

El «estanco terapéutico» de la hidroterapia y los límites de la autoridad en el Cuerpo de médicos-directores de baños, 1866-1869

Violeta Ruiz (*)

(*) orcid.org/0000-0002-6470-8193. University of Pardubice. violeta.ruizcuenca@gmail.com

Dynamis
[0211-9536] 2021; 41 (2): 415-442
<http://dx.doi.org/10.30827/dynamis.v41i2.24537>

Fecha de recepción: 13 de julio de 2021
Fecha de aceptación: 2 de septiembre de 2021

SUMARIO: 1.—Introducción. 2.—Profesionalización y autoridad de los médicos-directores de baños en la primera mitad del siglo XIX. 3.—Los reglamentos de las aguas minerales en el primer tercio del siglo XIX. 4.—«Estanco terapéutico»: Autoridad, monopolio y el papel del Estado. 5.—Conclusiones.

RESUMEN: Desde la creación del cuerpo de médicos-directores de baños a comienzos del siglo XIX, dicho colectivo profesional vivió numerosos conflictos internos y externos en los que se puso en cuestión su autoridad científica y moral como expertos en la gestión de la hidroterapia. Aunque los médicos-directores estaban dotados de un papel importante en la gestión de baños y aguas públicas a raíz de las regulaciones existentes, otros actores también pugnaron por ese poder. Este artículo analiza los conflictos que existieron entre médicos-directores de baños y los médicos libres, que defendían tener el mismo acceso al monopolio clínico que los primeros. Tomando como punto de partida un debate que tuvo lugar entre 1866 y 1868, el artículo analiza los diferentes mecanismos legales y discursivos que existían para generar y criticar la autoridad de cada grupo. En una época en la que se estaban determinando los límites de las profesiones científicas y las políticas liberales y de intervención del Estado, el caso de los médicos-directores de baños nos permite analizar los procesos de negociación y legitimación de estatus dentro de una ocupación aún no estabilizada como profesión.

PALABRAS CLAVE: médico-directores de baños, médicos libres, balnearios, hidroterapia, profesionalización, corrupción.

KEYWORDS: medical directors of baths, general physicians, spas, hydrotherapy, professionalization, corruption.

1. Introducción (*)

Entre 1866 y 1868, las páginas del *Siglo Médico* —una de las revistas médicas más importantes de España durante aquella época— atestiguaron un grave conflicto entre médicos-directores de baños y médicos libres. Los primeros eran aquellos que habían aprobado unas oposiciones que les colocaban como empleados públicos encargados de gestionar el funcionamiento clínico de los balnearios y las aguas minerales de España, que se usaban como agente curativo para el tratamiento de enfermedades. Los segundos, en cambio, no tenían un cargo facultativo público, ya fuera a nivel de Estado (como los médicos-directores de baños) o municipal (como los médicos rurales pagados por los ayuntamientos). En su lugar, vivían exclusivamente de los honorarios pagados por sus pacientes-clientes. El conflicto que se dio entre ambos grupos de profesionales radicaba sobre el monopolio terapéutico que tenían los médicos-directores de baños en estas instituciones, al que los médicos libres exigían acceso. A lo largo del siglo XIX, los poderes del Cuerpo de médico-directores de baños se regían por los Reglamentos que establecían y delimitaban sus funciones. Éstos les otorgaban un poder exclusivo en los balnearios y la gestión de las aguas minerales del país: eran los únicos que podían recetar las aguas, además de ser los únicos autorizados para publicar artículos y monográficos científicos sobre la composición química y las cualidades curativas de éstas. Su monopolio clínico y académico tenía, además, una dimensión económica, ya que cobraban una comisión por cada papeleta o receta que emitían a los pacientes. Los balnearios más populares del país podían llegar a tener cientos de pacientes, y, aunque los propietarios estaban bajo la obligación de proporcionar un tratamiento gratuito a los pobres y a los militares, estas instituciones eran el lugar de veraneo para las élites del país y se pudieron de moda entre la burguesía. De este modo, se convirtieron en lugares de importante lucro para aquellos que trabajaban en ellos¹. Así, el

(*) Esta investigación se ha realizado dentro del marco de proyecto CZ.02.2.69/0.0/0.0/18_053/00 16969, «International mobility of employees of the University of Pardubice II», financiado por la Universidad de Pardubice. Quiero agradecer a Darina Martykánová, Víctor M. Núñez-García, y los revisores anónimos de *Dynamis* sus comentarios y sugerencias a las versiones anteriores de este texto.

