más liberal se sustituye por el más puro intervencionismo corporativo como clara estrategia de autorregulación y autonomía profesional.

El informe colegial comienza advirtiendo que los firmantes “van a prescindir de todo orden de consideraciones que dependan exclusivamente del raciocinio puro”⁵⁰⁴ para seguir la norma que guiaba la investigación médica, es decir, la experimentación puesto que los colegios oficiales eran un “experimento social, realizado dentro de los lími-

502 *Copiadore de informes dados por la Academia*, 2 de diciembre de 1899.

503 Sebastián Domenge (presidente) y Francisco Sancho (vocal). Puesto que se observa una clara alternancia entre las Juntas Directivas del Colegio Médico Oficial y el Colegio Médico-Farmacéutico, no podemos descartar que aunque ambas divisiones colegiales tuvieran papeles bien definidos, no consensuaran este tipo de asuntos. En el momento de emitir este informe favorable (octubre de 1902) la junta directiva del Colegio Médico-Farmacéutico estaba presidida por Domingo Escafi (secretario perpetuo de la Real Academia) y entre sus miembros constaban tres socios numerarios de la regia corporación: Guillermo Rosselló, José Rover y Antonio Bosch. Domenge, Sancho, Escafi, Rosselló y Rover votaron en contra de la colegiación forzosa en 1899.

504 *Libro de Actas de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos*, sesión del 17 de octubre de 1902.

tes del ejercicio de la profesión médica”.⁵⁰⁵ Este “experimento” había hecho variar el criterio de los que “por el sufragio de los compañeros han tenido que formar parte de esta Junta de Gobierno [y] eran contrarios a la Colegiación Oficial”⁵⁰⁶ puesto que la colegiación evitaba que las acciones de “unos pocos” atentaran al bienestar de muchos. Como pruebas del buen funcionamiento del “experimento colegial”, la Junta argüía que se habían borrado diferencias personales y se habían dado actos de “compañerismo y abnegación profesional” que se relajaban en cuanto flaqueaba la firmeza de las obligaciones legales. Otra de las justificaciones era que si el hombre fuera un ser perfecto no necesitaría del Código Penal y que el médico no podía sustraerse a esta excepción por lo que los actos debían estar limitados por el temor al castigo “cuando el sentimiento de la propia dignidad o el respeto debido a sus compañeros no es una valla suficiente a sus torcidas intenciones o su mal proceder”.⁵⁰⁷ Asimismo, la colegiación obligatoria no debería importar a aquellos profesionales que se guiaban únicamente por una conciencia recta y por preceptos que “espontáneamente brotan de aquellos sentimientos” siendo la colegiación, a su vez, una garantía frente a los que no se conducían bajo estas normas.

La Junta de Gobierno expone claramente su postura respecto a la autorregulación y autonomía de los profesionales cuando afirma que los medios coercitivos debían ser rápidos y directos evitando la intrusión de la administración gubernamental “abonada a dejarse influir por el caciquismo”.⁵⁰⁸ Por esta razón, entendían que la acción penal debía ejercerse dentro del mismo cuerpo médico mediante “tribunales de honor” cuyos fallos fueran inapelables y sancionados por el Gobierno. Los miembros de la Junta se mostraban muy sensibles a las peculiaridades de las distintas comarcas insulares y a sus usos y costumbres cuando afirmaban que era imposible dictar todas las reglas de constitución profesional con carácter general y que se debían permitir ciertas excepciones o modificaciones “exigidas por la manera de ser social de cada una de ellas, debiendo por tanto permitírseles cierta autonomía para resolver las reglas que deban

505 *Ibidem.*

506 *Ibidem.*

507 *Ibidem.*

508 *Ibidem.*

adoptar el ejercicio de la profesión médica en el territorio de la jurisdicción”⁵⁰⁹. Como se verá a continuación, estas costumbres salen a relucir en los distintos casos tratados por la Junta de Gobierno, especialmente en relación con las poblaciones de la *Part Forana*.

Las conclusiones del informe de la Junta de Gobierno fueron las siguientes:

1. Necesidad de la colegiación obligatoria.
2. En caso de no aceptarse, la Junta creía que debía privarse a los no colegiados de los “beneficios morales y materiales que puedan corresponder a los que están [colegiados], debe privárseles también de ejercer cualquier cargo público relacionado con la profesión”.⁵¹⁰
3. Las penas leves deberían ser pecuniarias, pasando a los fondos del colegio. Las graves “se aplicarían según las resoluciones adoptadas por los tribunales de honor al efecto constituidos para cada uno de los casos penables”.⁵¹¹
4. Las resoluciones con carácter general tendrían carácter obligatorio
5. “Que a los Colegios profesionales se les ceda el derecho de intervenir directamente en la clasificación administrativa de las patentes de los médicos de su colegio respectivo”.⁵¹²

En el capítulo cuarto ya se señaló la importancia que tuvo la colegiación forzosa con respecto a las reivindicaciones salariales y de mejoras de las condiciones laborales de los médicos de las sociedades de socorros mutuos. Tanto los Estatutos como el Reglamento de los Colegios Oficiales recogen aspectos dedicados a los deberes profesionales de los facultativos y el papel de las Juntas de Gobierno.

Los Estatutos dedican el artículo 17º a las obligaciones de los colegiados. Por lo que a esta investigación compete, nos interesan los párrafos V, VI y VIII, que en el Reglamento se amplían a las obligaciones de los médicos para con sus comprofesores. Los párrafos V y VI advierten de las relaciones entre médicos y farmacéuticos prohibiendo

509 *Ibidem*.

510 *Ibidem*.

511 *Ibidem*.

512 *Ibidem*.

explícitamente “no convenirse con ningún Farmacéutico para el suministro de medicamentos a su clientela, ni establecer consultas en las Farmacia”; las recetas, establecen los Estatutos, debían escribirse sin abreviaturas, tachones, ni enmienda alguna sin hacer uso de signos, en castellano o latín acompañadas de la firma con la expresión de la clase y número de su paciente. El párrafo VIII, por su parte, obligaba a los médicos a “Ejercer su profesión con honradez, moralidad y decoro”. Sin embargo, el Reglamento del Colegio va algo más allá de los Estatutos fijados en la RO de 3 de noviembre de 1900, y a los párrafos anteriores añade una serie de consideraciones sobre las obligaciones de los socios, y por extensión de todos los facultativos cuando la colegiación era forzada. Así, en el capítulo II, *De los colegiados*, en su artículo 10º, se estipula que los facultativos no pueden prestar asistencia a enfermos que sean asistidos por otros profesores sin autorización del de cabecera y sin previa consulta excepto en los siguientes casos: en caso de accidente o urgencia, dejando una carta al médico de cabecera en la que se explique su conducta y las indicaciones tomadas; cuando el enfermo vaya a casa del médico o asista a clínicas particulares; y, cuando el de cabecera estuviese enfermo o ausente de la población o bien se negara a la consulta.⁵¹³ Estas indicaciones fueron repetidas con ocasión de la *Ponencia del cuestionario sobre Sociedades de Socorros Mutuos, iguales, honorarios y médicos titulares* en septiembre de 1901 en las cuales, además, se indicaba que los facultativos de una misma localidad se pondrían de acuerdo en todo lo concerniente a los temas profesionales procurando evitar las represalias y los odios mediante las explicaciones oportunas. Otras de las sugerencias de la comisión era que los facultativos debían aceptar todas las consultas que propusieran las familias y que sería “meritorio” la consulta y visita a los pobres “siempre sin anuncio ruidoso previo”.⁵¹⁴ Finalmente, instaba a los profesores a “no [menguar] jamás el prestigio moral ni profesional de sus compañeros que es el suyo propio y recae siempre en su descrédito”.⁵¹⁵

513 *Reglamento para el régimen del Colegio del Colegio Oficial de Médicos de Baleares*, Capítulo II, artículo 10º, párrafo VI. Dicho documento fue aprobado en Junta general el 31 de enero de 1901, a tenor de lo dispuesto por los Estatutos del para el régimen de los Colegio de Médicos, de 3 de noviembre de 1900.

514 *Libro de Actas de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos*, sesión del 15 de septiembre de 1901.

515 *Ibidem*.

Como ya se ha apuntado, estos Estatutos también establecieron la constitución de los Jurados de calificación mediante su artículo 29. La Junta de Gobierno era la encargada de “Velar por la buena conducta de los Colegiados en el desempeño de su profesión y procurar amigable y pronta solución en sus diferencias”⁵¹⁶, así como defender a los colegiados que fuesen molestados o perseguidos con motivo del ejercicio de la profesión⁵¹⁷. Una conducta sancionable mediante amonestación, multa y suspensión, que no podía exceder de cinco meses. Estas sanciones o correcciones, como las titula el capítulo V de los Estatutos, solo eran competencia de la Junta Directiva cuando afectaban al decoro o dignidad profesional siempre que el hecho no estuviera tipificado en otras disposiciones administrativas.⁵¹⁸

La actuación de la Junta de Gobierno del Colegio Médico oficial como Jurado de Calificación

El libro de Actas de la Junta de Gobierno del Colegio Médico Oficial nos permite hacer una tipología de los principales problemas de índole deontológica de la profesión médica mallorquina aunque en la mayoría de las ocasiones la información, como corresponde a un documento administrativo de esta naturaleza, no aporte todos los detalles necesarios para construir un relato completo.

Los conflictos profesionales se originaban, básicamente, por dos motivos: por los contratos con las sociedades de socorros mutuos y por las desavenencias personales entre profesionales de una misma población. Respecto al último motivo, las actas no reportan ningún conflicto en el distrito de la comisión de Palma pero sí los que acontecieron en el distrito de Inca que, por no llegar a un acuerdo dentro de la propia subcomisión, fueron remitidos a la Junta General, localizada en Palma. De esto se deduce, y no solo para este tema, que gran parte de los problemas que acaecieron en las subcomisiones de Inca, Manacor, Menorca o Ibiza se solucionaron en sus demarcaciones, de cuya documentación no conocemos el paradero.

516 Reglamento para el régimen del Colegio del Colegio Oficial de Médicos de Baleares, art. 27º, 3ª.

517 *Ibidem*, art. 27º, 11ª.

518 Estatutos del Colegio de Médicos de la provincia de Baleares, capítulo V, art. 24º. Los artículos de dicho capítulo legislan sobre cómo aplicar los tres tipos de corrección y la interposición de recursos por parte de los facultativos.

En casos de desavenencias profesionales, e incluso personales, el Presidente citaba a las partes para que pasaran a verle personalmente y discutir los motivos de los desacuerdos. Este fue el caso de Ramon Vanrell que expresó, por carta, los “disgustos” con otro facultativo de la población, Adolfo Sagristá. El presidente, como he dicho, les citó para tener un careo y la Junta acordó que si en un tiempo prudencial no comparecían, serían citados a declarar ante la Junta. Los motivos de tales “disgustos” no aparecen en las actas de sesiones. Un conflicto algo más importante sucedió en Binissalem.

Dicha población contaba con un médico titular, Salvador Real, y un facultativo libre, Antonio Servera. A su vez, Juan Munar, socio numerario de la Real Academia, contaba con numerosa clientela y disponía de una clínica particular en el pueblo, donde no estaba vecinado puesto que residía en Palma. En el acta de 7 de junio de 1902, Munar ruega la intervención de la Junta Directiva por los constantes desacuerdos con los facultativos del municipio al tratar de “cohibir [su] ejercicio de la profesión en dicho pueblo”. El asunto pasó a la subcomisión de Inca –Binissalem pertenecía a dicho distrito– que dictaminó que entre los facultativos no existía discrepancia alguna y tan solo “una mal inteligencia que ha quedado satisfactoriamente zanjada”. Dicha “mal inteligencia” estaba relacionada con el ejercicio en los pueblos y su relación con las igualas. La subcomisión de Inca había decidido, el 15 de noviembre de 1901, que

“[e]n los pueblos donde residan uno o más médicos no podrán hacer igualas, ni contratar sociedades, ni establecer clínicas los de distintos pueblos, como no sea con previo permiso de los vecinados en la localidad y que si bien podrán hacer visitas en la misma, vendrán obligados a cobrar por cada una de ellas además de los honorarios de la misma, 1 peseta por cada kilómetro que medie entre la residencia del mismo y el enfermo, debiendo además dar conocimiento al médico de la localidad donde haya la visita o a uno de ellos si son varios, para poner en condiciones de poder recibir aviso en caso de que el cliente fuera moroso”.⁵¹⁹

El cierre del mercado y las trabas al libre ejercicio de la profesión son manifiestamente visibles en este acuerdo que, irremediablemente, tenía que provocar un conflicto de intereses entre Munar y los facultativos de Binissalem puesto que el primero tenía una numerosa clientela en el municipio. La subcomisión de Inca zanjó las controversias con un acuerdo “que [pudiera] servir para casos más o menos análogos”⁵²⁰ en el que

519 *Libro de Actas de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos*, sesión del 24 de marzo de 1902.

520 *Ibidem*, 7 de junio de 1902.

“[a]tendiendo a la larga fecha de que data la clínica especial que tiene establecida en Binissalem en el Sr. Munar, como también a las circunstancias de naturalidad y vínculos de parentesco que concurren en dicho Sr. Munar, y teniendo en cuenta la correcta conducta profesional que siempre ha observado, entiende de común acuerdo que puede tolerarse la visita libre a varias familias de dicha población”.⁵²¹

Parece que la palabra “tolerar” molestó a Juan Munar ya que en una comunicación a la Junta de Gobierno protestó “enérgicamente” al respecto rogando a la Junta que hiciera pública su protesta para que llegara a conocimiento de todos los profesores⁵²². Los conflictos entre estos facultativos parece que no se solucionaron con el acuerdo de la subcomisión de Inca. Dos años después, esta vez a través de la Real Academia, Munar denunciaba que en el mismo pueblo se le obligaba a realizar una autopsia cuando competía, según la legislación, entre otros a Salvador Real como médico titular. A pesar de las apelaciones hechas a la Audiencia, Juan Munar tuvo que avenirse a efectuar dicha autopsia y la Real Academia elevó una instancia al Ministro de Gracia y Justicia pidiendo dictara una disposición general y obligatoria que armonizara estos casos. Se suplicaba que en los casos no urgentes, los primeros facultativos obligados a prestar sus servicios a la Administración fueran los forenses de los Juzgados de Instrucción y en su defecto los titulares de los pueblos y los que percibieran un sueldo del Estado, y solo en último término los médicos libres que fueran vecinos y residieran en la población donde se debía prestar el servicio.⁵²³

Por lo que a los conflictos sobre las Sociedades de Socorros Mutuos se refiere, en la sesión de 24 de marzo de 1902, se procedía a la lectura de una notificación hecha por los médicos Andrés Pastor y Pedro Serra de Sóller, y en su nombre el resto de facultativos de dicha población, denunciando a Lorenzo Pascual por haber firmado un contrato con la sociedad “Defensora Sollerense” que contravenía las bases aprobadas por el Colegio respecto a este particular.⁵²⁴ El presidente consideró que el asunto era de gravedad y se acordó citar al Sr. Pascual ante la Junta de Gobierno, como establecía el

521 *Ibidem.*

522 *Ibidem*, 25 de agosto de 1902.

523 *Expediente sobre la cuestión surgida entre D. Juan Munar y el Juzgado Municipal de Binissalem sobre su nombramiento para practicar una autopsia judicial*, 1904, (ARAMIB).

524 Vide, capítulo cuarto de esta tesis doctoral (apartado, 4.4.)

artículo 21º del Reglamento, “para aplicarle sin contemplaciones el correctivo a que se había hecho acreedor”.⁵²⁵

El certificado que se mandó al facultativo, “para que no [pudiera] alegar ignorancia su ligera conducta”⁵²⁶, le recordaba todos los artículos que había conculcado con su proceder, así como las faltas morales derivadas y sus consecuencias acusándole de haber faltado al compañerismo y al Colegio:

“Los médicos que falten a los acuerdos anteriores [las bases sobre sociedades de socorros mutuos] se entenderá que *cometen falta de dignidad profesional* y se hacen acreedores de la debida corrección, hoy regulada por los Estatutos, y *al aislamiento entre los compañeros*” (énfasis añadido).⁵²⁷

Lorenzo Pascual renunció a su puesto alegando que el Colegio le había comunicado que no podía prestar sus servicios a la “Defensora Sollerense” puesto que la Ley no le permitía visitar a más de 150 vecinos asociados y esta cantidad se excedía de lo comprometido. Este argumento no satisfizo a la Junta de Gobierno que, ya en presencia del acusado, le recriminó que dicha Ley había sido modificada. La respuesta de Lorenzo Pascual fue que por su avanzada edad no había leído los boletines del Colegio y que había dado a la Sociedad la excusa que le pareció más racional “pero que repetía que renunciaba a la mencionada plaza y que en adelante cumpliría lo prevenido en los Estatutos y Reglamento Interior”⁵²⁸. Ante estos hechos, se dio por terminado el asunto “manifestando al Sr. Pascual su agradecimiento por sus espontáneas manifestaciones y firmes propósitos en buen nombre del compañerismo y del Colegio”.⁵²⁹

Menos pacífico y manejable fue el caso de los hermanos Llabrés en Inca, aunque es una demostración de la fuerza que ya tenía el Colegio Médico Oficial en las Islas, además de evidenciar el problema que suponían los constantes cambios legislativos respecto a la Colegiación obligatoria. En pleno conflicto sobre la aceptación de las bases aprobadas por el Colegio Oficial de Médicos de las Baleares por parte de las sociedades de

525 *Libro de Actas de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos*, sesión del 24 de marzo de 1902.

526 *Ibidem*.

527 *Ibidem*.

528 *Ibidem*.

529 *Ibidem*.

socorros mutuos, Miguel Llabrés y Salom⁵³⁰ dimitió de su cargo en “La Constancia” de Inca. Parece que su puesto fue ocupado por dos médicos valencianos que se desplazaron a la isla con este propósito. Los hermanos Llabrés, –Lorenzo y Francisco–, no presentaron sus respectivos títulos al Subdelegado de Medicina del partido de Inca por lo que fueron apercibidos por el Alcalde de esta ciudad, y posiblemente por el Gobernador ya que el Colegio dio parte de esta irregularidad. Finalmente, solo Lorenzo Llabrés presentó su titulación a la autoridad competente.