1. Sobre la historia de los balnearios como lugar de sociabilidad, ver Herbert, Amanda E. *Gender and the Spa: Space, sociability and self at British Health Spas, 1640-1714*. *Journal of Social History*. 2009; 43 (2): 361-383. Benger Alaluf, Yaara. *The emotional economy of holidaymaking: Health, pleasure, and class in Britain, 1870-1918*. Oxford: Oxford University Press; 2021. Vilar Rodríguez,

puesto directivo ofrecía una estabilidad y un beneficio económico a aquellos que formasen parte del Cuerpo, ya que podían compaginar este trabajo de temporada que podía llegar a ser altamente remunerado con su ejercicio regular como médicos el resto del año.

A pesar de este monopolio, los médicos-directores de baños seguían contando con el apoyo clínico de los médicos libres que vivían en las zonas cercanas a los balnearios y las aguas minerales. Al contrario que los médicos-directores, que solían trasladarse al balneario solamente durante la temporada de baños, los médicos libres vivían todo el año cerca de los mismos. Conocían bien el funcionamiento de las aguas y a los residentes de la zona, que también buscaban hacer uso de las aguas para remediar sus males. Muchos de los residentes locales eran, además, sus pacientes. Esto hacía de estos médicos unos agentes importantes en la gestión de los baños y la aplicación clínica de las aguas. Aunque los Reglamentos no les otorgaban ningún tipo de poder, los médicos libres criticaron el monopolio de los médicos-directores, y pedían los mismos derechos que éstos: poder estudiar y recetar las aguas y beneficiarse de su uso económicamente igual que ellos. Este debate —presente desde la constitución del Cuerpo en 1816— puso en jaque la autoridad de los médicos-directores de baños. Las acusaciones de corrupción por todas las partes, pero sobre todo entre los médicos-directores y los médicos libres, requirieron un cuidadoso proceso de negociación que buscaba proteger la credibilidad científica de la hidrología médica sin caer en acusaciones de corrupción, defendiendo un código moral y ético basado en los valores de caballerosidad que caracterizaban la práctica médica en el siglo XIX².

-
- Margarita. Balnearios, intereses políticos y desarrollo turístico en el noroeste de España: el caso de A Toxa y Mondariz (1874-1935). *Cuadernos de Historia Contemporánea*. 2011; 33: 163-185.
2. Martykánová, Darina; Núñez-García, Víctor M. Ciencia, patria y honor: Los médicos e ingenieros y la masculinidad romántica en España (1820-1860). *Studia Historica*. 2020; 38: 45-75. Martykánová, Darina; Núñez-García, Víctor M. Vaccines, Spas and yellow fever: expert physicians, professional honour and the state in the mid-nineteenth century. *Theatrum Historiae*. 2020; 27: 7-30. Peterson, Jeanne. *The medical profession in mid-Victorian London*. Berkeley: University of California Press; 1978. Ueyama, Takahiro. Capital, profession and medical technology: The Electro-Therapeutic Institute and the Royal College of Physicians, 1888-1922. *Medical History*. 1997; 41: 150-181. Borsay, Anne. «Persons of honour and reputation»: The voluntary hospital in an age of corruption. *Medical History*. 1991; 35: 281-294. Gelfand, Toby. Medical professionals and charlatans. *The Comité de Salubrité Enquête of 1790-91*. *Histoire Sociale/Social History*. 1978; 11 (21): 62-97.

La nueva historia de la corrupción nos muestra que el concepto de *corrupción* no nos permite señalar unas acciones concretas y objetivas, ya que identificar algo como corrupto implica una valoración subjetiva que puede variar según el contexto, los actores implicados, y el momento histórico en el que ocurre. Siguiendo este postulado, este nuevo campo de investigación se divide en dos ámbitos: en primer lugar, busca analizar cómo se constituye y cambia esta valoración subjetiva, a través de los debates y escándalos que surgieron, y las medidas que se tomaron contra la corrupción; y, en segundo lugar, propone estudiar las acciones que con frecuencia se designan como corruptas, sin dar por hecho su existencia objetiva. Este caso podrían ser distintas formas de patrocinio, clientelismo, soborno, favoritismo y fraude —cuestiones que, si bien no se podían articular de forma explícita desde 1800 en adelante, seguían existiendo como un fenómeno dinámico, sobre todo como una designación que hacía un individuo o un grupo para diferenciarse de otro³. Aplicando estas aproximaciones del campo de historia de la corrupción a la historia de la hidroterapia, podemos usar esta manera de abordar el concepto de corrupción para entender cómo los actores de la época definían las prácticas consideradas aceptables e inaceptables dentro del campo médico y entre los compañeros de una misma profesión. De esta manera, las acusaciones de corrupción entre médicos-directores de baños y médicos libres respondían más bien a las pugnas institucionales por reconfigurar la jerarquía en la gestión de las aguas minerales y las funciones de los diferentes expertos, que a la existencia real de la figura del sujeto corrupto que deliberadamente actuara como tal entre las filas de los distintos grupos profesionales.

En este artículo, analizaré los mecanismos retóricos que se utilizaron en la pugna por la autoridad clínica a la que se enfrentaron los médicos-directores y los médicos libres, tomando como caso de estudio el debate que tuvo lugar a raíz del conflicto público entre médicos-directores y médicos libres en 1866 en el *Siglo Médico*. El debate rozó los límites del discurso de la corrupción, ya que apuntaron a prácticas que se consideraban corruptas en la época, como la exageración para el beneficio personal de las propie-

3. Engels, Jens Ivo. «De lo antiguo a lo nuevo». La historia de la corrupción política en Europa. Estado de la cuestión y debates actuales de investigación. En: Pérez Francesch, Joan Lluís; Riquer i Permanyer, Borja de; Luján, Oriol; Toledano González, Lluís Ferran; Rubí, Gemma, eds. La corrupción política en la España contemporánea. Un enfoque interdisciplinar. Madrid: Marcial Pons Historia; 2018: 25-46.

dades terapéuticas de las aguas. Mi objetivo es comprender los mecanismos que ambos grupos utilizaron para desprestigiarse mutuamente y afirmar su autoridad, mostrando así el delicado proceso de negociación que ambos tuvieron que llevar a cabo para no dañar ni la hidroterapia ni su autoridad clínica en la disputa por los límites del monopolio sobre las aguas minerales. Además, la pugna enfrentó a dos grupos que estaban bien consolidados como médicos, lo cual nos permite entender los procesos de legitimación que ocurrían entre pares. En una época en la que los límites de la autoridad profesional aún estaban en proceso de definición, este artículo muestra que las bases reglamentarias e institucionales, así como los títulos que legitimaban el conocimiento experto, no eran suficientes para garantizar y proteger la autoridad de un grupo profesional; también dependían de que los recursos retóricos, las prácticas informales y las relaciones interpersonales.

2. Profesionalización y autoridad de los médicos-directores de baños en la primera mitad del siglo XIX

El uso terapéutico de aguas termales, caudales y piscinas naturales tiene una larga historia que comienza, por lo menos, con la medicina hipocrática-galena⁴. La hidrología médica, también conocida como la hidroterapia, se ha usado históricamente desde entonces hasta nuestros días para aliviar y curar una gran variedad de enfermedades, incluyendo las respiratorias, digestivas, de la piel, nerviosas, y sexuales. Según las propiedades de las aguas —su temperatura, su composición química y su forma (caudal, cascada, o piscina natural)— éstas podían utilizarse para tratar condiciones generales o síntomas concretos. De hecho, aunque la hidroterapia ya no forme parte del sistema de salud en Europa occidental, sigue siendo el caso en muchos países de Centro-Europa, como Alemania, Austria o la República Checa⁵. Ya sea bañándose en ellas o ingiriéndolas, médicos, pacientes y diferentes

4. Sobre el papel del agua en la medicina hipocrática, ver la obra de Laín Entralgo, Pedro. *La medicina hipocrática*. Madrid: Revista de Occidente; 1970.