La situación parece consistir en que uno de los hermanos, Francisco, prestaba sus servicios a la sociedad sin atenerse a los acuerdos del Colegio en los que figuraban, entre otros, que ningún médico podía optar a una plaza sin el consentimiento de la Junta y menos en el caso de que dicha plaza estuviera vacante como consecuencia de que la sociedad no se avenía a regularizar los contratos, como era el caso que nos ocupa. Asimismo, Francisco Llabrés tampoco había podido demostrar que estaba en posesión del título de Medicina y Cirugía con el agravante de que, según la Junta de Gobierno, su hermano Lorenzo firmaba por él cuantos documentos fueran necesarios.

Ante este cúmulo de supuestas irregularidades, los médicos del distrito de Inca emprendieron una campaña que se materializó en una protesta firmada por todos los facultativos del distrito. Dicho documento fue remitido a la Junta General del Colegio de Baleares que también se adhirió a la protesta y, con posterioridad, también lo hicieron las subcomisiones de Manacor y Menorca. La subcomisión de Palma incluso sufragó con 100 pesetas el carruaje encargado de recoger las firmas de los facultativos de dicho distrito. La protesta fue firmada por todos los facultativos del distrito a excepción de Domingo Escafi, Jaime Escalas, Eugenio Losada y Bartolomé Monserrat. La protesta contenía el siguiente texto:

“Habiéndonos enterado que D. Francisco Llabrés, médico de Valencia, ha ofrecido sus servicios a la sociedad “La Constancia”, prescindiendo por completo de los Estatutos, Reglamento y acuerdos tomados sobre el particular por el Colegio Oficial de Médicos de Baleares, consideramos que el citado Sr. Infiere una ofensa a la clase médica de esta provincia y por lo tanto protestamos con toda nuestra energía de su ligera conducta. De momento, y mientras la Junta de Gobierno

530 Aunque los implicados en este caso tengan los mismo apellidos, no consta que tuvieran ninguna relación de parentesco.

resuelva lo que proceda *consideramos al citado Sr. como un intruso y nos creemos en el deber de prescindir para con él, de toda clase de consideración de compañerismo, a contar desde hoy 15 de septiembre de 1902*” (énfasis añadido).⁵³¹

El 19 de octubre, la Junta de Gobierno pasaba una comunicación a Lorenzo Llabrés en la que exponía que la Junta tenía conocimiento de que su hermano Francisco no había podido demostrar ser titulado y que él suplía su firma. Además, advertía el Colegio, los médicos baleares reunidos en Junta General en febrero de 1901 habían acordado que “aparte de lo que pudieran disponer las leyes con toda su intensidad legal, convenían en ajustar el ejercicio de su profesión en estas islas a determinadas reglas”⁵³², es decir, que solo podían ser socios de las sociedades de socorros mutuos aquellos cuya renta anual no excediera de las 1500 pesetas con la finalidad de garantizar la asistencia a los menos desfavorecidos y evitando que los socios pudientes “burlaran el pago de los servicios”. En el caso que alguna sociedad, de resultas de exigir el cumplimiento de las bases colegiales sobre las mutualidades, prescindía de los servicios de algún facultativo, otros no podrían ocupar su sitio. Este era el caso de “La Constancia” que no había

“[encontrado] en la provincia a ningún médico que quisiera sustituirle, lo cual habla muy alto a favor del compañerismo y humanidad profesional, acudió a Vd., quien [...] se avino desde luego, a aceptar las condiciones impuestas por “La Constancia” y a suplantar en sus puestos a dignos profesores de Inca, quienes no vacilaron en sacrificar el producto que obtenían del servicio que prestaban a “La Constancia” a la solidaridad profesional médica que une a todos los médicos del mundo, con los vínculos de una inmensa familia”⁵³³

La Junta también advertía a Lorenzo Llabrés de que informaría a su Colegio Oficial (el de Valencia) de su conducta y le instaba a atenerse a lo indicado no solo por la significación oficial que le conferían las leyes, sino por lo emanado del mandato del acuerdo tomado en su día por todos los médicos baleares, “aun llegado al caso de prescindir de dicho carácter oficial y usando además de un amplio voto de confianza que le fue conferido para que pudiera ejercer su autoridad en la misma depositada, conforme mejor pudiera convenir al común interés y al decoro de todos”.⁵³⁴

531 *Libro de Actas de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos*, sesión del 2 de octubre de 1902.

532 *Ibídem*, 19 de octubre de 1902.

533 *Ibídem*.

534 *Ibídem*.

La respuesta de Lorenzo Llabrés no se hizo de esperar y llegó en forma de un escrito en el que manifestaba la extrañeza que le había provocado la comunicación sabiendo que la Junta había autorizado con su firma una protesta en la que de manera arbitraria se difamaba a su hermano en términos que prácticamente decretaban “su muerte civil” con acusaciones de tal gravedad que consideraba que los firmantes no tendrían valor de hacerlas públicas o enviarlas al interesado. Apuntaba, además, que “ejerzo y ejerceré mi profesión de médico-cirujano en esta Ciudad porque así me lo autoriza mi título, examinado por el Subdelegado del distrito y sin más sujeción que lo que me imponen las leyes y Estatutos vigentes que respeto y respetaré como debo”.⁵³⁵ Asimismo, afirmaba que no era verdad que su hermano visitara enfermos por sí solo.

Parece que la Junta, tras esta respuesta, puso en marcha toda la maquinaria legal permitida. Fundamentó la acusación vertida contra Llabrés sobre el hecho que fue el mismo Francisco Llabrés quien había manifestado a la Junta que, procedente de Valencia, se disponía a suplir a Miguel Llabrés en “La Constancia” aunque nunca pudo presentar su título al Subdelegado por lo que “parece entenderse que Ud. [Lorenzo Llabrés] sustituye a su hermano en toda acción profesional a que se comprometiera, y que, por tanto, Ud. acepta toda la responsabilidad de la anómala situación”⁵³⁶ con lo que quedaba probado que la Junta distinguía su personalidad civil de la profesional y “tan solo bajo este último concepto se opone al irregular ejercicio”. La Junta también le recordaba que debía acatar las leyes y Estatutos así como “*los acuerdos que traten las Juntas bien sean generales o de gobierno*”⁵³⁷ que, obviamente, incluía el acuerdo sobre las bases de las Sociedades de Socorros Mutuos, que él desobedecía. Y respecto a las leyes, el escrito concluye:

“Aparte [de] ciertas consideraciones debidas a las colectividades profesionales, que son verdaderos deberes de un código universal, intrínseco en la naturaleza humana y que por tanto no se traducen en preceptos escritos ni son catalogados por las leyes”.⁵³⁸

535 *Ibidem*, 26 de octubre de 1902.

536 *Ibidem*.

537 *Ibidem*, énfasis original.

538 *Ibidem*.

Se le requería responder a varias preguntas sobre las circunstancias del caso para verificar la información⁵³⁹ y la presentación de un documento justificativo de su colegiación en Valencia, una certificación del colegio valenciano en la que constara si había recibido alguna corrección disciplinaria y en caso afirmativo, cuál o cuáles de ellas⁵⁴⁰ y el último recibo de la contribución.

Aunque la Junta le otorgó ocho días para contestar, la respuesta de Llabrés llegó el 24 de noviembre en la que manifestaba que puesto que su estancia en la isla sería de corta duración no había contraído ningún compromiso con “La Constancia” y que, puesto que su hermano no estaba en condiciones de ejercer, no había necesidad de sustituirle en ningún servicio médico. De lo expuesto se desprendía, a juicio de Lorenzo Llabrés, que no se justificaba que se le llamase infractor de las leyes y Estatutos aunque

“[n]o tengo inconveniente en declarar que puesto en el caso, no dudaría un momento en no acatar el acuerdo de la Junta General del 23 de septiembre de 1901, pues aparte de no tener la sanción legal que se requiere, su importancia es a todas luces gravemente atentatoria a la libertad profesional”⁵⁴¹

Finalizaba diciendo que no quería entrar en más consideraciones hasta que se le demostrara la falsedad o la certeza de la protesta de los facultativos baleares en la que se acusaba a su hermano y se le declaraba intruso. Respecto a la documentación requerida, la entregaría en ocasión propicia. No sabemos si tal ocasión llegó en algún momento porque las actas solo recogen que se esperaba a resolver el caso de los hermanos Llabrés después de que la Comisión formada en Madrid sobre la colegiación obligatoria emitiera su dictamen.

539 1ª. Si asistía a los enfermos de “La Constancia” con compromiso colectivo.

2º. Si ignoraba que el motivo por el cual Miguel Llabrés había renunciado al servicio médico de “La Constancia” era porque no se avenía a las bases sobre la asistencia en las Sociedades de Socorros Mutuos aprobadas por el Colegio.

3ª. Si ignoraba el compromiso adquirido por todos los facultativos baleares de no sustituir a un compañero siempre que la vacante fuera por no querer aceptar las referidas bases.

4ª. Por qué razón no había participado al Colegio de su contrato con la Sociedad cuando así lo exigían los Estatutos.

540 Las correcciones eran amonestación, multa y expulsión.

541 *Libro de Actas de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos*, sesión del 26 de noviembre de 1902.

5.2.4. Las Normas de Deontología Médica del Colegio Provincial de Médicos de Baleares

La Junta general del Colegio Provincial Obligatorio de Médicos de las Baleares⁵⁴² aprobó en julio de 1921 las *Normas de Deontología Médica*. Aunque este documento sobrepasa el arco cronológico de esta investigación, es un buen ejemplo de la codificación escrita de los problemas profesionales de los facultativos baleares. Unos problemas y conflictos que, como se ha podido constatar en las fuentes documentales, tenían un largo recorrido. Por tanto, se puede afirmar que su regulación en una norma escrita de obligado cumplimiento respondía a una casuística bien determinada y significativa. Las *Normas de Deontología Médica* configuran un documento de 21 páginas dividido en 33 normas y un *Contrato de Regulación de los servicios médicos con las Sociedades de Socorros*. En líneas generales, los puntos que regulaba y que, consecuentemente, debían ser objeto de conflicto se pueden resumir como sigue:

- La fraternidad, el compañerismo y modelos de conducta.
- Las consultas médicas.
- Las relaciones entre distintos tipos de facultativos.
- Las Sociedades de Socorros Mutuos.

Se trata de un código muy temprano en el panorama español puesto que suele citarse el de 1934 del Dr. Luís Alonso Muñoyerro como primer código deontológico. No obstante, debe tenerse en cuenta que las *Normas* del Colegio balear solo hacen referencia a los deberes intraprofesionales, sin mención a las obligaciones de los facultativos para con sus pacientes que sí recoge Muñoyerro.⁵⁴³

La fraternidad y el compañerismo son el objeto de varios artículos⁵⁴⁴. Este deber de fraternidad y compañerismo debía traducirse en una visita a los compañeros cuando un médico se instalaba en una población. Asimismo, la norma 2ª establecía que los

542 Esta nueva denominación y personalidad jurídica fue el fruto de la unión, en 1918, del Colegio Médico-Farmacéutico y el Colegio Oficial de Médicos (Tomás Monserrat, 1985: 83)

543 Para una aproximación a la responsabilidad médica en el siglo XIX puede consultarse LLOVET (1992) y LEÓN SANZ (2006) y GRACIA (1989).

544 La fraternidad entre facultativos desde el punto de vista de Félix Janer ha sido objeto de estudio por parte de la Dra. LEÓN (1997).

facultativos estaban obligados a prestar sus servicios profesionales gratuitamente a sus colegas y familia, incluso tras la muerte del médico.⁵⁴⁵ Asimismo, las Normas de Deontología recogen que a la muerte de un colegiado, se señalaría una cuota mínima de 25 pesetas por facultativo para que fuera entregada a la viuda o hijos del fallecido quedando excluidos “de este beneficio los socios conceptuados malos compañeros” (Norma 33^a).

Parece ser que esta era una norma consuetudinaria antigua pero posiblemente hubo que codificarla por los conflictos. En 1908 la Real Academia tuvo que emitir un dictamen sobre este particular. Juan Marimón Barceló, natural y vecino de Muro, exponía que había sido demandado por el médico de su población, Miguel Moncada, por el impago de los honorarios devengados por las visitas a su fallecido padre, médico de profesión. A su vez, reclamaba el dictamen sobre el montante de dichos honorarios, que consideraba exagerados y exponía que “El demandante falta a las más elementales leyes y deberes de compañerismo.”⁵⁴⁶ Paralelamente, Gabriel Carrió y Miguel Moncada solicitaban a la Academia un dictamen sobre si existían o habían existido excepciones a la costumbre de no cobrar los honorarios a los compañeros de profesión.⁵⁴⁷ La Academia acordó, de manera unánime, contestar que ciertamente existían excepciones y que entendían que era indiscutible el derecho del profesor a cobrar sus honorarios de quien reclamara sus servicios, independientemente del título de quien los solicitara.⁵⁴⁸

La necesidad e interés por “distinguirse” de los charlatanes queda expresada en la norma 3^a sobre la manera de ofrecerse al público. Los anuncios en los periódicos se limitarían a indicar el nombre, apellido, títulos científicos, especialidad y horarios. Y añadía: “Se consideran actos de charlatanismo publicar noticias en los periódicos y procurarán evitar sean publicadas en cuanto tiendan a encomiar, censurar o juzgar actos profesionales de carácter privado o entre médico y cliente”. Se prohibía, asimismo, entablar polémicas de carácter profesional en la prensa diaria o periódica, de información o política. Vemos, con esta prohibición, la construcción del campo médi-

545 Artículo 2º. Se entendía por familia a los padres, esposa e hijos que vivieran bajo el mismo techo.

546 *Copiador de consultas, llevadas por las Autoridades y particulares.*, s/d, (ARAMIB).

547 *Ibidem*, consulta del 10 de noviembre de 1908.

548 *Copiador de informes dados por la Academia*, 20 de noviembre de 1908.

co especialmente por lo que se refiere a su autonomía.

La mayoría del articulado de las *Normas de Deontología* se refiere a las mutualidades y a las consultas o juntas médicas. Puesto que las normas que afectaban a las sociedades de socorros mutuos son una compilación de las ya expuestas en esta tesis, me centraré en la regulación de las consultas médicas.

Las normas que regulaban la conducta entre los facultativos respecto a los enfermos son las mismas que las que regía el Reglamento de 1900. En cuanto a las consultas, se observa una continuidad de muchas de las recomendaciones de Janer (1847) y Toledo (1897). La norma 12^a establecía que la consulta podían solicitarla tanto el médico de cabecera como la persona enferma o allegados, sin que este pudiera negarse. La elección del médico consultor correspondía a ambas partes y el médico de cabecera únicamente podía negarse a un médico consultor que estuviera descalificado por el Colegio. Si bien el médico de cabecera se establecía como director de la consulta, correspondía al consultor informar a la familia. Se aprecia en este punto una variación respecto a las normas anteriores expuestas por Toledo (1897). Las consultas, según las *Normas*, serían siempre privadas y no podía emitirse un diagnóstico, pronóstico o tratamiento que no fuera el resultado de las deliberaciones; obviamente, todo lo acordado no debía lesionar “en lo más mínimo” al médico de cabecera o al consultor.

La puntualidad era uno de los temas tratados por Félix Janer y Eduardo Toledo y también es objeto de atención por el Colegio balear, que establecía 15 minutos de espera tras los cuales podía comenzar el examen. La norma 14^a establece el secreto de las deliberaciones y la responsabilidad compartida “y no le está permitido a ninguno de los médicos eximirse por medio de juicios críticos o censuras encaminadas a desvirtuar la opinión de sus compañeros o la legitimidad científica del tratamiento acordado en la consulta”. Si las opiniones fueran irreconciliables era decisivo el voto de la mayoría pero la minoría podía dejar constancia, por escrito, a la familia de su disensión.

Las consultas, como informan las fuentes consultadas, debían ser normalmente de dos médicos. Si en esta situación no se producía un acuerdo debía comunicarse a la familia para optar a una segunda consulta. Sin embargo, en los casos de urgencia se

exponían las dos opiniones médicas y se dejaba la elección al criterio de la familia. Siguiendo las mismas normas que ya se han expuesto con anterioridad, los consultores no podían visitar a los enfermos sin la anuencia del médico de cabecera; además, el consultor solo podía pasar a ser médico de cabecera si este le cedía el puesto voluntariamente o cuando el consultor, a su vez, era el cirujano o el especialista que debía llevar el caso y sobre el cual recaía toda la responsabilidad.

Para finalizar, las normas 18^a a 21^a también recogen el comportamiento de los cirujanos y especialistas. En las operaciones solo podían servirse de practicantes o comadronas en los preliminares y durante la intervención solo se permitía tener ayudantes médicos. El médico de cabecera podía actuar como ayudante en las operaciones y debía estar presente siempre que la operación tuviera lugar en el domicilio del paciente. Si la intervención se realizaba en el despacho del cirujano, el médico de cabecera podía asistir si lo requerían la familia o el cirujano abonando el requirente unos honorarios conforme a la siguiente tarifa: si el valor de la operación era inferior a 1000 pesetas el 20%; en cantidades superiores, 200 pesetas.

5.3. La relación con otras profesiones

5.3.1. Los cirujanos

Una mención obligada es la relación que mantuvieron a mediados de siglo los médicos y cirujanos, y que en Mallorca se escenificó en varios contextos como consecuencia de haber contado con el Colegio de Anatomía y Cirugía (1790-1827)⁵⁴⁹ y la Academia Médico-Práctica (1799-1800). F. Bujosa (2010: 110) señala el interés de los médicos por mantener sus privilegios frente a la ascensión profesional de los cirujanos desde el siglo XVIII, es decir, desde lo que este autor denomina “protorrevolución quirúrgica española” (2012). En este contexto se fundó la Academia Médico-Práctica, cuya principal baza fue la de declararse antisistemática (Bujosa, 2010: 104)⁵⁵⁰. Los litigios de la

549 Una sucinta revisión sobre la historiografía de esta institución y su plan de estudios se encuentra en CONTRERAS (2012). Una aproximación a la creación de la identidad profesional de los cirujanos en su relación con el Colegio de Anatomía y Cirugía y la Academia Quirúrgica de Mallorca puede encontrarse en MOLL BLANES, I. (2010; 2012) y CANALETA-SAFONT, E. y MOLL BLANES, I. (2011). SUREDA i BLANES (1960) y TEJERINA (1985).