5. Sobre la eliminación de la hidroterapia dentro del sistema de salud en Reino Unido y Francia, ver Porter, Roy (dir.) *Medical History Supplement. The medical history of waters and spas*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990. Weisz, George. *Spas, mineral waters, and hydrological science in twentieth-century France*. *Isis*. 2001; 92: 451-483.

sistemas terapéuticos han defendido a lo largo de la historia que las aguas tienen unas propiedades curativas y beneficiosas para la salud.

En España, los baños más antiguos (Alange, Ledesma, Molgas, Lugo, Caldas de Malavella, Écija y Alhama de Aragón) datan de la época romana. Si bien las primeras explicaciones sobre el funcionamiento terapéutico de las aguas sobre el cuerpo se centraron en la capacidad de reconducirlo hacia el equilibrio, el cambio hacia la ciencia experimental durante el siglo XVII y XVIII centró las explicaciones sobre cómo el agua afectaba al cuerpo humano en cuestiones como su composición química y física, así como los efectos beneficiosos que podía tener el clima de los balnearios sobre la salud. Sin embargo, fue en los siglos XVIII y XIX cuando el uso del agua en los tratamientos médicos cobró verdadera importancia, impulsada por el hipocratismo y el neohipocratismo⁶. El desarrollo de tecnologías como duchas y saunas a mediados del siglo XIX, así como la introducción de las terapéuticas empíricas de Vincenz Priessnitz (1799-1851) y Sebastian Kniepp (1821-1897), también amplió el abanico de formas en las que se podía aplicar la hidroterapia⁷. El auge de la industria balnearia española ocurrió principalmente en el siglo XIX, periodo que llegó a ser calificado como «la edad de oro» de los balnearios. La antigüedad de los primeros establecimientos románicos mencionados serviría como base para legitimar el conocimiento experto de la ciencia hidrológica, por un lado, y la relevancia de España a nivel internacional como un país que podía competir con otras naciones (como Francia) en la calidad y el servicio de las aguas minerales⁸. Tratados como los *Teoremas y problemas para examinar y saber usar cualesquiera aguas minerales* (1775), de Antonio Capdevila, o la *Historia Universal de las fuentes minerales de España* (1764-1765) de Pedro Bedoya y Paredes, son dos ejemplos de algunas de las obras más importantes que se publicaron en

-
6. Laín Entralgo, Pedro. *Historia de la medicina*. Barcelona/Madrid: Salvat; 1978. p. 535.
 7. Sobre la introducción de las terapéuticas de Priessnitz y Kniepp en España, ver Rodríguez-Sánchez, José Antonio. *La hidroterapia naturista y la oficialista: oposición y estrategias ante la introducción de la hidroterapia en España (siglos XIX-XX)*. *Medicina Naturista*. 2008; 2 (2): 52-57. Rodríguez-Sánchez, Juan Antonio. *Médicos hidrológicos ilustres: Vicente Ors y la introducción de la hidroterapia en España*. *Boletín de la Sociedad Española de Hidrología Médica*. 1992; 7 (3): 151-155.
 8. Rodríguez-Sánchez, José Antonio. *Historia y legitimación en los tratados hidrológicos españoles del siglo XIX*. En Peréx Agorreta, María Jesús (ed.). *Termalismo Antiguo*. Madrid: Casa de Velázquez; 1997: 49-57. Sobre la relación entre los balnearios y la identidad nacional, ver Walton, John K. *Health, sociability, politics, and culture. Spas in history, spas and history: an overview*. *Journal of Tourism History*. 2012; 4 (1): 1-14.

la época y que marcaron el comienzo de la ciencia de la hidrología médica basada en la experimentación. Sin embargo, a pesar de que la ciencia de la hidroterapia empezó a desarrollarse en la Ilustración, su profesionalización no comenzó hasta comienzos del siglo XIX, con la creación del puesto de médicos-directores de baños en 1816. Como ha mostrado José Antonio Rodríguez-Sánchez, este fue un proceso largo, complejo y precario que duró más allá del siglo XIX, principalmente porque ser médico-director de baños era una ocupación, y no una profesión; es decir, la hidrología médica era una especialización dentro de la medicina general, y no una profesión en sí misma⁹. Por lo tanto, su evolución debe entenderse dentro del proceso de profesionalización de la medicina.

En España, la profesionalización de la medicina entre los siglos XVIII y XIX estuvo caracterizada por cinco procesos. En primer lugar, la medicina fue institucionalizada a través de la creación de hospitales y puestos públicos para médicos expertos, cuyas funciones eran reguladas por normativas y reales decretos. Esto ocurrió dentro del marco del discurso sobre la salud pública, que contaba con el apoyo de las autoridades públicas y los filántropos individuales. En segundo lugar, los médicos en este periodo realizaron un esfuerzo por establecer un monopolio clínico y por ser reconocidos como la autoridad suprema en el arte de la curación, a través de instituciones, títulos y estudios. Esto estaba directamente vinculado al tercer proceso de institucionalización, el de limitar el acceso a la formación y la práctica médica a sólo unos pocos. De esta manera, dejaban al margen a curanderos y mercaderes que actuaban de manera independiente, tachándoles de charlatanes, y subordinaban prácticas médicas que habían sido tradicionalmente asociadas a las mujeres, como las matronas, a la autoridad y la supervisión de los médicos. En cuarto lugar, buscaron consolidar la autoridad profesional a través de la autorregulación y la imagen pública de su gremio, un proceso que se consolidó a través de las universidades y de la creación de sociedades médicas, reales colegios y academias de medicina, y prensa especializada. Finalmente desarrollaron normas formales e informales relacionadas con la apariencia y el comportamiento de los médicos, incluyendo el desarrollo de la deontología médica. Todos estos factores confluyen para demostrar la virtud cívica de este colectivo y generar la autoridad de estas figuras profesionales

9. Rodríguez-Sánchez, Juan Antonio. Agua que aún mueve molino: aproximación a la historia balnearia. *Anales de Hidrología Médica*. 2007, 2: 9-26. Rodríguez-Sánchez, Juan Antonio. Institucionalización de la hidrología médica en España. 2006; 1: 25-40.

que se presentaban como las más cualificadas para ocupar ciertos cargos considerados como *facultativos*, es decir, que requerían un conocimiento y unas habilidades específicas (*expertise*)¹⁰.

Sin embargo, la consolidación de este proceso fue algo complejo. Aunque la profesión contaba con el apoyo institucional de las Reales Academias de Medicina desde el siglo XVIII, el campo en este periodo estuvo caracterizado por el *nihilismo terapéutico*, es decir, la falta de confianza en la eficacia de los tratamientos y la capacidad de un médico de curar a sus pacientes¹¹. El proceso de especialización a lo largo de estos siglos fue muy lento, y lenta y accidentada fue también la consolidación de la obstetricia y de otras especializaciones. El número relativamente alto de médicos titulados y la escasez de puestos públicos bien remunerados contribuyó a que no existiera un espíritu de cuerpo tan fuerte como el que caracterizaba en España (y en Francia) a algunos grupos profesionales como los ingenieros, haciendo de su autoridad algo mucho más precario y fácil de cuestionar. Además, tal y como señala José Valenzuela Candelario, el desarrollo de la asistencia médica en España postuló que tanto la beneficencia (es decir, el servicio gratuito) como el ejercicio libre formasen parte de la organización de la medicina en el siglo XIX. Aunque esto permitía una ruptura con el Antiguo Régimen, ponía en jaque la autonomía económica de los médicos