550 “Es constante que la Medicina jamás ha llegado al grado de perfección de que era capaz por el camino del sistema, antes debe solo sus adelantamientos a la experiencia, quien la fundó” (Estatutos

Academia contra los intrusos, es decir, los cirujanos, así como las actividades que la corporación llevó a cabo para impedir el ejercicio de los cirujanos en ámbitos considerados patrimonio de la Medicina y, finalmente la preparación práctica de los cirujanos mallorquines posiblemente alentaron ciertas desavenencias que, como se ha visto, se tradujeron en ciertas prácticas académicas.

El *Expediente de la policía de la Facultad*, en la segunda proposición expuesta por Mariano Morey, hace referencia a las extralimitaciones de las facultades de médicos y cirujanos aunque puntualiza que

“[c]on más notoriedad en la clase de cirujanos sangradores, particularmente de esta Capital, habiendo llegado al extremo que a pesar que en el ramo de habiendo llegado al extremo que apenas hay enfermo de Medicina a que es llamado el Médico que no sea tratado por ellos una larga serie (¿) de días proporcionándole y ejecutándole sangrías generales y locales, curas externas e internas, el mayor número de veces intempestivas y contraindicadas hasta hacer agravación al doliente”.⁵⁵¹

Pero el problema no era únicamente que se excedieran en sus atribuciones sino que, según el *Expediente*, los cirujanos se oponían a que sus pacientes acudieran a un médico cuando estos decidían llamarlo. Morey califica la conducta de esta “masa, en particular de la pequeña cirugía de inobediente, actuando a modo de complot o burla en función del público”. El académico advierte en su *Expediente* que a pesar de las repetidas acciones de la Academia y de los Subdelegados, “aun se atreven a seguir su marcha con ingenioso orgullo y con fundadas sospechas de burlarse de la Misma Academia contra su propia honra y representación”.⁵⁵²

Como se ha visto, la Academia publicó la circular de la Junta Suprema de 17 de junio de 1846 en la que se exhortaba a no extralimitarse en las facultades que el título les confería aunque con escasa resonancia entre los cirujanos. La Comisión decidió que el portero llevara la circular “a las casas de cada uno de ellos, y la firmen con lo que se tiene certeza de haberse enterado sin poder alegar excusa alguna”.⁵⁵³ Sin embargo,

de la Academia Médico-Práctica de Mallorca, p.2 citado en BUJOSA, 2010:104).

551 *Expediente de la policía de la Facultad*, 1846, (ARAMIB).

552 *Ibidem*.

553 *Ibidem*.

no todos los cirujanos firmaron la circular emitida el 8 de febrero de 1847. Este fue el caso de Rafael Fiol, Gabriel Rico, Juan Ignacio Martorell y Tomás Escafi que solo accedieron a rubricarla protestando que “lo hacían con la condición de que no fuera en menoscabo de las facultades que la ley les concede”⁵⁵⁴. En el documento final puede leerse “Siempre que no sea en menoscabo de las facultades que la ley me concede, como me asegura el Secretario”.⁵⁵⁵

El descontento de los cirujanos posiblemente también estaba motivado por la negativa de los socios de la Real Academia a admitir socios numerarios que no tuvieran la titulación de Medicina y Cirugía (Sureda i Blanes, 1960; Tejerina, 1985). Como señalé en el capítulo tercero, esta situación era totalmente anómala puesto que la preeminencia de los médicos-cirujanos sobre los médicos o cirujanos puros fue negada, expresamente, mediante la RO de 18 de febrero de 1836⁵⁵⁶. En medio de este panorama, los cirujanos Esteban Puget y Gabriel Rico solicitaron a la Real Academia de Medicina la erección de la Academia Quirúrgica de Mallorca dirigida a la formación científica de los cirujanos mallorquines.

El *Expediente de la policía* también se hace eco de las pretensiones de los cirujanos. Mariano Morey lo expone de la siguiente manera:

554 *Actas de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma*, sesión de 01/03/1847, (ARAMIB).

555 *Expediente de policía de la Facultad*, 1846, (ARAMIB).

556 El presidente de la Junta Superior de Medicina y Cirugía aduce las siguientes razones para derogar los privilegios de los médico-cirujano: “[p]ersuadido su Real ánimo [reina Isabel II] que la importancia que por un efecto más bien de añejas preocupaciones que del convencimiento de la conveniencia pública, se ha dado hasta ahora al ejercicio simultáneo de las dos facultades de medicina y cirugía, no solo se halla en oposición con los principios adoptados en la materia por las naciones más ilustradas de Europa, sino que propugna abiertamente con los conocidos como elementales de la ciencia económica, y ataca indirectamente el libre ejercicio de cada una de las expresadas facultades, impidiendo los ventajosos efectos de la división del trabajo [...]” (*Gaceta de Madrid*, nº 429, de 24 de febrero de 1836). Dos años antes, el Real decreto de 25 de febrero establecía lo siguiente: “Art. 1.º. Todos los que ejercen artes u oficios mecánicos por sí o por medio de otras personas son dignos de honra y estimación, puesto que sirven útilmente al Estado. Art. 2.º. En consecuencia, podrán obtener todos y cualesquiera cargos municipales y del Estado, teniendo las demás cualidades requeridas por las leyes. Art. 3.º. Podrán asimismo entrar en goce de nobleza o hidalguía, si la tuvieren, aspirar a las gracias y distinciones honoríficas, y ser incorporados en juntas, congregaciones, cofradías, colegios, cabildos y otras corporaciones de cualesquiera especie, siempre que tengan los demás requisitos prevenidos por las leyes o reglamentos” (*Boletín Oficial de la Provincia*, año 2, nº 161, de 15 de marzo de 1834). En consecuencia, quedaban derogadas todas las leyes que contravinieran el Real decreto. La Academia no debía ignorar esta disposición pero mediante la vía de oposición como requisito de entrada resultaba fácil eludirla.

“Habiendo indicado en la última Junta Académica los Sres. Vicepresidente y Floriana haber sido consultados para dar dictamen como facultativos particulares más antiguos sobre cierto reglamento para establecer en esta capital una sociedad Académico Quirúrgica, en la que figuran casi todos los cirujanos sangradores y romancistas, y como no se oculta a todos los socios de esta Academia una cierta amagada (ilegible) en esta clase e facultativos con semejante proyecto disfrazado bajo el colorido de científico a fin de (ilegible) en la sociedad y eludir más y más las providencias y órdenes emanadas del Superior Gobierno, a la que no ha podido (ilegible) esta Academia bastándose de sus disposiciones, con el decoro, respeto y representación de esta Ilustre Corporación, como igualmente de que semejantes instituciones académicas desde que se erigieron las establecidas en todo el reino va contra el espíritu del preámbulo y contra el párrafo del Capítulo 2 (ilegible) de la Real Cédula de 15 de enero de 1831 del Reglamento General que nos rige: pido a esta Academia que se ocupe de este asunto tan interesante y tome la resolución que considere más bien vista”.⁵⁵⁷

La resolución de la comisión fue que tal proposición debía activarla el autor del *Expediente* ya que la sociedad quirúrgica “aunque abrigue siniestras intenciones está reglamentada bajo un carácter científico y por lo mismo no está en nuestras atribuciones oponernos a su constitución, ni decoroso para una corporación como la Academia poner obstáculos a la propagación de la ciencia quirúrgica”.⁵⁵⁸

Como se expuso en el capítulo tercero, la Academia Quirúrgica de Mallorca fue aprobada y celebró su primera sesión inaugural en 1847 para terminar su andadura en 1868 sin que, por el momento, se conozcan las causas de su extinción. Es reseñable que algunos de sus miembros fueron, en un momento u otro, socios de la Real Academia; tal fue el caso de Fernando Weyler, Lorenzo Muntaner, Antonio Frontera, José Enseñat u Onofre Ferrer.

5.3.2. Los abogados

Uno de los aspectos más interesantes y que merecerían un estudio monográfico es la profesionalización de la medicina en sus relaciones *jurisdiccionales* con la abogacía en un momento en el que nace la Medicina Legal, se crea el cuerpo de médicos forenses, donde la profesión médica se integra en la Administración, entre otras, a través de las propuestas del movimiento higienista. Además, en un ámbito más general, la carrera de Derecho era cursada por los hijos de las clases más acomodadas y la aristocracia

⁵⁵⁷ Expediente de policía de la Facultad, 1846, (ARAMIB).

⁵⁵⁸ *Ibidem*.

mientras que el origen social de los médicos correspondía a segmentos sociales más modestos aunque ambas carreras fueran las más prestigiosas (López Piñero et al. 1964: 219).

Los médicos mallorquines, especialmente los socios de la Academia y los médicos titulares, desempeñaron las funciones de medicina legal y forense que las autoridades les solicitaron, tal como aparece reflejado, con carácter muy técnico, en las actas y documentos de la regia corporación. En las actas del Colegio Médico Oficial (sesión de 15 de julio de 1901) se acordó dirigir por medio de instancia al Ministro de Gracia y Justicia una petición solicitando que cuando los médicos fueran llamados a declarar “en razón de su profesión” tuvieran el derecho de esperar en la sala destinada a este objeto para los abogados, así como a sentarse en estrados en sitio análogo a la categoría que ocuparan los abogados. Parece que esta debió ser una maniobra orquestada por los distintos Colegios Oficiales puesto que en la sesión de 19 de agosto se recoge que el Colegio de Médicos del Ferrol también remitió una petición similar al mismo ministro. En este caso, se solicitaba un trato diferencial para médicos y farmacéuticos consistente en ocupar “sitios de preferencia como los tienen los Sres. Abogados y que puedan sentarse y no tengan que emitir sus informes de pie y confundidos con los testigos”. La misma petición llegó días después desde el Colegio de Médicos de Oviedo.

Estas reivindicaciones, que constituyen mecanismos de adquisición de capital simbólico, no son gratuitas y están muy relacionadas no solo con la rivalidad profesional con los letrados, sino con la creación del cuerpo de médicos forenses, que a su vez fue un pretexto para reivindicaciones profesionales más generales. Este tema suele aparecer en los discursos de doctorado de mediados del siglo XIX utilizados como una de las fuentes principales de esta investigación. Conocemos el título de dos de los temas relacionados directamente con este asunto: *¿Qué utilidad puede reportar a la administración de justicia la institución de los médicos forenses?* y *¿El profesor de la ciencia de curar consultado por un tribunal en los casos de Medicina legal o Toxicología, debe considerarse en las actuaciones judiciales como testigo?*

La medicina debía estar cerca de la magistratura para mantener la tranquilidad de las familias, su honra y, en ocasiones, el orden social y por esta razón la medicina se ocupaba de los eventos relacionados con el ciclo vital de las personas y, por extensión, de la familia. De este modo, para no socavar la dignidad profesional e independencia de los profesores y, a su vez, no convertirlos en “espías” del Estado, los profesionales veían la necesidad de crear el cuerpo de médicos forenses. Pero una de las cuestiones de fondo, independientemente de la creación del citado cuerpo, era determinar qué posición tenía el médico cuando era llamado a testificar por razón de su profesión. Aunque no equiparaban al médico con el juez, sí consideraban justa una diferenciación con respecto a otro tipo de testigos o peritos. Entrado el siglo XX, estas reivindicaciones de estatus y prestigio persiguen su objetivación mediante actos simbólicos como el lugar físico donde testificar, la utilización de salas exclusivas o el derecho a sentarse durante la declaración.

Capítulo 6. Conclusiones

El cierre de este trabajo me ha llevado a una serie de conclusiones provisionales y al planteamiento de posibles líneas de investigación que complementarían el estudio de la profesión médica mallorquina y permitirían avanzar en el análisis de la sociedad mallorquina del siglo XIX. Paso a relacionar dichas conclusiones:

1. Desde que Flexner (1915) diera su primera definición de “profesión”, –basándose solo en las características de la profesión médica–, para dilucidar si el trabajo social era o no una profesión, ha sido imposible llegar a un consenso al respecto entre los sociólogos y los historiadores. El estudio de caso que se ha presentado en esta tesis doctoral ha venido a confirmar el problema de hacer transferencias de manera mecánica y reduccionista. La “profesión” aludida desde la sociología es un término que hace referencia, para el caso de la medicina mallorquina del siglo XIX y por extensión la española, a la profesión liberal, que los coetáneos también contemplaban como “liberal”. Los diferentes agentes profesionalizadores –Estado, otras ocupaciones, clientes, etc. – asimilan la profesión a una ocupación, el empleo o manera de ganarse la vida aunque la profesión médica – o la de abogado, por ejemplo– tuviera unas características diferenciales que provienen más del estatus y prestigio adquirido por actividades no profesionales que de la propia actividad profesional; en el caso que nos ocupa, cuidar y curar. Esta afirmación se ha podido constatar en el análisis de la relación de los médicos mallorquines con sus pacientes dentro del denominado “mercado de la salud”: el médico titulado solo era uno más de los recursos disponibles para hacer frente a la enfermedad. Sin embargo, contaba con un estatus y autoridad privilegiados en la comunidad, posiblemente por tratarse de una persona que había desarrollado una carrera universitaria que le permitía leer y escribir, algo que la historiografía ha demostrado que no era lo habitual en la época. Este estudio de caso ha mostrado que los pacientes acudían a todas las alternativas posibles en su proceso de salud / enfermedad / atención. De hecho, Weyler (1992 [1854]) afirmaba en su *Topografía* que en Mallorca había todo tipo de titulados sanitarios, “callistas, dentistas ambulantes y toda la cohorte de comadronas, *curanderos*, *saludadores* y homeópatas de afición que *cuidan de la asistencia sanitaria de*

*los isleños*⁵⁵⁹. Sin embargo, y en función de esta autoridad simbólica y social, como se ha podido constatar, algunas personas pedían permiso al médico para acudir al curandero. Asimismo, los propios censos de población del siglo XIX establecen una diferencia entre las profesiones/ocupaciones y las “profesiones liberales” en función del “mayor grado de cultura” (*sic*) de los miembros de las segundas.

2. Buena parte de las características profesionales que han recogido las distintas corrientes sociológicas a lo largo del siglo XX tiene su expresión en el estudio de caso analizado. De este modo, el concepto “proceso de profesionalización” es sumamente operativo siempre que no se hagan transferencias mecánicas que lo sitúen, en muchas ocasiones, en una nebulosa deshistorizada. Por esta razón, creo que el modelo teórico propuesto para el estudio de la profesión médica mallorquina durante la segunda mitad del siglo XIX ha sido muy funcional y posiblemente transferible a otras zonas del territorio español para una comparación que arrojaría luz sobre este periodo de la historia de la profesión médica.

3. Tanto la aproximación más general como la local al fenómeno de la profesionalización y el profesionalismo médico, han permitido observar dos fases paralelas y complementarias de la profesionalización médica. Conviene destacar de qué manera la profesión médica como “ciencia / disciplina” tuvo que negociar su capital dentro del “campo científico” en el que las ciencias naturales y físicas estaban posicionándose estructuralmente con mucho éxito. Además, este proceso se produjo en España bajo unas circunstancias especiales para la ciencia médica, como pusieron de manifiesto López Piñero et al (1964), su consecuente reflejo en la apatía social ante la medicina. De esta manera, alcanzar una homogeneidad “disciplinar” dentro del campo médico se observa como una de las primeras estrategias. La crítica a los “sistemas médicos” y su consecuencia en el escepticismo tanto médico como social frente a las funciones de la Medicina ha quedado patente entre los médicos españoles en sus discursos y producción bibliográfica.

4. La otra fase a la que se alude sería la construcción del propio campo médico dentro del campo de la salud, donde se ha observado que concurrían varias ocupaciones, profesiones y dedicaciones. En este sentido se ha podido observar el cierre del

559 Corresponde a las pp. 180-181 y el énfasis es añadido.

mercado, muchas veces sin éxito, a los intrusos profesionales y a los no-profesionales. Todos los agentes del campo de la salud tenían la misma función –aliviar, cuidar o curar– y posiblemente técnicas muy parecidas aunque basadas en un conocimiento esotérico distinto: el “científico” y el “mágico”. En este sentido, Abbott (1988) ya adelantó que el estudio de las profesiones o las ocupaciones se había hecho atendiendo a sus aspectos organizacionales en lugar de a las actividades que realizaban. La historiografía médica ha demostrado la limitada capacidad curativa de la medicina del siglo XIX, hecho del que los propios médicos eran muy conscientes y así lo manifestaban en sus escritos. Por tanto, si los diferentes agentes del campo de la salud tenían la misma misión –cuidar, curar y/o aliviar– y posiblemente desarrollaran actividades similares, la profesión médica emprendió un proceso mediante el cual intentó “distinguirse” del resto de los componentes del “mercado de la salud”. Emprendió lo que Larson (1977) denominó “el proyecto profesional”, concepto que, sin duda, alberga un fuerte y significativo componente político.

5. Esta “distinción” y el proceso que la acompañó fue una estrategia que posiblemente solo pudo culminar con éxito gracias a las asociaciones, es decir, dotando a los integrantes del grupo médico de una identidad y carácter grupal, más que individual, y menos supeditado “a las autoridades médicas”. Así, la profesionalización de la medicina hizo su paso de *profesión de estatus* a *profesión ocupacional* (Elliot, 1975) cuando las condiciones políticas y sociales hicieron posible que las asociaciones actuaran como motores y catalizadores del proceso. En este sentido, tanto la sociología como la historia vienen a confirmar la importancia del Estado liberal y su legislación como garantes de un monopolio cada vez más fuerte y efectivo. La historiografía médica española ha estudiado el Protomedicato, en un primer momento, y las diferentes instituciones y legislaciones posteriores como instituciones y mecanismos de control de la profesión médica y sobre sus intrusos. El estudio de caso mallorquín ha puesto de relieve la ineficacia de estas instituciones y de la legislación así como de los órganos encargados de su cumplimiento. El estudio del intrusismo no-profesional o de los “curanderos” ha evidenciado la dejación de funciones de la justicia. Una dejación que posiblemente obedecía a la escasa presión social para su cumplimiento; en un “mercado de la salud” tan amplio y con itine-

rarios terapéuticos tan dispares, la sociedad reflejaba claramente sus preferencias y la profesión médica todavía no había desarrollado plenamente su poder político, *lato sensu*, ni había conseguido imponer sus puntos de vista sobre la salud entre la población para que las autoridades tomaran una postura más firme ante las intrusiones. Asimismo, en el periodo estudiado, la profesión médica poco podía ofrecer para curar las enfermedades, por lo que su estrategia se encaminó a “distinguirse” en el cuidado y, cuando era posible, en la curación.