-
10. El proceso de profesionalización de la medicina en España que describo aquí ha sido explicada por Núñez-García, Víctor M. A Physician and a gentleman: Individual dimension of the collective pursuit of social standing. En: Sánchez, Raquel; Martínez-Vilches, David (dirs.). *Respectable professionals: The origins of the liberal professions in Nineteenth-Century Spain*. Oxford: Peter Lang; en prensa. Sobre las asociaciones médicas y las titulaciones médicas, ver Albarracín Teulón, Agustín. *Las asociaciones médicas en España durante el siglo XIX*. Cuadernos de historia de la medicina española. 1971; 10: 119-186. Albarracín Teulón, Agustín. *La titulación médica en España durante el siglo XIX*. Cuadernos de historia de la medicina española. 1973; 12: 15-80. Sobre los procesos de profesionalización descritos en el campo de la sociología, ver Parry, Noel; Parry, José. *The rise of the medical profession: A study of collective social mobility*. London: Routledge; 1976. Bourdieu, Pierre. *The state nobility: Elite schools in the field of power*. Cambridge: Polity Press; 1996. Malatesta, Maria. *Professionisti e gentiluomini: Storia delle professioni nell'Europa contemporanea*. Turin: Biblioteca Einaudi; 2006.
 11. Ackerknecht, Erwin H. *Medicine at the Paris Hospital, 1794-1848*. Baltimore: John Hopkins University Press; 1967. Granjel, Luis S. *Historia de la Real Academia Nacional de Medicina*. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina; 2006. López Tàrraga, Pedro J.; Solera Albero, Juan; Arjona Laborda, Enrique. *De las Reales Academias de Medicina del siglo XVIII a la Academia de Medicina de Castilla la Mancha del siglo XXI*. *Journal of Negative and No Positive Results*. 2020; 5 (2)

libres que competían en el mercado¹². Por lo tanto, a lo largo de los siglos XVIII y XIX, tuvieron que adoptar una gran variedad de recursos extra-institucionales para consolidar su autoridad y proteger sus intereses de grupo¹³. A nivel práctico, los médicos se regían por unos códigos éticos de honor que permitían el reconocimiento entre pares, permitiendo la consolidación de una identidad grupal y un espíritu de cuerpo que facilitaba la creación de esa autoridad experta, a la vez que dictaban qué tipos de comportamientos eran considerados apropiados para un grupo profesional y cuáles no. Por ejemplo, la publicidad o la búsqueda de beneficios económicos eran consideradas reprobables e indignos de un caballero, como han demostrado Takahiro Ueyama en el Reino Unido y Darina Martykánová y Víctor M. Núñez-García para el caso español¹⁴. De la misma manera, la independencia salarial era una manera de garantizar su imparcialidad de cara a sus pacientes, sirviendo así como una garantía de que los tratamientos que recomendaba no estaban motivados por interés económico personal sino por el amor a la ciencia. A la vez, permitía que compitiesen con libertad en el mercado, sin tener que estar sujetos a sistemas de patronazgo¹⁵. Dentro de este proceso, la identificación de prácticas indeseables y su calificación como charlatanería permitía aumentar la autoridad y la credibilidad de la profesión médica. Para ello, la prensa médica y las academias jugaron un papel importante como espacios en los que fraguar una identidad de grupo, negociar demandas y regular disputas profesionales. Además, para demostrar su virtud cívica, los médicos utilizaron recursos discursivos como la apelación al amor por la humanidad, representándose como sacerdotes que se sacrificaban por el bien común, sobre todo en el caso de aquellos que se enfrentaban a las epidemias o tenían que viajar largas distancias para tratar a sus pacientes¹⁶.

12. Valenzuela Candelario, José. El espejismo del ejercicio libre. La ordenación de la asistencia médica en la España decimonónica. *Dynamis*. 1994; 14: 269-304.

13. Borsay, n. 2.

14. Martykánová, Núñez-García, n. 2; Ueyama, n. 2.

15. Martykánová, Darina. Los pueblos viriles y el yugo del caballero español. La virilidad como problema nacional en el regeneracionismo español (1890s-1910s). *Cuadernos de Historia Contemporánea*. 2017. 39: 19-37. Martykánová, Darina. Remove los obstáculos. Los ingenieros de caminos españoles y sus visiones del Estado durante la segunda mitad del siglo XIX. *Historia y Política*. 2016; 36: 49-73.