6. El proceso de transformación de profesión de estatus a profesión ocupacional también puede entenderse como un cambio de *patronazgo* a *profesión colegial* (Johnson, 1972). En este sentido esta investigación ha aportado datos que lo corroboran. El estudio de los honorarios médicos ha puesto de manifiesto varias cuestiones relacionadas con la profesionalización médica mallorquina. En primer lugar, se ha constatado un cambio hacia una relación médico-cliente/paciente en el cual los médicos luchan por controlar sus condiciones de trabajo, tanto materiales como inmateriales. Los casos estudiados nos han permitido observar un tipo de relación médico-paciente a mediados de la centuria en la que el paciente controlaba, en algunos aspectos, las condiciones laborales, especialmente las retributivas. Durante el último tercio del siglo XIX, y coincidiendo con la fundación del Colegio Médico-Farmacéutico (1882), se observa un mayor control sobre los honorarios médicos por parte de los propios profesionales mediante su tarificación, así como una mayor intervención de otros aspectos relacionados con la práctica médica en la que el paciente o sus allegados cada vez tienen menos ascendencia. Aparece, de manera paralela al proceso aludido la “asalarización” del médico en las mutualidades que originó conflictos no solo económicos, sino en la propia construcción de la profesión ya que varios elementos externos a la profesión coartaban su autonomía y autorregulación. Nuevamente el poder asociativo, y por tanto más político, ejerce presión para dotar a la profesión de autonomía y autorregulación. Es decir, y siguiendo la esencia de este texto de Bourdieu (2008: 85): “Cuanto más heterónomo es un campo, más imperfecta es la competencia y más legítimo resulta que los agentes hagan intervenir fuerzas no científicas en las luchas científicas. Al contrario, cuanto más autónomo es un campo y más cerca está de una competencia pura

y perfecta, más puramente es la censura, que excluye la intervención de las fuerzas meramente sociales.”

7. La “profesión liberal” médica debe entenderse en este estudio de caso como una forma de capital relacional, de “distinción”, una forma clasificatoria hacia el interior y hacia el exterior diferente y complementaria a las otorgadas por el linaje, la propiedad inmueble o de títulos nobiliarios. Las características que definen a la profesión médica mallorquina –y española por extensión– del periodo estudiado son las siguientes:

7.1. Importancia del conocimiento científico para establecer, preferentemente, un diagnóstico ya que este hecho les diferenciaba de charlatanes y curanderos que aplicaban una serie limitada de técnicas y diagnósticos a todas las dolencias y enfermedades.

7.2. De la primera característica se desprende la segunda: la actividad profesional del médico no puede ser nunca una actividad rutinaria, estandarizada. Los médicos del siglo XIX inciden en este hecho y cuando una actividad llega a la rutina o estandarización, pasa a formar parte de la jurisdicción de otras profesiones sanitarias sobre las que el médico ejerce un control. En el caso mallorquín este hecho se ha constatado en las actas de las dos principales corporaciones con respecto a las tareas adjudicadas a los practicantes. De esta conclusión se desprende la necesidad de abordar el estudio de las profesiones de un mismo campo –por ejemplo el sanitario– como sistemas de jurisdicciones para una mejor comprensión del proceso.

7.3. La importancia del conocimiento abstracto, racional del médico y la no estandarización de sus tareas tuvo sus consecuencias en la objetivación de las actividades médicas para su retribución. Los médicos mallorquines muestran sus dificultades al valorar económicamente los casos, especialmente cuando requieren de un estudio previo considerable. Este hecho encierra, hasta cierto punto, una paradoja puesto que las profesiones liberales basaron su diferencia respecto de las mecánicas en el “trabajo mental” que, en cierto momento, son incapaces de cuantificar.

7.4. La transferencia del conocimiento es otra de las características de la profesión pero con una serie de peculiaridades. El conocimiento de cada profesor debe pasar al conjunto de profesionales y, en este sentido, las asociaciones mallorquinas fue-

ron muy activas, como han demostrado sus actas. La ausencia de una universidad puede ser otra de las claves de este proceso. Sin embargo, el conocimiento debe transferirse a la sociedad dentro de unos límites puesto que la universalización de este eliminaría la figura del profesional médico.

7.5. La profesión es una “disciplina” en el doble sentido aportado por M. Foucault. Es la disciplina científica y la que se impone al grupo, en forma de *habitus*, para crear al colectivo. La profesión médica buscó “distinguirse” de los intrusos mediante la adopción de unos códigos de comportamiento burgueses. De este modo, el control del colectivo sobre sus individuos se ejerció mediante una rígida moral médica que posiblemente venía a controlar y mejorar una identidad negativa percibida por el propio grupo.

7.6. La profesión médica era percibida como “un sacerdocio”, una vocación en el sentido aportado por González Antelo (1994) o Díez (2006), es decir, como *Stand* y *Beruf* que llevaba a la compleción del hombre tanto en el ámbito laboral como en el personal.

8. De lo anteriormente expuesto se colige que parte del proceso de profesionalización entendido como creación identitaria grupal se creó frente “al otro”. Este “otro”, como se observó en el modelo teórico de la investigación, podían ser diversos agentes profesionalizadores, pero en el caso mallorquín se pone el foco en el “intruso profesional o no-profesional”. De este modo, el análisis genealógico del término “curandero” nos permite entender qué significaba la profesión médica para los propios médicos. Como se ha mostrado en el estudio mallorquín, la palabra “curandero” a mediados del siglo XIX no tenía las mismas connotaciones que en la actualidad y se relacionaba con la no posesión del título legal para ejercer la medicina. A finales del siglo XIX, los médicos mallorquines empiezan a identificar a los “curanderos” con una larga nómina de personajes como astrólogos, saludadores, practicantes de curaciones rituales, etc. El intruso, asimismo, era una categoría que no necesariamente se acomodaba a la legislación vigente en materia de intrusismo profesional, sino que los médicos desarrollan su propia concepción del intrusismo como aquellos grupos que no se avienen a la “disciplina” anteriormente aludida.

9. La profesión, como he mencionado, es un capital relacional que posibilita a su portador la ascensión social. Este fenómeno se ha constatado en la todavía preliminar aproximación cuantitativa realizada en este estudio de caso.
10. El colectivo médico mallorquín otorgó una gran importancia a la opinión pública, que se manifestaba mediante la crítica de sus actuaciones con la Administración en materia de salud pública y medicina legal. La medicalización de la sociedad empieza a constatarse en las consultas de los particulares (profesionales de las ciencias médicas pero también otros profesionales o industriales).
11. Finalmente, este trabajo ha constatado la necesidad de emprender nuevas vías de investigación sobre la profesión médica en el periodo estudiado. Una de ellas es la idoneidad de un estudio sobre el capital humano que formaba el Colegio Médico-Farmacéutico y la Real Academia de Medicina. En segundo lugar, pero en relación con el anterior, creo que siguiendo la propuesta de A. Banti sobre el sesgo respecto al estudio de la burguesía ochocentista, debería iniciarse un estudio sobre las profesiones liberales en Mallorca que abarcara las profesiones en sí mismas, sus relaciones con la burguesía industrial y sus estrategias matrimoniales. Este estudio, a su vez, nos permitiría entender las distintas dinastías médicas mallorquinas y su función en la sociedad isleña y en la provisión asistencial, muchas veces materializada en clínicas todavía existentes. Un estudio en profundidad de las mutualidades nos aportaría mucha información de las estrategias asistenciales de las poblaciones más desfavorecidas así como de su relación con los médicos. Los expedientes de intrusismo de la Real Academia se han revelado como un material excelente para el estudio del “mercado de la salud”; la adopción de unas opciones asistenciales u otras por parte de la población mallorquina obedecían a criterios bien racionales y estratégicos como han puesto de manifiesto los escasos datos sobre las dolencias expresadas por los quintos para eludir su servicio militar. Por tanto, este tipo de material podría ser un excelente medio para el estudio de la medicalización española. Finalmente, los censos de población podrían ser un material muy interesante para una aproximación etnográfica al mundo del trabajo durante el siglo XIX español.

12. El estudio de caso que se ha presentado es incompleto hasta que no se aborde el problema de los médicos titulares. Este cuerpo, que como he señalado debería estudiarse bajo otro planteamiento teórico, debería analizarse como parte de la Administración pero con las peculiaridades de su estatus administrativo. Su estudio nos mostrará la visión del médico, básicamente rural, en un medio calificado generalmente como hostil. Los expedientes sobre contenciosos administrativos consultados así parecen indicarlo. Pero esa ya será otra historia...

ANEXOS

ANEXO 1. La ceremonia de investidura del grado de doctor en la Universidad Central (s. XIX)

EL doctorando era introducido en la sala por su padrino y tenía unos 15 minutos para presentar su argumentación y durante media debía contestar a las preguntas del jurado. Juraba el título y se le imponían las insignias de doctor. Se retiraba acompañado por el padrino y los bedeles, después de abrazar a los doctores y de dar las gracias al claustro.

El doctorando debía vestir toga profesional y la muceta “y no calzará guantes hasta que los reciba de manos del Rector en el acto de ceremonia”. En la ceremonia hasta el salón de grados, el maestro de ceremonias y dos pajes precedían al claustro. Uno de los pajes transportaba los discursos de doctorado en una bandeja y el otro las insignias de doctor que les serían impuestas al finalizar el acto. Los bedeles vestían de ropón y con las mazas de la universidad puestas al hombro. El ritual también establecía el orden espacial de cada miembro en función de ser doctores, catedráticos o directores de los institutos de la facultad. Al salón de grados accedía el futuro doctor y su padrino que eran recibidos por los dos doctores más modernos, a los que precedía el maestro de ceremonias. En medio del espacio ocupado por el claustro había dos sillones, el de la derecha lo ocuparía el doctorando y el de la izquierda su padrino. El padrino, doctor o catedrático de universidad, debía pronunciar un discurso –sentado– de introducción del doctorando, de no más de 15 minutos. El maestro de ceremonias invitaba al doctorando a acercarse a la mesa de la presidencia y entregarle el discurso a la vez que los bedeles lo distribuían al resto de los miembros del claustro. Los discursos se portaban en bandejas. El doctorando, a continuación leía el discurso, de pie, desde la cátedra. Luego, acompañado siempre por el maestro de ceremonias, volvía a su asiento junto al padrino. El maestro salía a buscar al paje que portaba las insignias doctorales. A continuación, el doctorando se arrodillaba enfrente de la mesa y prestaba juramento mientras el auditorio se ponía en pie al escuchar el bastonazo que daba el maestro de ceremonias. El articulado preveía que hubiera un almohadón de terciopelo y los evangelios encima de la mesa. A continuación, el doctorando se levantaba y se arrodillaba

en otro almohadón situado a la derecha de la mesa de la presidencia. El rector se acercaba con las insignias al padrino y luego conferirá al laureado la investidura de doctor.

“Por cuanto vos, el licenciado D. ... habéis empleado los años de vuestra juventud en largos e incesantes estudios, y habéis dado pruebas de constancia, laboriosidad, y aplicación en todos los cursos académicos, por cuanto los Grados de Bachiller y Licenciado, que anteriormente se os ha conferido, habéis acreditado vuestro saber y doctrina, por cuanto después de los exámenes y ejercicios prescritos por los Reglamentos vigentes, los Catedráticos-Censores os han considerado digno y merecedor de obtener este supremo Grado en la enseñanza y profesión de la facultad de Medicina. Por tanto, haciendo uso de la autoridad que me ha estado delegada y en nombre de Su Majestad el Rey... (Q.D.G.) DECLARO solemnemente que se os confiere y os confiero el Grado de Doctor de la Facultad de Medicina.

En testimonio de lo cual vais a recibir de mis manos las nobles insignias de vuestra dignidad.”

Se entregaban las insignias con una fórmula ritual para cada símbolo:

BONETE: “Recibid primeramente el bonete laureado, antiquísimo y venerado distintivo del Magisterio, y llevadle (poniéndoselo) como corona de vuestros estudios y mece cimientos.

EL LIBRO: Recibid el libro de la ciencia que os cumple enseñar, difundid y adelantad. Sea para vos significación y aviso de que, por grande que vuestro ingenio sea debéis rendir acatamiento y veneración a la doctrina de vuestros maestros y predecesores.

EL ANILLO: Recibid el anillo, que en la antigüedad entregaba en esta solemne ceremonia, como emblema del privilegio de firmar y sellar los dictámenes, consultas y censuras de vuestra ciencia y profesión médica.

LOS GUANTES. Así con los guantes, símbolo de la pureza que debe brillar en vuestras acciones; uno y otros, signos también de vuestra categoría.

EL BASTON. Recibid el bastón, enseñanza honorífica de vuestra ciencia y distintivo del ejercicio de vuestra profesión.

LA ESPADA. Recibid por ultimo la espada. Desde los tiempos remotos este atributo de la nobleza significó la elevación de los profesores de las ciencias a la preeminente dignidad de Caballeros. Hoy os la entregamos como testimonio glorioso de lo antigua que es en nuestra Patria la nobleza de la ciencia, como emblema consagrado de la justicia y como símbolo de la fortaleza, de que debe armarse vuestro espíritu, para ser fiel a los juramentos que habéis prestado, y para llenar cumplidamente las obligaciones de vuestro Ministerio.

Ahora, Dr...., levantaos y recibid el abrazo de fraternidad de todos los que se honran y congratulan de ser vuestros hermanos y compañeros.

(Fuente: María Gloria García del Carrizo, 1963).

ANEXO 2. Juntas directivas del Colegio Médico-Farmacéutico (1882-1904)

Relación de las Juntas Directivas de 1882-1904		
1882 Domingo Escafi Vidal Tomàs Darder Ensenyat Joan Munar Bennassar Pedro de A. Escafi Munar (f)	1882 Lorenzo Muntaner Amengual Domingo Escafi Vidal Tomàs Darder Ensenyat Joan Munar Bennassar Pedro de A. Escafi Munar (f)	1885 Lorenzo Muntaner Amengual Domingo Escafi Vidal Tomàs Darder Ensenyat Joan Munar Bennassar Pedro de A. Escafi Munar (f)
1887 (14 y 16 julio) Antoni Gelabert ESCARRER Domingo Escafi Vidal Tomàs Darder Ensenyat Joan Munar Bennassar Pedro de A. Escafi Munar (f) Enrique Fajarnés Tur Juan Alorda Suñer Eugenio Losada Mulet Bernardo Fiol Tocho Gabriel Martorell Rubí (v)	1887 (29 de diciembre) Antoni Gelabert Escarrer Domingo Escafi Vidal José Rover Tolrà Tomàs Darder Ensenyat Juan Alorda Suñer Enrique Fajarnés Tur Antonio Mayol Vidal Antonio Quintana Ripoll Juan Mercant Barceló Eugenio Losada Mulet Pedro de A. Escafi Munar (f) Pedro J. Estelrich Fuster (f) Gabriel Martorell Rubí (v)	1889 Antoni Gelabert Escarrer Domingo Escafi Vidal José Latorre Izquierdo José Rover Tolrà Juan Alorda Suñer Enrique Fajarnés Tur Antonio Mayol Vidal Antonio Quintana Ripoll Juan Mercant Barceló Eugenio Losada Mulet Antonio Frau Miró (f) Pedro J. Estelrich Fuster (f) Gabriel Martorell Rubí (v)
1890 Antoni Gelabert Escarrer Domingo Escafi Vidal José Latorre Izquierdo José Rover Tolrà Juan Alorda Suñer Enrique Fajarnés Tur Joan Munar Bennassar	1891 Domingo Escafi Vidal Sebastià Domenge Rosselló José Rover Tolrà Guillermo Rosselló Serra Eugenio Losada Mulet Antonio Rabassa Roig Joan Munar Bennassar Juan Mercant Barceló Mariano Aguiló Cortés Pedro a. Escafi Vidal Francisco Llompart Sagristà Gabriel Martorell Rubí	1892 Sebastià Domenge Rosselló Antonio Mayol Vidal Victor Valenzuela Alcarín (f) Juan Alorda Suñer Eugenio Losada Mulet Antonio Rabassa Roig Joan Munar Bennassar Juan Mercant Barceló Bartolomé Gayà Ginard Lorenzo Borrell Francisco Llompart Sagristà Gabriel Martorell Rubí
1894 Sebastià Domenge Rosselló Bernardo Fiol Tocho Juan Alorda Suñer Eugenio Losada Mulet Alejandro Ferrer Morell Jerónimo Ripoll Matheu José Cerdà Coll Juan Mercant Barceló Miguel Rosselló Verdera (f) Bartolome Muntaner (f) Gabriel Martorell Rubí (v)	1896 Sebastià Domenge Rosselló Alejandro Ferrer Morell Bernardo Fiol Tocho (f) Eugenio Losada Mulet Pedro Jaume Matas José Ogazón Cirer Jaime Piña Pomar José Cerdà Coll Rafael Ribas Sampol José Sureda Lliteras (f) Francisco Llompart Sagristà (f) Pedro Soler Mas (v)	1898 Domingo Escafi Vidal Alejandro Ferrer Morell Juan Valenzuela Alcarín (f) Rafael Ribas Sampol Pedro Jaume Matas José Ogazón Cirer José Cerdà Coll José Latorre Izquierdo Enrique Fajarnés Tur José Sureda Lliteras (f) Francisco Antich Izaguirre (f) Pedro Soler Mas (v)

1899 Domingo Escafi Vidal Guillermo Rosselló Serra Juan Valenzuela Alcarín (f) Pedro Soler Mas (v) Rafael Ribas Sampol Bernardo Riera Alemany José Ogazón Cirer José Cerdà Coll Mariano Aguiló Cortés Ignacio Forteza Aguiló (f) Francisco Antich Izaguirre (f)	1899 (25 de noviembre) Sebastià Domenge Rosselló Juan Mercant Barceló José Ogazón Cirer Pedro Palma Antonio Mayol Vidal Gabriel Oliver Mulet Jerónimo Ripoll Matheu	1900 Domingo Escafi Vidal Guillermo Rosselló Serra Juan Valenzuela Alcarín (f) Pedro Soler Mas (v) Mariano Aguiló Cortés Bernardo Riera Alemany José Ogazón Cirer Enrique Cervera Destín José Cerdà Coll Guillermo Serra Bennassar Rafael Ribas Sampol José Sampol Vidal Ignacio Forteza Aguiló (f) José Miró Aguiló
1901 (14 enero) Domingo Escafi Vidal Guillermo Rosselló Serra Juan Valenzuela Alcarín (f) Antonio Bosch Miralles Mariano Aguiló Cortés Bernardo Riera Alemany José Ogazón Cirer Enrique Cervera Destín José Cerdà Coll Rafael Ribas Sampol Ignacio Forteza Aguiló (f)	1901 (16 junio) Sebastià Domenge Rosselló Miguel Font Rafael Ribas Sampol José Ogazón Cirer Julián Álvarez Aleñar Gabriel Oliver Mulet Salvador Real Llabrés Pedro Francisco Sard Jerónimo Ripoll Matheu	1902 Domingo Escafi Vidal Guillermo Rosselló Serra José Rover Tolrà Antonio Bosch Miralles Mariano Aguiló Cortés Bernardo Riera Alemany Sebastià Font Feliu José Sampol Vidal José Cerdà Coll
1903 Julián Álvarez Aleñar Antonio Bosch Miralles Mariano Aguiló Cortés José Rover Tolrà José Ogazón Cirer José Sampol Vidal Sebastià Font Feliu Ramon Rotger Pizá José Cerdà Coll Rafael Ribas Sampol Ignacio Forteza Aguiló (f)	1904 Julián Álvarez Aleñar Ignacio Forteza Aguiló (f) José Rover Tolrà Antonio Bosch Miralles José Ogazón Cirer José Sampol Vidal Sebastià Font Feliu José Mir Mir José Cerdà Coll Enrique Fajarnés Tur Alejandro Ferrer Morell Guillermo Serra Bennassar	

(f): farmacéutico; (v): veterinario.