16. Martykánová, n. 15. Martykánová; Núñez-García, n. 2. Núñez-García, Víctor M.; Martykánová, D. Charlatanes versus médicos honorables. El discurso profesional sobre la virtud y la buena praxis (1820-1860). *Dynamis*. 2021; 42. Este volumen. Vandendriessche, Joris. *Medical societies and scientific culture in nineteenth-century Belgium*. Manchester: Manchester University Press;

Si la profesionalización de la medicina se enfrentó a un proceso lento y accidentado, teniendo que movilizar recursos formales e informales, institucionales y privados, prácticos y retóricos, para fomentar la cohesión y la acción común y para definir los parámetros de competencia de cada grupo profesional, así como su autoridad, el de los médicos-directores de baños fue más complejo aún. Aunque el puesto de médico-director de baños fue creado tempranamente, en 1816, el cuerpo no se unificó hasta la creación de la Sociedad Española de Hidrología Médica en 1877. La primera revista de presa especializada, los *Anales de la Sociedad Española de Hidrología Médica*, no aparecieron hasta ese mismo año. Además, mientras que la hidrología médica era estudiada como un remedio más dentro de la asignatura de Materia Médica, no fue hasta 1866 que su nombre llegó a figurar en el título de una de las asignaturas del grado de medicina (“Ampliación de la Terapéutica y la Farmacología. Hidrología Médica”), y la primera cátedra de hidrología médica no se creó hasta 1913¹⁷. Durante todo el siglo XIX, los conocimientos que se podían adquirir eran demasiado escasos como para aprobar las oposiciones y poder aplicar la terapia de manera eficaz. Esto requería que los candidatos al puesto de médico-director facultativo ejercieran una importante labor autodidacta a la hora de preparar las oposiciones, y para cumplir eficazmente con su cargo. De esta manera, las bases de su autoridad sólo se podían apoyar en sus oposiciones y los reglamentos para poder estatales que les otorgaban poder, en vez de en la fuerza de identidad profesional que gozaban los médicos libres. Finalmente, historiadores como Juan Antonio Rodríguez-Sánchez, Jerónimo Bouza Vila, Margarita Vilar Rodríguez o Francisco Maraver Eyzaguirre han señalado que la tensión entre el agua como bien público y el balneario como institución privada y de lucro, hizo que la gestión de los balnearios estuviera caracterizada por un constante enfrentamiento entre las diferentes partes involucradas en ella: los propietarios, los médicos-directores, y los médicos libres¹⁸. Los intentos de

2018. Llovet, Juan José. Problemática e ideologías de la responsabilidad médica en España (1850-1949). *Asclepio*. 1992; 44 (1): 71-94

17. Rodríguez-Sánchez, Juan Antonio. Cómo se crea una Cátedra: Hipólito Rodríguez Pinilla y la Hidrología Médica española. *Boletín SEHM*. 2012; 27 (1): 8-13. Rodríguez-Sánchez, Juan Antonio. Hipólito Rodríguez Pinilla (1860-1936) y las estrategias institucionalizadoras de la Hidrología Médica en España. *Balnea*. 2012; 7: 13-147.
18. Rodríguez-Sánchez, Juan Antonio. ¿Un enemigo del pueblo? Medicina, industria y turismo en España (siglos XIX-XX). *Agua y Territorio*. 2015, 6: 34-43; Rodríguez-Sánchez, Juan Antonio. El poder del agua: segundo centenario de la creación del Cuerpo de médicos directores de baños.

armonizar los diferentes intereses resultaron en un complicado entramado de reglamentos que, lejos de facilitar la gestión de los balnearios y la profesionalización del cuerpo de médicos-directores, difuminó los límites de la autoridad de cada grupo.