(Fuente: elaboración propia a partir de Tomás Monserrat, 1985).

ANEXO 3. Títulos de los discursos inaugurales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma durante la segunda mitad del siglo XIX

Año	Autor	Título
2 enero 1840	MUNTANER FERRA, MIGUEL	Algunas reflexiones sobre la necesidad de considerar la organización como base fundamental de un buen sistema médico.
2 enero 1841	MOREY ROSELLO, MARIANO	Utilidad y ventaja de las academias médico-quirúrgicas y necesidad de darles mayor impulso.
2 enero 1843	GELABERT ESCARRER, ANTONIO	De la situación y deberes del facultativo en los casos médico-legales de reconocimiento de quintos para el servicio militar.
2 enero 1844	RIPOLL TORRES, BARTOLOMÉ	Melius est sistere gradum quam progredi per tenebras.
2 enero 1846	ESTERILCH BALLESTER, JUAN LUIS	Influencia de la humedad sobre el organismo
2 enero 1847	FLORIANA, GABRIEL	De la prevención y desconfianza con que deben estudiarse los sistemas
2 enero 1848	GONZALEZ CAIMARI, ONOFRE	El ejercicio práctico de la Medicina no es completo, no habiendo procedido el estudio de la patología quirúrgica, y el mejor cirujano es el que posee a más de la terapéutica quirúrgica y medicina profunda y extensamente.
2 enero 1849	VERGER FRAU, DAMIAN	La medicina ecléctica en los justos límites de la razón y de la experiencia, es la doctrina más generalmente admitida.
2 enero 1850	CERDO MARTORELL, RAFAEL	Cualidades que requiere el ejercicio acertado de los profesores médicos
2 enero 1851	GONZALEZ CAIMARI, ONOFRE	Del origen de las cuarentenas y medidas sanitarias contra la peste y enfermedades populares contagiosas.
2 enero 1852	CASTELLA MASCARO, MATEO	Son muy difíciles los buenos experimentos en Medicina.
2 enero 1854	GELABERT ESCARRER, ANTONIO	Los sistemas médicos.
2 enero 1856	WEYLER LAVUÑA, FERNANDO	Vida, escritos y doctrina de Hipócrates.
2 enero 1857	BAUZA PERELLO, JUAN	Importancia de la doctrina de Hipócrates.
2 enero 1858	ESTERILCH BALLESTER, JUAN I	Cuidados que las madres han de prodigar a sus tiernos hijos.
2 enero 1859	GONZALEZ CAIMARI, ONOFRE	Importancia de la autoridad médica.
2 enero 1860	ESTERILCH BALLESTER, LEONARDO	Simpatías que existen entre los diversos órganos
2 enero 1861	MUNTANER, LORENZO	La Medicina de la edad media.
2 enero 1862	ESTERILCH BALLESTER, JUAN IGNACIO	Importancia de la lactación en las niñas.

2 enero 1863	ENSEÑAT, JOSE	Relaciones de la Medicina con las demás ciencias
2 enero 1864	SALVA FULLANA, AGUSTIN	Cualidades que distinguieron durante su vida al español Dr Mateo Orfila, Decano que fue de la escuela de Medicina de París.
2 enero 1865	RIBAS PUIGSERVER, IGNACIO	Envenenamiento por el fósforo.
2 enero 1866	TOUS Y OLIVER, MATEO	El cólera morbo asiático es enfermedad epidémica y contagiosa
24 enero 1867	ROSELLO SERRA, GUILLERMO	Diversos sistemas que han aparecido en medicina desde las primeras edades del mundo
2 enero 1868	WEYLER LAVIÑA, FERNANDO	¿Cuáles son las causas de la frecuencia de litiasis en la isla de Mallorca y los medios de remediarla, impidiendo su desarrollo?
2 enero 1869	GONZALEZ CAIMARI, ONOFRE	Causas de las enfermedades morales y de los caracteres de éstas en diferentes épocas predominando en la presente la falta del sentimiento religioso.
5 enero 1870	GELABERT ESCARRER, ANTONIO	Cólera morbo asiático que reinó en Palma en 1865.
15 enero 1871	ENSEÑAT Y RAPALL, JOSE	Las pasadas invasiones de fiebre amarilla.
17 enero 1872	ENSEÑAT Y RAPALL, JOSE	Importancia de la materia y del espíritu
23 enero 1873	TOUS MATEO	Influencia patológica de la materia y del espíritu.
21 enero 1874	MUNTANER, LORENZO	Unidad de la especie humana.
19 enero 1875	ROSELLO SERRA, GUILLERMO	Importancia del diagnóstico de las enfermedades para el pronóstico y para la terapéutica de la misma.
15 enero 1876	ESCAFI Y VIDAL, DOMINGO	La medicina es una ciencia positiva, es una ciencia cierta
24 enero 1877	FRONTERA Y BAUZA, ANTONIO	Algunas consideraciones sobre diagnóstico.
29 enero 1878	GONZALEZ CEPEDA Y PIZA, JOSE	El estudio del progreso de las ciencias naturales es la del espíritu humano y la civilización.
21 enero 1879	WEYLER LAVIÑA, FERNANDO	Consideraciones, histórico-crítico-etnográficas sobre el periodo de la medicina árabe.
26 enero 1880	ESCALAS Y ADROVER, JAIME	Consideraciones históricas sobre las epidemias de peste bubónica ocurridas en la isla de Mallorca desde lejanos tiempos y con especialidad sobre la de 1820.
25 enero 1881	DARDER Y ENSEÑAT, TOMAS	Algunas consideraciones acerca de la luz y la influencia sobre la vida.
30 enero 1882	OBRADOR MASUTI, PEDRO ANTONIO	La química en sus relaciones con la medicina y la farmacia.
31 enero 1883	MARTORELL Y RUBI, GABRIEL	Algunas consideraciones sobre la alimentación animal.
25 enero 1884	BESTAR Y POCOVI, JACINTO	
28 enero 1885	BARCELO Y RAMON, SEBASTIAN	Consideraciones sobre la geología y sus relaciones con las ciencias naturales.
30 enero 1886	DOMENGE ROSELLO, SEBASTIAN	Ventajas que ha reportado y viene reportando a la ciencia la aplicación del microscopio.

30 enero 1887	BERGA OLIVER, MIGUEL	Higiene naval.
29 enero 1888	SORA BONEO, GABRIEL	Abusos e inconvenientes que han servido de rémora a los adelantos de la medicina práctica.
27 enero 1889	MUNAR BENNASAR, JUAN	Anatomía y fisiología comparadas del aparato visual.
26 enero 1890	ROVER TOLRA, JOSE	Investigación de las glucosas en las orinas.
25 enero 1891	MAYOL Y VIDAL, ANTONIO	Datos y observaciones acerca de los caracteres Médico-Meteorológicos del clima de Palma en sus relaciones con el de Mallorca y con la climatología en general.
31 enero 1892	SANCHO Y MAS, FRANCISCO	Algunas consideraciones higiénicas a propósito de la tuberculosis en Palma.
29 enero 1893	ALORDA Y SUÑER, JUAN	¿Pueden las mujeres herpéticas amamantar a sus hijos y conviene a éstos la lactancia materna?
28 enero 1894	BORDOY Y GELABERT, BARTOLOME	Bromatología balear.
27 enero 1895	VALENZUELA Y ALCARIN, VICTOR	Fermentación y su importancia.
26 enero 1896	LOSADA Y MULET, EUGENIO	Influencia decisiva del siglo XVII en las ciencias médicas.
31 enero 1897	FAJARNES Y TUR, ENRIQUE	Antiguas costumbres funerarias en el Reino de Mallorca.
30 enero 1898	FRONTERA Y BAUZA, ANTONIO	Algunas consideraciones sobre cuerpos extraños en la vejiga.
29 enero 1899	ESCALAS Y ADROVER, JAIME	La fiebre amarilla en Palma en el presente siglo.
29 enero 1900	MARTORELL Y RUBI, GABRIEL	Estudio sobre la leche.
27 enero 1901	DARDER Y ENSEÑAT, TOMAS	Progresos de la medicina Balear durante el último tercio del siglo XIX.
26 enero 1902	BERGA OLIVER, MIGUEL	Estudio de la patología de la voluntad.
25 enero 1903	DOMENGE Y ROSELLO, SEBASTIAN	Progreso de la oftalmología.
31 enero 1904	MUNAR Y BENNASAR, JUAN	El arbolado público, bajo el punto de vista higiénico y ornamental.
29 enero 1906	JAUME Y MATAS, PEDRO	Talasoterapia.

(Fuente: Elaboración propia a partir de Tomás Monserrat, 1981).

ANEXO 4. Títulos de los discursos inaugurales del Colegio Médico-Farmacéutico (1882-1903)

Año	Autor	Título
1882	JUAN ALORDA SOLER	Una parálisis de Bell
1883	JUAN RAMONELL TRIAS	Teoría del oftalmoscopio
1884	FRANCISCO SANCHO MAS	Bronquitis y peritonitis superada
7 febrer 1885	JULIÁN ALVAREZ ALEÑAR	Admitiendo la naturaleza parasitaria de la tuberculosis ¿Puede ser un elemento de infección la leche de las vacas atacadas de esta enfermedad, empleada en concepto bromatológico o terapéutico?
16 enero 1886	SANCHO Y MAS, FRANCISCO	Necesidad de crear en Palma un Instituto físico-terápico (sic)
10 enero 1888	GONZALEZ CEPEDA Y PIZA, JOSE	La antropología es la base de todas las demás ciencias.
31 enero 1889	TOMÁS DARDER ENSEÑAT	Antisepsia interna
23 febrero 1890	EUGENIO LOSADA MULET	
31 enero 1891	SANCHO Y MAS, FRANCISCO	Algunas consideraciones sobre los descubrimientos de Koch en la tuberculosis.
21 febrero 1892	CIRERA Y SALSE, LUIS	Dado el estado actual de la Electroterapia ¿Debe constituir una especialidad terapéutica?
31 enero 1893	VALENZUELA Y ALCARIN, VICTOR	Instrusismos en su relación con los males que afligen a las profesiones médicas
25 febrero 1894	FAJARNES Y TUR, ENRIQUE	El progreso en la Historia de las Ciencias Médicas.
10 febrero 1895	MAYOL Y VIDAL, ANTONIO	Algunas consideraciones sobre el origen y vicisitudes de la Hidroterapia y la acción fisiológica y terapéutica de las duchas frías.
25 marzo 1896	ALVAREZ Y ALENYAR, JULIÁN	La medicina moderna en sus relaciones en la sociedad.
24 enero 1897	JUAN MUNAR BENNASSAR	Abastecimiento de aguas y alcantarillado de la ciudad de Palma
20 enero 1898	RIBAS Y SAMPOL, RAFAEL	El laboratorio Bío-Químico.
20 enero 1900	JUAN CERDÁ COLL	Necesidad de la lactancia materna
20 enero 1901	ANTONIO BOSCH MIRALEES	Estudio sobre la rabia
2 febrero 1902	GABRIEL OLIVER MULET	Digresiones sobre Higiene, la higiene urbana y la escolar
18 enero 1903	JAUME Y MATAS, PEDRO	Higiene social.

(Fuente: elaboración propia a partir de Tomás Monserrat, 1985).

ANEXO 5. Listado de operaciones quirúrgicas según *Tarifa de Honorarios* de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma (1889)

(Transcripción literal)

Regla 5ª.

CLASIFICACIÓN DE LAS OPERACIONES

1.º GRUPO. Trepanación ó resección de los huesos del cráneo. –Resección de los maxilares. –Extirpación de osteomas de las fosas nasales ó aparato auditivo. –Estafilorrafia y uranoplastia. –Extirpación de tumores subaponeuróticos de la región cervical, que por su localización y relaciones requieran disección minuciosa y delicada. –Esofagotomía. –Trepanación ó resección del esternón. –Resección de la clavícula, costillas, omoplato, isquion, ó de porción de los huesos largos de las extremidades. –Gastrotomía. –Kelotomía. –Enterotomía. –Autoplastia vesical. –Hipospadias ó epispadias de todo el pene. –Fístulas vesico-vaginal, recto-vaginal, útero-vesical, ó útero-vaginal. –Ovariectomía. –Histerotomía. –Extirpación de tumores ú órganos intra-abdominales, cualesquiera sea su naturaleza y asiento. –Extirpación de tumores no pediculados del interior del cuerpo del útero. –Evisceración. –División fetal. –Operación cesárea en el vivo. –Versión podálica por placenta previa. –Cefalotripsia. –Ligaduras de carótida, subclavía, tronco, braquio-cefálico, ilíacas esterna é interna, glútea é ilíaca primitiva. –Fracturas conminuta y hemorragia que obliguen a la ligadura entre el centro y la herida. –Resección de las articulaciones de la espalda, codo, muñeca, muslo, rodilla ó pie. –Decolación del húmero ó del fémur.

2.º GRUPO. Neurotomía y elongación. –Extirpación de tumores voluminosos de la lengua, ó de los del paladar, labios o mejillas que requieran autoplastia sucesiva. –Extirpación de los pólipos naso-faríngeos ó laríngeos. –Catarata. –Pupila artificial. –Glaucoma. –Todas las operaciones que se practican sobre el iris. –Extirpación de cisticercos y cuerpos extraños del cuerpo vítreo, iris, cristalino ó retina. –Trasplante de la córnea. –Trepanación de las células mastoideas. –Tenotomía del esterno-mas-

toideo. –Laringotomía. –Traqueotomía. –Paracentesis del pericardio. –Tenotomía de los músculos vertebrales. Extirpación de tumores voluminosos de la mama. –Sutura intestinal. –Uretrotomía externa. –Uretroplastia. –Elitroplastia. –Perineorrafia en el desgarró completo. –Operación del varicocele. –Id. del hematocele. –Castración. –Extirpación de los tumores no pediculados en la vagina y el cuello del útero, ó de los pediculados no procedentes implantados en el interior del mismo. –Talia vesical. –Amputación del brazo, antebrazo ó mano. –Id. del muslo, pierna ó pié. –Reducción de las luxaciones antiguas de las grandes articulaciones. –Ligaduras de las arterias radial, cubital, humeral, tibial, poplitea o femural. –Fístulas uretro-vesical ó uretro-vaginal. –Heridas con lesión de entraña, sea cual fuere la cavidad, siempre que reclamen operación para extracción de cuerpos estraños. –Fracturas completa de femur, ó de los demás huesos largos conminuta ó complicadas con herida. –Versión podálica, sea cual fuere posición del feto. –Aplicación de fórceps en el estrecho superior. –Extracción de la placenta por adherencias y existiendo espasmo del cuello.

3r GRUPO. –Punción de las meninges. –Labio leporino. –Extirpación de tumores no pediculados del paladar, lábios ó mejillas, que no requieran autoplastia sucesiva. –Excisión de las amígdalas. –Rinoplastia, queiloplastia, stomatoplastia, genoplastia, otoplastia ó broneoplastia. –Ablación de estafilomas totales ó parciales de la cornea. –Operación del desprendimiento de la retina. –Neurotomia óptica ó ciliar. –Operación de estrablismo. –Ablación de tumores de la órbita. –Ingerto del ojo. –Enucleación del mismo. –Excentración. –Extracción de cuerpos estraños de la cámara anterior. –Ablación de la glándula lagrimal. –Oftalmotomía. –Blefaroplastias estensas. –Pleurótomía. –Autoplastia de los dedos unidos congénita ó accidentalmente. –Autoplastia intestinal en el ano accidental. –Extirpación de tumores rectales no pediculados. –Rectotomía. –Uretrotomía interna. –Amputación del pene. –Litotricia vesical. –Ligaduras de las arterias no comprendidas en los anteriores grupos. –Escisión de las venas varicosas. –Acupuntura, igneopuntura, ó electro puntura de los sacos aneurismáticos. –Aplicación del fórceps en el estrecho inferior. –Extracción de la placenta cuando el encaramiento ú otros accidentes de importancia la precisen.

4º GRUPO. –Excisión de la úvula. –Taponamiento de las fosas nasales. –Extirpación de pólipos nasales anteriores. –Id. Auriculares. –Miringotomía. –Ablación de tumores de la conjuntiva ó párpados. –Operación del pterigion. –Circunscisión de la conjuntiva. –Simblefaron. –Anquiloblefaron. –Transplantación de colgajos conjuntivales. –Blefaroplastias estensas. –Entropión. –Ectropión. –Tarsorrafia. –Coloboma de los párpados. –Triquiiasis. –Distriquiiasis. –Operación del piosis. –Extirpación del saco lagrimal. –Extracción de cuerpos estraños del esófago. –Paracentesis. –Toracocentesis. –Punción de tumores ó abscesos alojados en el abdomen. –Punción de la vegiga. –Hidrocele. –Fimosis. –Litotricia uretral. –Extirpación de los pólipos vaginales ó uterinos. –Extirpación de los pólipos rectales. –Extirpación de tumores hemorroidales. –Fístula del ano. –Extirpación de tumores supra-aponeuróticos. –Fracturas no comprendidas en los anteriores grupos. –Reducción inmediata de las luxaciones. –Amputación de los dedos de la mano ó pié. –Operación del onixis. –Parto forzado.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- AAVV (1998), *Estudios sobre la profesión médica en la sociedad valenciana (1329-1898). Orígenes históricos del Colegio Oficial de Médicos de Valencia*, Valencia, Ajuntament de València.
- ABBOTT, A. (1988), *The System of Professions*, London, University Chicago Press.
- AGUIRRE BAZÁN, A. (ed.) (1993), *Diccionario temático de Antropología*, Barcelona, Editorial Boixareu Universitària.
- ALBARRACÍN TEULÓN, A. (1971), “Las asociaciones médicas en España durante el siglo XIX”, *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*, vol. X, pp. 119-186.
- (1972), “Intrusos, charlatanes, secretistas y curanderos. Aproximación sociológica al estudio de la asistencia extracientífica en la España del siglo XIX”, *Asclepio*, XXIV, pp. 326-366.
 - (1973a), “La titulación médica en España durante el siglo XIX”, *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*, XII, pp. 15-80.
 - (1973b), “La profesión médica española ante la sociedad española del siglo XIX”, *Asclepio*, 25, pp. 303-316.
 - (1974), “La asistencia médica en la España rural durante el siglo XIX”, *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*, XIII, pp. 133-204.
 - (1988), “Las ciencias biomédicas en España, de 1800 a 1916”, en SÁNCHEZ RON, J.M. (Ed.) *Ciencia y sociedad en España: de la Ilustración a la Guerra Civil*, Madrid, Ediciones el Arquero/CSIC, pp. 142-155.
- ALÍA MIRANDA, F. (2005), *Técnicas de investigación para historiadores. Las fuentes de la Historia*, Madrid, Síntesis.

AMIGONI, D. (ed.) (2006), *Life Writing and Victorian Culture*, Aldershot, Ashgate.

APARICI LLANAS, M^a.P. (1982), *Las novelas de tesis de Benito Pérez Galdós*, Institución “Mila y Fontanals,” Instituto de Filología, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

ARESTI, N. (2001), *Médicos, donjuanes y mujeres modernas. Los ideales de feminidad y masculinidad en el primer tercio del siglo XX*, Bilbao, Servicio Editorial del País Vasco.

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

ARROYO MEDINA, P. (1994), *Asociaciones y corporaciones sanitarias en España durante la segunda mitad del siglo XIX*, Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Farmacia.

– (1997) “Asociacionismo médico y farmacéutico en la España de la segunda mitad del siglo XIX”, *Asclepio*, XLIX, 2, pp. 45-66.

AVILA OLIVARES, J.A. (2010), “¿Existió realmente una titulación oficial con el nombre de ministrante?”, *Cultura de los cuidados*, 27, pp. 12-29.

BAKER, R.B y MacCULLOUGH, L.B (Eds.) (2009), *The Cambridge World History of Medical Ethics*, Cambridge, CUP.

BANTI, A.M. (1994), “Burguesías de las “professions” a l’Europa del segle XIX”, *Recerques*, 28, pp. 23-41.

BARONA VILAR, C. (2006), *Las políticas de la salud: La sanidad valenciana entre 1855 y 1936*, València, Universitat de València.

BARONA VILAR, J.LI. (1992a), *La doctrina y el laboratorio. Fisiología y experimentación en la sociedad española del siglo XIX*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

- (1992b), “El ejercicio profesional de la medicina”, en LÓPEZ PIÑERO, J.M. et al. (Eds.), *Historia de la Medicina valenciana III*, Valencia, Vicent García Editores, pp. 169-179.
- BARRAL, M.J. et al (eds.) (1999), *Interacciones, ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres*, Barcelona, Icaria-Antrazyt.
- BARTON, R. (2003), “Men of Science”: Language, Identity and Professionalization in the Mid-Victorian Scientific Community”, *Historical Science*, XII, pp. 74-119.
- BECKER H. et al. (1961), *Boys in White. Student Culture in Medical School*, Chicago Press.
- BERLANT, J.L. (1975), *Professions and Monopoly: a Study of Medicine in the United States and Britain*, Berkeley, CA, University of California Press.
- BOURDIEU, P. (1999), *La distinción: criterio y bases sociales del gusto*, Madrid, Taurus.
- (2000), *Poder, Derecho y clases sociales*, Bilbao, Desclee de Brouwer.
- (2001), *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*, Madrid, Akal.
- (2004), *Cosas dichas*, Barcelona, Gedisa.
- (2008), *Los usos sociales de la ciencia*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- BOURDIEU, P. y PASSERON, J-C. (1967), *Los estudiantes y la cultura*, Barcelona, Labor.
- BOURDIEU, P. y WACQUART L. (2005), *Una invitación a la sociología reflexiva*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- BRADLEY, J. (2002), “Medicine on the margins? Hidropathy and orthodoxy in Britain, 1840-60, en ERNST, W. (Ed.), *Plural Medicine, Tradition and Modernity, 1800-2000*, London and New York, Routledge.

- BRANTE, Th. (1990), "Professional types as a strategic analysis", en BURRAGE, M. y TORSTENDAHL, R. (eds.), *Professions in Theory and History. Rethinking the Study of the Professions*, London, Sage, pp. 75-93.
- BROMAN, T. (1995), "Rethinking Professionalization: Theory, Practice and Professional Ideology in Eighteenth-Century German Medicine", *The Journal of the Modern History*, 67, pp. 835-872.
- BUJOSA HOMAR, F. et al (2008), *L'Ensenyament de les Ciències de la Salut a les Illes Balears des de la Conquesta fins a la Guerra Civil*, Palma, Govern de les Illes Balears, Conselleria de Salut i Consum.
- BUJOSA HOMAR, F. (1975), *La Academia médico práctica de Mallorca: 1788-1800: catálogo de sus disertaciones, censuras y documentos*, Valencia, Cátedra e Instituto de Historia de la Medicina.
- (1978), "L'Academia medico-practica de Mallorca", en *Comunicacions de les II Jornades d'Història de l'Educació en els Països Catalans*, Ciutat de Mallorca, pp. 108-110.
 - (1989), *Filosofía e historiografía médica en España. Los supuestos epistemológicos de los historiadores clásicos de la medicina española*, Madrid, CSIC.
 - (2006), "La Academia Médico-Práctica de Mallorca. Una institución en defensa de la profesión médica", en REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE LES ILLES BALEARS., *Ilustración y Medicina*, Palma, Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears, pp. 93-115.
 - (2012), "La protorevolución quirúrgica en España", en REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE LES ILLES BALEARS, *Escuela de Anatomía y Cirugía de Mallorca*, Palma, Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears, pp. 37-56.

- BUJOSA, F. y MARCH, J. (2001), “L’Ateneu Balear (1877-1892): una associació poc estudiada”, en SERRA, S. y COMPANY, A. (Coords.) *El moviment associatiu a les illes Balears: des del final del segle XIX fins a l’actualitat*, Palma, Institut d’Estudis Baleàrics.
- BURNHAM, J.C. (1996), “How the Concept of Profession Evolved in the Work of Historians of Medicine”, *Bulletin of the History of Medicine*, 70, pp. 1-24.
- (1998), *How the Idea of Profession Changed the Writing of Medical History*, (Medical History, Supplement No. 18), London, Wellcome Institute for the History of Medicine.
- BURRAGE, M. (1990), “Introduction: the professions in sociology and history”, en BURRAGE, M. y TORSTENDAHL, R. (eds.), *Professions in Theory and History. Rethinking the Study of the Professions*, London, Sage.
- BURRAGE, M. y TORSTENDAHL, R. (eds.) (1990), *Professions in Theory and History. Rethinking the Study of the Professions*, London, Sage.
- BURRAGE, M.; JARAUSCH, K.; SIEGRIST, H. (1990), “An actor-based framework for the study of professions”, en BURRAGE, M. y TORSTENDAHL, R. (eds.) *Professions in Theory and History. Rethinking the Study of the Professions*, London, Sage, pp. 203-225.
- CALBET CAMARASA, J.M. (1969), “Algunas notas sobre el mercantilismo médico profesional en el siglo XIX”, *Asclepio*, 21, pp. 61-68.
- CANALETA-SAFONT, E. y MOLL BLANES, I. (2011), “El discurso de los cirujanos como vía de formación científicas y de reivindicación, 1847-1868”, en PORRAS, I.; GUTIÉRREZ, B.; AYARZAGÜENA, M.; DE LAS HERAS, J. (Eds.), *Transmisión del conocimiento médico, e internacionalización de las prácticas sanitarias: una reflexión histórica*, XVI Congreso de la SEHM, Ciudad Real.

CANALETA SAFONT, E.; MOLL BLANES, I.; PUJADES MÓRA, J.M.; SALAS, P. (2008), “De la inoculación a la vacunación: Mallorca, siglos XVIII-XIX”, en PERDIGUERO GIL, E. y VIDAL FERNÁNDEZ, J.M. (Coords.), *Las vacunas: historia y actualidad*, Menorca, Institut d’Estudis Menorquins (Recerca: 13), pp. 37-52.

CANALETA SAFONT, E. y PUJADAS MORA, J. M^a. (2006), “L’epidemia de pesta de 1820 a Mallorca: la creació d’epidèmies invisibles als municipis de l’interior de l’illa. El cas de Binissalem i Alaró”, en BOLÒS, J. et al. (eds.). *Condicions de vida al món rural*, Lleida, Institut d’Estudis Ilerdencs, pp. 343-363.

– (2008), “La producción científica d’un metge que féu política: Emili Darder i Cànaves (1895-1937)”, *Actes d’Història de la Ciència i de la Tècnica, Nova època*, volum 1(1), pp. 285-291.

CAPLOW, T. (1954), *The Sociology of Work*, Mineapolis, University of Minesota Press.

CARRO OTERO, J. y GARCÍA CORTÉS, R. (1989), “La Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia – Asturias y la represión del “intrusismo” en el partido judicial de Santiago durante el cuatrienio 1841-1844”, *Cuadernos de Estudios Gallegos*, 38, fascículo 13, pp. 136-173.

CARR-SAUNDERS A.M. y WILSON, P.A. (1933), *The Professions*, Oxford, Claredon Press.

CASTILLO, S. (ed.) (1994), *Solidaridad desde abajo: trabajadores y socorros mutuos en la España Contemporánea*, Madrid, UGT, Centro de Estudios Históricos.

COLLINS, R. (1989), *La sociedad credencialista*, Madrid, Akal.

– (1990a), “Changing conceptions in the sociology of the professions”, en TORSTEN-DAHL, R. y BURRAGE, M. (eds.), *The Formation of the Professions: Knowledge, State and Strategy*, London, Sage, pp. 11-23.

- (1990b), "Market closure and the Conflict Theory of the Professions", en BURRAGE, M. y TORSTENDAHL, R. (eds.), *Professions in Theory and History. Rethinking the Study of the Professions*, London, Sage, pp. 24-43.

COMELLES, J.M. (1996), "Las profesiones y el Estado", en PRAT, J. y MARTÍNEZ, A. (Eds.), *Ensayos de Antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*, Barcelona, Ariel, pp. 173-186.

- (1998), "Parole de médecin. Le récit sur la pratique dans la médecine contemporaine", en LAPLANTINE, F.; LEVY, J.; MARTIN, J.B. NOUSS, A. (Comps.), *Récit et connaissance*. Lyon, Presses Universitaires de Lyon, pp. 299-316.

- (2007), "Feeling, distance and emotions in medical practice", en VAN DONGEN, E., KUTALE, R. (Eds.) *Facing Distress: Distance and Proximity in Times of Illness*, Münster, LIT Verlag.

CONTRERAS, A. (2012), "Escuela de Anatomía y Cirugía de Mallorca. Plan de estudios", en REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE LES ILLES BALEARS, *Escuela de Anatomía y Cirugía de Mallorca*, Palma, Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears.

CONZE, WERNER y KOCKA (Eds.) (1985), *Bildungsbürgertum im 19 Jahrhunderts, Teil I: Bildungssystem und Professionalisierung in internationalen Vergleichen*, Stuttgart, Klett-Cotta.

COOK, H.J. (1994), "Good Advice and Little Medicine: The Professional Authority of Early Modern English Physicians", *Journal of British Studies*, 33, pp. 1-33.

CROMPTON, R. (1987), "Gender, Status and Professionalism", *Sociology*, 21 (3), pp. 413-428.

DANET, B. (1997), "Speech, writing and performativity: an evolutionary view of the history of constitutive ritual", en GUNNARSSON, B, *The Construction of Professional Discourse*, London, Longman.

- DAVIES, C. (1996), "The Sociology of Professions and the professions of gender", *Sociology*, 30 (4), pp. 661-678.
- DE MIGUEL, J.M. (1982), "Para un análisis sociológico de la profesión médica", *REIS*, 20, pp. 101-120.
- DI LUZIO, G. (2006), "A Sociological Concept of Client Trust", *Current Sociology*, 54 (4), pp. 549-564.
- DÍEZ, F. (2006), *El trabajo transfigurado. Los discursos del trabajo en la primera mitad del siglo XIX*, València, Publicacions de la Universitat de València.
- DIGBY, A. (1996), *Making a Medical Living: Doctors and Patients in the English Market for Medicine, 1720-1911*, Cambridge, Cambridge University Press.
- DINGWALL, R. y LEWIS, P. (1983), *The Sociology of the Professions*, London, McMillan Press.
- DOMENECH MONTAGUT, M^a A. (2000), *Medicina y Sociedad en las novellas de Emilia Pardo Bazán*, Valencia, Centro Tomás y Valiente.
- DOUGLAS, M. (1996), *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*, Barcelona, Paidós.
- (1991), *Pureza y peligro: un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*, Madrid, Siglo Veintiuno.
- (1992), *Risk and blame: essays in cultural theory*, London, Routledge.
- DUBAR, C. (1995), *Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Colin.
- DUBAR, C. y TRIPIER, P. (2010), *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin.
- DURKHEIM, E. (1985), *La división del trabajo social*, Barcelona, Planeta.
- (1992), *Professional Ethics and Civil Morals*, London, Routledge.

- ELIAS, N. (1994), *The Civilizing Process: the History of Manners and State Formation and Civilization*, Oxford, Blackwell.
- ELLIOT, P. (1975), *Sociología de las profesiones*, Madrid, Tecnos.
- ERNST, W. (2002), "Plural medicine, tradition and modernity. Historical and contemporary perspectives: views from below and from above", en ERNST, W. (Ed.), *Plural Medicine, Tradition and Modernity, 1800-2000*, London and New York, Routledge.
- ESPLUGA J.; PRADES A.; GAMERO N.; SOLÀ R. (2009), "El papel de la "confianza" en los conflictos medioambientales", *Política y Sociedad*, 46 (1,2), pp. 255-273.
- ESTEBAN DE VEGA, M. (2010), "La asistencia liberal en la España de la Restauración", *Revista de la Historia de la Economía y de la Empresa*, IV, pp. 49-63.
- ESTEVA DE VEGA, J.; FIGUEROLA I PUJOL, I.; ESPINOSA RAMOS, E. (1990), "La relació netre metge i malalt a l'obra de Fèlix Janer", *Gimbernat*, 14, pp. 119-128.
- EVETTS, J. (2003), "Sociología de los grupos profesionales: historia, conceptos y teorías", en
- SÁNCHEZ MARTINEZ, M.; SÁEZ CARRERAS, J.; SVENSSON, L., *Sociología de las profesiones. Pasado, presente y futuro*, Murcia, DM.
- (2006), "Introduction. Trust and Professionalism: Challenges and Occupational Changes", *Current Sociology*, 54(4), pp. 515-531.
- FAIRCLOUGH, N. (2001), *Language and Power*, London, Longman.
- FAURE, O. (2001), "El médico", en FREVERT, U. y HAUPT, H-G (eds.), *El hombre del siglo XIX*, Madrid, Alianza, pp. 113-143.

FERNÁNDEZ EROLES, A.L.; RIERA CLIMENT, J.; RIERA PALMERO, J. (2002), *Ejercicio profesional y Medicina española contemporánea (Notas y Estudios)*, Acta Histórico-Médica Vallisoletana, LX, Valladolid, Universidad de Valladolid;

FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, J.L. y HORTAL ALONSO, A. (Comp.) (1994), *Ética de las profesiones*, Madrid, Universidad Pontificia de Comillas.

FLAQUER MONTEQUI, R. (1999), “Los derechos de asociación, reunión y manifestación”, *Ayer*, 34, pp. 156-175.

FLEXNER (1915), “Is social work a profession?” en *National Conference of Charities and Corrections, Proceedings of the National Conference of Charities and Corrections*, 42nd Annual Session held in Baltimore, Maryland, May 1915.

FOUCAULT, M. (1966), *El nacimiento de la clínica*, México D.F., Siglo XXI.

– (1979), “On Governmentality”, *Ideology and Consciousness*, 6, pp. 5-22.

– (1990), *La vida de los hombres infames: ensayos sobre desviación y dominación*, Madrid, La Piqueta.

FREIDSON, E. (1978), *La profesión médica*, Barcelona, Península.

– (1983), “The theory of Professions: State of the Art”, en DINGWALL, R. y LEWIS, P. (1983), *The Sociology of the Professions*, London, McMillan Press.

– (1994), *Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy*, Chicago, The University of Chicago Press.

– (2000), *Professionalism: The Third Logic*, London, Polity.

– (2003), “El alma del profesionalismo”, en SÁNCHEZ MARTINEZ, M.; SÁEZ CARRERAS, J.; SVENSSON, L., *Sociología de las profesiones. Pasado, presente y futuro*, Murcia, DM.

- FREVERT, U. y HAUPT, H-G (Eds.) (2001), *El hombre del siglo XIX*, Madrid, Alianza.
- FRIEDMAN, M. (1962), *Capitalism and Freedom*, Chicago, University of Chicago Press.
- FROWE, I. (2005), "Professional Trust", *British Journal of Educational Studies*, 59 (1), pp. 34-53.
- FULLANA, P. (1994), "Las sociedades de socorros mutuos en Mallorca durante la segunda mitad del siglo XIX", en CASTILLO, S. (Ed.), *Solidaridad desde Abajo. Trabajadores y Socorros Mutuos en la España Contemporánea*, Madrid, UGT, Centro de Estudios Históricos.
- GALLEGO CAMINERO, G. (2009), *El proceso de profesionalización sanitaria y la transición demográfica en Mallorca (1848-1932)*, Tesis doctoral, Palma, Universitat de les Illes Balears.
- GALMÉS, A. (1976), "La Medicina popular a Mallorca", *MAYURQA. Revista del Departament de Ciències Històriques i Teoria de les Arts*, 16, pp. 195-220.
- GAMBETTA, D. (Ed.) (1988), *Trust. Making and Breaking Cooperative Relations*, New York, Basil Blackwell.
- GARCÍA DEL CARRIZO SAN MILLÁ, G. (1963), *Historia de la Facultad de Medicina de Madrid, 1843-1931*, Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina.
- GARCÍA GUERRA, D. y ÁLVAREZ ANTUÑA, V. (1992), *Lepra Asturiensis. La contribución asturiana en la historia de la pelagra (siglos XVIII y XIX)*, Madrid, CSIC.
- GARCÍA INDA, A. (2000), "Introducción", en BOURDIEU, P., *Poder, Derecho y clases sociales*, Bilbao, Desclee de Brouwer.
- GEISON, G. (1984), *Professions and the French State, 1700-1900*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.

- GERTH, H.H. y MILLS C.V. (Eds.) (1945), *From Max Weber*, London, Routledge.
- GIDDENS, A. (1990), *The Consequences of Modernity*, Cambridge, Polity Press.
- GILB, C.L. (1966), *Hidden Hierarchies. The professions and government*, New York, Harper and Row.
- GOFFMAN, E. (1987), *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires, Amorortu.
- GOLDSTEIN, J. (1984), "Foucault among the sociologist. The Disciplines and the History of the professions", *History and Theory*, 22 (2), pp. 170-192.
- (1987), *Console and Classify. The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*, Cambridge, CUP.
- GÓMEZ ARBOLEYA, E. (1998), "Sociología de los grupos profesionales", *REIS*, 83, pp. 313-320.
- GONZÁLEZ ANLEO, J. (1994), "Las profesiones en la sociedad corporativista", en FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, J.L. y HORTAL ALONSO, A. (Comp.), *Ética de las profesiones*, Madrid, Universidad Pontificia de Comillas, pp. 21-34.
- GONZÁLEZ KORZENIEWSKI, M.A. (2010), "El mito fundacional de la homeopatía argentina. La revista Homeopatía, Buenos Aires (1933-1940)", *Asclepio*, LXII, 1, pp. 35-60.
- GONZÁLEZ LEANDRI, M. (1999), *Las profesiones*, Madrid, Catriel.
- GOODE, W. (1957), "Community within a community: the professions", *American Sociological Review*, 22, pp. 194-200.
- GRACIA, D. (1979), *Siglo y medio de historia de la medicina: balance y perspectivas: primera lección académica*, Madrid, Universidad Complutense de Madrid.

- (1989), *Fundamentos de bioética*, Madrid, EUDEMA.
 - (2009), "The Discourses of Practitioners in Nineteenth and Twentieth Century Spain" en BAKER, R.B y MacCULLOUGH, L.B (Eds.), *The Cambridge World History of Medical Ethics*, Cambridge, CUP.
- GRANJEL, L. (1972), "Legislación sanitaria española del siglo XIX", *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*, XII, pp. 255-309.
- (2006), *Historia de la Real Academia Nacional de Medicina*, Madrid, Real Academia Nacional de Medicina.
- GUNN, S. (2006), "From Hegemony to Governmentality: Changing Conceptions of Power in Social History", *Journal of Social History*, 39 (3), pp. 705-720.
- GUNNARSSON, B. (1997), *The Construction of Professional Discourse*, London, Longman.
- HART, K. (1988), "Kinship, Contract, and Trust: the Economic Organization of Migrants in an African City Slum", en GAMBETTA, D. (Ed.), *Trust. Making and Breaking Cooperative Relations*, New York, Basil Blackwell, pp. 176 - 193.
- HEITZMANN, T. (1999), *El secreto médico: actitudes y toma de decisiones en la práctica clínica*, Tesis doctoral, Facultad de Medicina, Madrid, Universidad Complutense.
- HERRERA GÓMEZ, M. (1981), *Los orígenes de la intervención estatal en los problemas sociales*, Madrid, Escuela Libre.
- HORTAL ALONSO, A. (1994), "Planteamiento de una ética profesional", en FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, J.L. y HORTAL ALONSO, A. (Comp.), *Ética de las profesiones*, Madrid, Universidad Pontificia de Comillas.
- HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. (1994), "Salud Pública en la España contemporánea", *Dynamis*, 14, pp. 17-21;

HUGHES, E.C. (1958), *Men and Their Work*, New York, The Free Press.

HURD, M. (2000), "Class, Masculinity, Manners, and Mores. Public Space and Public Sphere in Nineteenth-Century Europe", *Social Science History*, 24 (1), pp. 75-110.

ILLICH, I.; ZOLA, I.K.; KNIGHT, J. Mc.; CAPLAN, J.; SHAIKEN, H. (1981), *Profesiones inhabilitantes*, Madrid, Blume Ediciones.

IVORRA IVORRA, V.J. y FERRÁNDIZ GARCÍA, R. (1986), "Aproximación sociológica a la profesión médica: Tribunales de Honor", *Actas del VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina, Murcia-Cartagena*, 18-21 diciembre de 1986.

JASSO GARAU, V. y TORRENS VALLORI, C. (2009), *Les rondaies mallorquines: identitat i etnografia*, Palma, Institut d'Estudis Balearic, Lleonard Muntaner.

JOHANNISSON, K. (2006), *Los signos. El médico y el arte de la lectura del cuerpo*, Melusina.

JOHNSON, T. (1972), *Professions and Power*, London, Macmillan.

- (1982), "The State and the Professions: peculiarities of the British" en GIDDENS, A. y MACKENZIE, G. (eds.) *Social Class and the Division of Labour*, Cambridge, CUP.

- (1995), "Governmentality and the Institutionalization of Expertise", en JOHNSON, T.; LARKIN, G.; SACKS, M. (Eds.), *Health Professions and the State in Europe*, London, Routledge.

JORDANOVA, L. (2003), "Portraits, People and Things: Richard Mead and Medical Identity", *History of Science*, 41, pp. 293-313.

KLEINMANN, A. (1981), *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, Berkeley, University of California Press.

- KLEINMANN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. (1978), "Culture, Illness and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research", *Annals of Internal Medicine*, 88, pp. 251-258.
- KOCKA, J. (1990), "Bürgertum and professions in the nineteenth century: two alternative approaches", en BURRAGE, M. y TORSTENDAHL, R. (eds.), *Professions in Theory and History. Rethinking the Study of the Professions*, London, Sage, pp. 62-74.
- (1993), *Bourgeois society in nineteenth century Europe*, Oxford, Berg.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1983), *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*, Madrid, Alianza.
- (1986), *Ciencia, técnica y medicina*, Madrid, Alianza.
- LARSON, M.S. (1977), *The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis*, London, University of California Press.
- (1990), "On the matter of experts and professionals, or how it is impossible to leave nothing unsaid", en TORSTENDAHL, R. y BURRAGE, M. (eds.), *The Formation of the Professions: Knowledge, State and Strategy*, London, Sage, pp. 24-50.
- LEICH, W. (1995), *Encyclopedia of Medical Ethics*, XXX, New York-London, pp. 1543-1554.
- LEÓN-SANZ, P. (1997), "El deber de confraternidad de los médicos. Un modelo del siglo pasado", *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 41 (2), pp. 126-131.
- (2002a), "La consulta médica. Una práctica de la medicina del siglo XVIII", *Dynamis*, 22, pp. 279-302.
- (2002b), "Las consultas médicas en la España del siglo XVIII. Las razones de su existencia", *Asclepio*, LIV-2, pp. 61-82.

- (2006), “Professional Responsibility and the Welfare System in Spain at the Turn of the 19th Century”, en DINGES, M. (ed.) *Health and Health-Care between Self-Help, Intermediary Organizations and Formal Poor Relief (1500-2005)*, *Hygiea Internationalis*, 5(1): 75-90.
 - (2005), “El poder de los médicos. Un análisis de El ejercicio profesional de la medicina en nuestros días (Madrid, 1906)”, *Estudios do Século*, XX, 5, pp. 223-241.
 - (2009), “Networking and interaction between a Mutual Assistance Association and other agencies (Pamplona, 1902-1919)”. *Hygiea internationalis: an interdisciplinary journal for the history of public health*. Linköping, Linköping University Electronic Press, 8 (1): 31-50.
 - (2010a), “Private initiatives against social inequalities and health vulnerabilities: the case of *La Conciliación* (Pamplona, 1902-1920)”, en BOURDELAIS, P. y CHIRCOP, J., *Vulnerabilities, Social Inequalities and Health*, Évora, Edições Colibri, pp. 93-108.
 - (2010b), “The strategies of interrelations between Assistance Associations and other Agencies in Pamplona, 1902-1936”, en LEÓN-SANZ, P. (ed.), *Health Institutions at the Origin of the Welfare Systems in Europe*, Pamplona, Eunsa, pp. 167-192.
 - (2012), “Medical Assistance Provided by *La Conciliación*, a Pamplona Mutual Assistance Association (1902-84)”, en HARRIS, H. (ed.), *Welfare and Old Age in Europe and North America: The Development of Social Insurance*, London, Pickering and Chatto, pp. 137-166.
- LLOVET, J.J. (1992), “Problemática e ideología de la responsabilidad médica en España (1850-1949)”, *Asclepio*, 44, pp. 71-97.
- LÓPEZ CASTELLANO, F. (2010), “El buen samaritano no sabía economía política: de la primera Ley de Beneficiencia al intervencionismo científico (1822-1920)”, *Revista de la Historia de la Economía y de la Empresa*, IV, pp. 21-46.

- LÓPEZ GÓMEZ, J.M. (1994), *Sociología de las profesiones sanitarias en Mérida (1700-1833)*, Barcelona, PPU.
- LÓPEZ PIÑERO, J.M. (1976), *Medicina Moderna y sociedad española (Siglos XVIII y XIX)*, Valencia, Cátedra e Instituto de Historia de la Medicina.
- (1978), “La colectivización de la asistencia médica: una introducción histórica”, en DE MIGUEL J.M. (ed.), *Planificación y reforma sanitaria*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
 - (1984) (Comp.), *Mateo Seoane y la introducción en España del sistema sanitario liberal*, Madrid, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.
 - (1992), “Las ciencias médicas en la España del siglo XIX”, *Ayer*, 7, pp. 193-240.
- LÓPEZ PIÑERO, J.M.; GARCÍA BALLESTER, L.; FAUS SEVILLA, P. (1964), *Medicina y Sociedad en la España del siglo XIX*, Madrid, Sociedad de Estudios y Publicaciones.
- LUHMANN, N. (2005), *Confianza*, Barcelona, Anthropos.
- (1988), “Familiarity, Confidence, Trust: Problems and Alternatives”, en GAMBETTA, D. (Ed.), *Trust. Making and Breaking Cooperative Relations*, New York, Basil Blackwell, pp. 94 - 108.
- MACDONALD, K.M. (1989), “Building respectability”, *Sociology*, 23 (1), pp. 55-80.
- (1995), *The Sociology of the Professions*, London, Sage.
- MACINTYRE, A. (1987), *Tras la virtud*, Barcelona, Crítica.
- MAINTZ, R. (1987), *Sociología de la organización*, Madrid, Alianza Universal.
- MAIO, G. (1999), “Is etiquette relevant to medical ethics? Ethics and aesthetics in the works of John Gregory (1724-1773)”, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2, pp. 181-187.

- MALLECK, D.J. (2004), "Professionalism and the Boundaries of Control: Pharmacists, Physicians and Dangerous Substances in Canada, 1840-1908", *Medical History*, 48, pp. 175-198.
- MARCH NOGUERA, J. (2001), *Jaume Salvà i Munar i el mallorquinisme científic*, Algaida, Ajuuntament d'Algaida.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A. (2008), *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, Barcelona, Anthropos.
- MARTÍNEZ NEIRA, M. (2010). "Notas sobre la naturaleza del doctorado en el primer liberalismo", en *Facultades y grados. X Congreso Internacional de Historia de las universidades hispánicas*. Universidad de Valencia.
- MARTÍN-MORENO, J. y DE MIGUEL, A. (1982), *Sociología de las profesiones*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- MAZA ZORRILLA, E. (1997), "La horizontalidad de las solidaridades. El mutualismo en la España contemporánea", *Ayer*, 25, pp.73-102.
- MENÉNDEZ, E.L. (1981), *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, México, Ediciones de la Casa Chata.
- MESAS DE ROMÁN, P.J. (2004), "Enrique Gómez Arboleya: la definitiva institucionalización de la sociología en España", *Política y Sociedad*, 41 (2), pp.75-98.
- MIGUEL ALONSO, A. (2003). "Los estudios de doctorado y el inicio de la tesis doctoral en España. 1847-1900", en *Archivos e Historia de las Universidades*, Getafe, Instituto Antonio de Nebrija de Estudios de la Universidad, pp. 197-222.
- MIGUEL ALONSO, A.; ALCÓN ESPÍN, F. (2008), "Las tesis doctorales de Farmacia defendidas en España durante el siglo XIX", *Cuadernos del Instituto Antonio de Nebrija*, 11 (1), pp. 25-66.

MILLERSON, G. (1964), *The Qualifying Associations: a Study of Professionalization*, Routledge and Kegan Paul.

MIQUEL NOVAJRA, A. (1990), “La construcción de la identidad en las Islas Baleares”, *Revista de Ciencias sociales de la Fundación Joaquín Costa*, Zaragoza.

– (1999), *El campo en la cabeza. Pervivencia del agrarismo e la construcción de la identidad*, Madrid, Los Libros de la Catarata.

– (2002), “La cultura del trabajo: dimensiones comparativas. Un discurso iniciado y a veces olvidado”, en LA CALLE (comp.), *Democracia Económica III*, Barcelona, El Viejo Topo, Barcelona.

– (2002) “La cultura del trabajo empresarial: el agrarismo de los servicios”, *Anales de la Fundación Joaquín Costa*, Zaragoza.

MIRÓ BONET, M. (2008), *¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/los enfermeras/os en España (1956-1976)*, Tesis doctoral, Palma, Universitat de les Illes Balears.

MOLL BLANES, I. (1993), “La fiebre amarilla de 1821 en Palma”, *Homenatge a Antoni Mut Calafell*, Palma, Conselleria de Cultura, Educació i Esports. pp. 153-174.

– (2002), “Epidemiologia des de l’Edat Mitjana fins a l’actualitat”, *Gimbernat, Revista Catalana d’Història de la Medicina i de la Ciència*, 37, pp. 21-54.

– (2005), “Health Care Networks in Rural Majorca, 18th to 20th centuries”, en BARONA J. L. and CHERRY, S. (eds.), *Health Care Systems in Rural Europe*, Norwich/València.

– (2006), “La Real Sociedad de Amigos del País del Reino de Mallorca y la Sanidad”, en REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE LES ILLES BALEARS, *Il·lustración y Medicina, Palma, Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears*, pp. 41-71.

- (2012), “La creación de una identidad. Escuela de Anatomía y Cirugía (1790-1827), Academia Quirúrgica Mallorquina (1847-1868)”, en REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE LES ILLES BALEARS, *Escuela de Anatomía y Cirugía de Mallorca, Palma, Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears*, pp. 205-222.

MOLL BLANES, I. y CANALETA SAFONT, E. (2006), “Reflections on health and disease as social constructions: theoretical approaches, and a historical case study”, comunicación presentada en *Well-being as a socially gendered process: The development of concepts in different disciplines, and the use of historical indicators*, University of Modena, 26th -28th June 2006.

MOLL BLANES, I.; SALAS VIVES, P., (2005), “La gestión de la higiene y la salud en los municipios mallorquines, 1870-1924”, en BEASCOECHEA, J.M.; GONZÁLEZ PORTILLA, M.; NOVO, P., *La modernización urbana en España y México: la ciudad contemporánea, espacio y sociedad*, Bilbao.

MOLL, I.; VIDAL, J.M. (2011), “Les institucions i la formació dels professionals a les Illes Balears”, en *Història de la ciència a les Illes Balears. El segle XIX*, vol. IV, Govern de les Illes Balears, Conselleria d’Innovació, Interior i Justícia.

MOLL, I.; SUAU, J. (1979), “Senyors i pagesos a Mallorca (1718-1860/1870)”, *Estudis d’Història Agrària*, 2, pp. 95-170.

MONTERO GARCÍA, F. (1988), *Los seguros sociales en la España del siglo XX: orígenes y antecedentes de la previsión social*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

MONTIEL, L. (2005), “Biografías médicas. Una reflexión desde la ambigüedad”, *Asclepio*, LVII (1), PP. 43-53.

MONTIEL, L. y PORRAS, I. (Coord.) (1997), *De la Responsabilidad Individual a la Cul-pabilización de la Víctima. El papel del paciente en la prevención de la enfermedad*, Madrid, Doce Calles.

- MURPHY, R. (1984), "The structure of closure: a critique and development of the theories of Weber, Collins and Parkin", *British Journal of Sociology*, 35(3), pp. 547-67.
- MURPHY, T.D. (1979), "The French Medical Profession's Perceptions of its Social Function between 1776 and 1830", *Medical History*, 23, pp. 259-278.
- NENADIC, S. (2010), "Writing Medical Lives, Creating Posthumous Reputations: Dr. Matthew Baillie and his Family in the Nineteenth Century", *Social History of Medicine*, 23(3), pp. 509-527.
- NEUWIRTH, G. (1969), "A Weberian Outline of a Theory of Community: Its Application to a "Dark Ghetto", *British Journal of Sociology*, 20 (2).
- NOIRIEL, G. (2011), *Introducción a la sociohistoria*, Madrid, Siglo XXI.
- NULTON, V. (2009), "The discourses of European Practitioners in the Tradition of the Hippocratic Text", en BAKER, R.B y MacCULLOUGH, L.B (Eds.), *The Cambridge World History of Medical Ethics*, Cambridge, CUP.
- NYE, R.A. (1997), "Medicine and Science as Masculine "Fields of Honor", *Osiris*, 12, pp. 60-79.
- (2006), "Médecins, éthique médicale et Etat en France 1789-1947", *Le Mouvement Social*, 214, pp. 19-36.
- OBRADOR i ADROVER, A. (1999), *La medicina i el llenguatge popular a Mallorca. El cançoner*, Palma de Mallorca, Reial Acadèmia de Medicina i Cirurgia de Palma de Mallorca.
- OLÍAS DE LIMA GETE, B. (1977), *La libertad de asociación en España (1868-1974)*, Madrid, Instituto de Estudios Administrativos.
- OLIVER CAPÓ, G. (1996), *La "Revista Balear de Ciencias Médicas" (1885-1912): un análisis histórico*, Tesis doctoral, Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza.

ORTIZ GÓMEZ, T.; VALENZUELA, J.; RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1991), “Ética y profesión en la medicina española del siglo XIX: los *Elementos de Moral Médica* (1831) de Félix Janer (1781-1865), en BUJOSA, F. et al., *Actas del Noveno Congreso Nacional de Historia de la Medicina*. Zaragoza, septiembre de 1989, Zaragoza, Universidad de Zaragoza y Ayuntamiento, vol.I, pp. 291-302.

PARDO TOMÁS, J.; MARTÍNEZ VIDAL, À. (2002), “Las consultas y juntas de médicos como escenarios de controversia científica y práctica médica en la época de los novatores (1687-1725)”, *Dynamis*, 22, pp. 303-325.

PARKIN, F. (1984), *Marxismo y Teoría de Clases. Una crítica burguesa*, Madrid, Espasa-Calpe.

PARSONS, T. (1976), “Profesiones liberales”, en *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*, v.8, Madrid, Aguilar, pp. 538-547.

– (1982), *El sistema social*, Madrid, Alianza.

PELAYO OLMEDO, J.D. (2007), “El derecho de asociación en la historia constitucional española, con particular referencia a las leyes de 1887 y 1964”, *Historia Constitucional*, 8, pp. 96-122.

PERDIGUERO, E. (1997), “Healing alternatives in Alicante, Spain, in the late nineteenth and twentieth centuries”, en GIJSWIJT-HOFSTRA, M.; MARALAND, H.; DE WAART, H. (Eds.), *Illness and Healing Alternatives in Western Europe*, London and New York, Routledge, pp. 205-223.

PÉREZ CASTROVIEJO, P.M. (2010), “La asistencia sanitaria de los trabajadores. Beneficencia, mutualismo y previsión en Vizcaya, 1876-1936”, *Revista de la Historia de la Economía y de la Empresa*, IV, pp. 127-152.

PÉREZ DE PETINTO Y BERTOMEU, M. (1999), “Comienzo y actualidad de la trayectoria corporativa médico-forense”, *Revista Española de Medicina Legal*, 23 (86-87), pp. 5-43.

- PERKIN, H. (1989), *The Rise of Professional Society*, London, Routledge.
- PESET, J.L. y GRACIA, D., (eds), *The ethics of diagnosis, Philosophy and Medicine*, Series vol. 40, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1992.
- PORTER, R. (1989), *Health for sale. Quackery in England, 1650-1850*, Manchester, Manchester U.P.
- PRAT, J. y MARTÍNEZ, A. (Eds.) (1996), *Ensayos de Antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*, Barcelona, Ariel.
- PRATS GARCÍA, E.; PUJADES M'RA, J.M^a (2008), *Emric Fajarnés I Tur (1858-1934), entre la Demografia I la Història*, Palma, Conselleria d'Economia, Hisenda i Innovació.
- PREST, W.R. (1984), "Why the History of the Professions is not Written", en RUBIN, G.R. y SUGARMAN, D., *Law, Economy and Society 1750-1914*, Abigdon, Oxon, Professional Books.
- PUIGVERT i SOLÀ, J.M. (2003), "Socialbilitat a la Catalunya contemporània. Economia, professions i cultura", *Actes del VI Congrés Internacional d'Història Local de Catalunya*, Barcelona, L'Avenç.
- PUJADAS MORA, J. M. (2005), *La gestió de les epidèmies a Mallorca al segle XIX*, Memòria d'Investigació, Universitat de les Illes Balears, Palma.
- (2009), *Evolució de la mortalitat infantil i juvenil a la ciutat de Palma (Mallorca, 1838 - 1960)*, Palma, Tesis doctoral, Universitat de les Illes Balears, Departament de Ciències Històriques i Teoria de les Arts.
 - (2012), "La cuantificación demográfica y epidemiológica en el higienismo balear, 1850 - 1923", *Dynamis* 32(1), pp. 165 - 184.
 - (2012a), "Reforma sanitaria y movimiento puericultor en la lucha contra la mortalidad infantil en la ciudad de Palma de Mallorca (siglos XIX y XX)", *Asclepio* LXIV, 1, pp. 97 - 120.

PUJADES-MÓRA, J.M. y CANALETA-SAFONT, E. (2010), “La actuación de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca ante el peligro epidémico (Mallorca, siglo XIX)”, en PERDIGUERO GIL, E.; VIDAL HERNÁNDEZ, J.M. (eds.), *La ciudadela de los fantasmas. Lazaretos y protección sanitaria en el mundo moderno*, Menorca, Institut d’Estudis Menorquins.

RAMSEY, M. (1988), *Professional and popular medicine in France, 1770-1830. The social world of medical practice*, Cambridge, Cambridge University Press.

READER, W.J. (1966), *Professional Men*, London, Weidenfeld and Nicholson.

REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE LES ILLES BALEARS (2006), *Il·lustració y Medicina*, Palma, Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears.

– (2012), *Escuela de Anatomía y Cirugía de Mallorca*, Palma, Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears.

REICH, T.W. (Ed.), (1995), *Encyclopedia of Bioethics* (2ª edición), New York, MacMillan.

REIS, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (1992), Monográfico dedicado a la sociología de las profesiones y las organizaciones, nº 59.

REQUEJO NAVEROS, M^a T. (2007), “El secreto profesional del médico y su protección jurídico-penal: una perspectiva histórica”, *Foro*, 6, pp. 159-194.

ROCA ROSELL, A. (2003), “Sociedades y academias científicas: ¿estrategias sociales o elitismo?”, *Quark, Ciencia, medicina, comunicación y cultura*, 28-29, <http://quark.prbb.org/28-29/028085.htm>.

RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (2000), “Social History of Medicine in Spain. Points of Departure and Directions for Research”, *Social History of Medicine*, 13 (3), pp. 495-513.

– (2008), *Salud pública en España: Ciencia, profesión y política, siglos XVIII-XX*, Granada, Universidad de Granada.

- RODRÍGUEZ OCAÑA et al (1985), “La polémica en torno a la Ley de Libertad de Enseñanza vista a través del periodismo médico (1861-1874)”, *Dynamis*, v.5-6, pp. 245-258.
- RODRÍGUEZ TEJERINA, J.M. (1981), “La Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca a los ciento cincuenta años de su fundación (1831-1981)”, *II Congreso Nacional de Reales Academias de Medicina y Cirugía*, Palma de Mallorca.
- (1986), *Historia de la Medicina en Mallorca, El siglo XIX*, Palma, Caja de Ahorros de Baleares “Sa Nostra”.
- RODRÍGUEZ, J.A. (1981), “El poder médico, desde la sociología”, *REIS*, 14, pp. 95-112.
- (1987), “Estructura de la profesión médica española”, *REIS*, 39, pp. 141-166.
- RODRÍGUEZ J.A.; GUILLÉN, M. (1992), “Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea”, *REIS*, 59, 9-18
- ROSEN, G. (1985), *De la Policía Médica a la Medicina Social. Ensayos sobre la Historia de la Salud*, México, Siglo XXI.
- ROSENBERG, Ch. E. (1971), “The Medical Profession, the Medical Practice and the History of Medicine”, en CLARKE, E., (Ed.) *Modern Methods in the History of Medicine*, London, Athlone Press.
- SALAS VIVES, P. (2002), “La política sanitaria en la primera mitad del siglo XIX (Mallorca 1800-1850)”, *Revista de Demografía Histórica*, XX, 11, pp. 53-97.
- (2010a), “La gestión de la salud pública en tiempo de epidemias: cordones y cuarentenas, ¿medidas obsoletas?”, en PERDIGUERO GIL, E. i VIDAL HERNÁNDEZ, J. M., *La ciudadela de los fantasmas. Lazaretos y protección sanitaria en el mundo moderno*, Maó, Institut Menorquí d’Estudis, pp. 65-76.

- (2010b), “La beneficència i l’assistència social a Mallorca en el marc de l’Estat liberal”, a PASCUAL, A., *De la beneficència a l’Estat del Benestar. Història dels serveis socials a Mallorca (s. XVI-XX)*, Palma de Mallorca, Consell de Mallorca, pp. 51-129.
 - (2010c): “Libertad y/o derecho a la vida. El resguardo sanitario durante el primer liberalismo (Mallorca, siglo XIX)”, *Historia Social*, 68, pp. 69-85.
- SALORT I VIVES, S. (2008), *Vivir y morir en Alicante. Higienistas e inversiones públicas en salud (1859-1923)*, Alicante, Publicaciones de la Universidad de Alicante.
- SÁNCHEZ, D. (1999), “Androcentrismo en la ciencia. Una perspectiva desde el análisis crítico del discurso”, en BARRAL, M.J. et al. (eds.), *Interacciones, ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres*, Barcelona, Icaria-Antrazyt, pp. 161-184.
- (2005), *El discurso médico de finales del siglo XIX en España y la construcción del género: análisis de la construcción discursiva de la categoría la-mujer*, Tesis doctoral, Granada, Universidad de Granada.
- SÁNCHEZ MARTÍNEZ, M. y SÁEZ CARRERAS, J. (2003), “¿Sociología de las profesiones? Entre la carencia y la necesidad de consolidación”, en SÁNCHEZ MARTÍNEZ, M.; SÁEZ CARRERAS, J.; SVENSSON, L., *Sociología de las profesiones. Pasado, presente y futuro*, Murcia, DM.
- SÁNCHEZ MARTÍNEZ, M.; SÁEZ CARRERAS, J.; SVENSSON, L. (2003), *Sociología de las profesiones. Pasado, presente y futuro*, Murcia, DM.
- SÁNCHEZ RON, J.M. (Ed.) (1988), *Ciencia y sociedad en España: de la Ilustración a la Guerra Civil*, Madrid, Ediciones el Arquero/CSIC.
- SANTANA MORRO, M. (2002), *El forjament de la solidaritat. Mutualitats, cooperatives, societats obreres i recreatives a Mallorca (1868-1936)*, Palma, Edicions Cort.
- SEGALEN, M. (2005), *Ritos y rituales contemporáneos*, Madrid, Alianza Editorial.

- SELIGMAN A.B. (1998), "Trust and Sociability: On the Limits of Confidence and Role of Expectations", *American Journal of Economics and Sociology*, 57 (4), pp. 391-404.
- SENNET, R. (2000), *La corrosión del carácter: las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*, Barcelona, Anagrama.
- (2009), *El artesano*, Barcelona, Anagrama.
 - (2000), *La corrosión del carácter: las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*, Barcelona, Anagrama.
 - (2011), *El declive del hombre público*, Barcelona, Anagrama.
- SERRA BUSQUET, S. i COMPANY, A. (Coords.) (2002), *El moviment associatiu a les Illes Balears des del final del segle XIX fins a l'actualitat. XIX, Trobades d'Estudis Locals*, Palma, IEB.
- SHYROCK, R.H. (1967), *Medical Licensing in America, 1650-1965*, Baltimore, John Hopkins Press.
- SIEGRIST, H. (1990), "Professionalization as a process: patterns, progressions and discontinuity", en BURRAGE, M. y TORSTENDAHL, R. (eds.), *Professions in Theory and History. Rethinking the Study of the Professions*, London, Sage, pp. 177-202.
- SIGERIST, H. (1951), *A History of Medicine*, New York, Oxford University Press.
- SPENCER, H. (1992), "Origen de las profesiones", *REIS*, 59, pp. 315-325.
- STARR, P. (1982), *The social transformation of American Medicine*, New York, Basic Books.
- SUREDA i BLANES, J. (1960), *Las Academias Médicas en Mallorca (1788-1831)*, Palma de Mallorca, Imprenta Mossen Alcover.
- SUREDA TRUJILLO, J.M^a. (1978), *Historia de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca*, Tesis doctoral, Universitat de Barcelona, Facultat de Medicina.

SVENSSON, L.G. (2006), "New Professionalism, Trust and Competence. Some Conceptual Remarks and Empirical Data", *Current Sociology*, 54(4), pp. 579-593.

SWAAN, A. De (1992), *A cargo del Estado*, Barcelona, Pomares-Corredor SA.

TAWNEY, R.H. (1921), *The Acquisitive Society*, New York, Harcourt Bruce.

TEJEDOR MUÑOZ, J.M.; MORO AGUADO, J.; RIERA PALMERO, J. (1998), *El ejercicio médico en España. La demanda profesional en el ámbito rural decimonónico (1854-1863)*, Acta Histórico-Médica Vallisoletana, II, Valladolid, Universidad de Valladolid.

TERRADES SABORIT, I. (2004), "La contradicción entre identidad vivida e identificación jurídico-política", *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 20, pp. 63-79.

THOMPSON, E.P. (1989), "Folklore, antropología, e historia social", *Historia Social*, 3, pp. 81-102.

TOMÁS MONSERRAT, J. (1976), *Medicina y médicos: Mallorca, siglo XIX*, Palma, [s.n.).

- (1981), "La Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca y la ciencia médica del siglo XIX: notas para el estudio de su contribución", en *II Congreso Nacional de Reales Academias de Medicina y Cirugía*, Palma de Mallorca, 1981 - p. 53-56.
- (1985), *El Colegio de médicos de Baleares 1882-1982*, Palma, Colegio Oficial de Médicos de las Baleares.
- (1990), *Innovaciones y progresos médicos en Mallorca: 1898-1989*, Palma, [s.n.).
- (1999), *La organización médica en la Baleares. Los Presidentes (1882-1999)*, Palma, Col·legi Oficial de Metges de les Illes Balears.

- (2006), “La Real Academia de Medicina y Cirugía: unificación de la ciencia de curar”, en REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE LES ILLES BALEARS, *Ilustración y Medicina*, Palma, Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears.
- TORSTENDAHL, R. y BURRAGE, M. (eds.) (1990), *The Formation of the Professions: Knowledge, State and Strategy*, London, Sage.
- TOSH, J. (1994), “What Should Historians do with Masculinity? Refelctions on Nineteenth-century Britain”, *History Workshop Journal*, 38, pp. 179-202.
- (2005), “Masculinities in an Industrializing Society: Britain, 1800-1914”, *Journal of British Studies*, 44, pp. 330-342.
- VALENZUELA CANDELARIO, J. (1994), “El espejismo del ejercicio libre. La ordenación de la asistencia médica en la España decimonónica”, *Dynamis*, 114, pp. 269-304.
- VAN LEEUWEN, M.H.D.; MAAS, I.; MILES, A. (2002), *HISCO. Historical International Standard Classification of Occupations*; Leuven University Press.
- (2004) “Creating a Historical International Standard Classification of Occupations: An Exercise in Multinational, Interdisciplinary Cooperation”, *Historical Methods*, 37, pp. 186-197.
- VILAR RODRÍGUEZ, M. (2010), “La cobertura social al margen del Estado: asociacionismo obrero y socorros mutuos en Galicia (c. 1839-1935)”, *Revista de la Historia de la Economía y de la Empresa*, IV, pp. 179-206.
- VILLACORTA BAÑOS, F. (1989), *Profesionales y burócratas: Estado y poder corporativo en la España del siglo XX (1890-1923)*, Madrid, Siglo XXI.
- VIÑES, J.J. (2006), *La Sanidad española en el siglo XIX a través de la Junta Provincial de Sanidad de Navarra*, Gobierno de Navarra, Departamento de Salud.

WAART, H. (Eds.) (1997), *Illness and Healing Alternatives in Western Europe*, London and New York, Routledge.

WEBER, M. (1979), *Economía y sociedad*, México, Fondo de Cultura Económica.

(2001), *La ética protestante y el "espíritu" del capitalismo*, Madrid, Alianza Editorial.

WEISZ, G. (1978), "The Politics of Medical Professionalization in France 1863-1914", *Journal of Social History*, 12 (1), pp. 3-30.

– (1995), *The Medical Mandarins. The French Academy of Medicine in the Nineteenth and Early Twentieth Centuries*, New York, Oxford, Oxford University Press.

WILENSKY, H.L. (1964), "The Professionalization of Everyone", *American Journal of Sociology*, 70, pp. 137-158.

WITZ, A. (1990), "Patriarchy and Professions: the gendered politics of occupational closure", *Sociology*, 24(4), pp. 675-690.

– (1992), *Professions and Patriarchy*, London, Routledge.

ZARZOSO, A. (2001), "El pluralismo médico a través de la correspondencia privada en la Cataluña del siglo XVIII", *Dynamis*, 21, pp. 409-433.

ZOLA, K. (1981), "El culto a la salud y la medicina inhabilitante", en ILLICH, I.; ZOLA, I.K.; KNIGHT, J. Mc.; CAPLAN, J.; SHAIKEN, H., *Profesiones inhabilitantes*, Madrid, Blume Ediciones.

ZUBIRI VIDAL, F. (1966), *El secreto médico a través de los tiempos*, Zaragoza, Real Academia De Medicina y Cirugía de Zaragoza. Zaragoza.



**Universitat de les
Illes Balears**