Para poder entender cómo se establecía esta autoridad, cabe destacar la definición que ofrece Hannah Arendt sobre ella. Según la filósofa, la autoridad está basada en el respeto por la persona o la institución que es portadora de esa autoridad. Este respeto nace de un reconocimiento de sus habilidades, carácter y juicio. Por lo tanto, la autoridad tiene un elemento de deferencia por parte de que la otorga, ya que el otorgar respeto tiene un componente consensual: se puede entregar, cuestionar, o retener. La autoridad se limita a aconsejar, iniciar, proponer u ofrecer una guía, más que a ordenar o mandar. La autoridad también conlleva una responsabilidad sobre aquellos temas que son de su competencia, es decir, por el mundo que comparten tanto las partes que tienen la autoridad, como aquellos que se la otorgan. En el ámbito político e institucional, la autoridad ofrece una fuente de estabilidad porque su carácter duradero y permanente¹⁹. Si bien las reflexiones de Arendt se centran en el ámbito de lo político, su definición de la autoridad y sus mecanismos de funcionamiento nos permiten poner el foco en las maneras en las que diferentes profesiones pugnaron por delimitar su ámbito de conocimiento experto, y por qué fallaron. Además, como indica Philippe Bourmaud en el caso de la medicina en el siglo XIX, el proceso de obtener autoridad no dependía únicamente de la demostración objetiva de los experimentos, sino también del tono asertivo con el que hablaban los diferentes expertos y del

Boletín SEHM. 2016, 31 (1): 69-70. Bouza Vila, Jerónimo. Los médicos de baños y la gestión balnearia. El caso de Caldes de Montbui (Barcelona). En: Puigvert, Joaquim M.; Figueras, Narcís, dirs. *Balnearios, veraneo, literatura. Agua y salud en la España contemporánea*. Madrid: Marcial Pons, 2018; 199-220. Vilar Rodríguez, Margarita. *Balnearios, intereses políticos y desarrollo turístico en el noroeste de España: el caso de A Toxa y Mondariz (1874-1935)*. Cuadernos de Historia Contemporánea. 2011; 33: 163-185. Maraver Eyzaguirre, Francisco. *L'hydrologie médicale dans l'Espagne de «La Restauración»: 1874-1902*. La Presse Thermale et Climatique. 2007; 144: 151-163. Los debates sobre los límites de la autoridad experta en relación con las aguas llegaron incluso más allá de los grupos involucrados directamente en su organización, enfrentando también a médicos-directores con otros grupos de científicos, como los químicos. Ver Suay-Matallana, Ignacio. *Expertos, química y medicina: Antonio Casares (1812-1888), José Salgado (1811-1890) y la controversia en torno al análisis de las aguas del balneario de Carratraca*. Dynamis. 2016; 36 (2): 419-41.

19. Arendt, Hannah. *What is authority?* En: Arendt, Hannah. *Between past and future*. New York: The Viking Press; 1961: 91-142.

respeto del que gozaban en términos morales e intelectuales²⁰. Por lo tanto, la autoridad de los médicos-directores de baños dependía tanto de los reglamentos como de que los demás actores —los médicos libres, los propietarios, y los propios pacientes— les reconociesen esa autoridad.

3. Los reglamentos de las aguas minerales en el primer tercio del siglo XIX

A pesar de que los médicos-directores de baños tuvieron que movilizar una gran variedad de recursos para mantener su autoridad, durante la primera mitad del siglo XIX, disfrutaron de un monopolio de las aguas minerales. Desde que se creó el puesto del médico-director de baños en 1816, los médicos-directores estuvieron regidos por unos reglamentos que se fueron modificando a lo largo de los siglos XIX y XX. El Real Decreto en el que se crearon por primera vez los puestos de médico director de baños, aprobado el 29 de junio de 1816, resolvió que cada baño debería de tener «un profesor de suficientes conocimientos de las virtudes de sus aguas, y de la parte médica necesaria para saber determinar su aplicación y uso»²¹. A estos puestos se accedía por unas oposiciones en las que los llamados «censores» determinaban el nivel de conocimiento sobre la composición química de las aguas y su aplicación clínica que tenían los aspirantes. Los médicos-directores tenían un sueldo de 8.000 reales, y estaban bajo la obligación de trasladar su residencia a los lugares donde estuviesen las aguas minerales durante la temporada de baños para poder ejercer ahí su labor.

Desde la publicación de este primer real decreto, los médicos-directores disfrutaron de una autoridad importante sobre el uso terapéutico de las aguas, ya que estipulaba que ningún bañista podía hacer uso de las aguas sin el consentimiento de éstos, estando obligado a seguir sus indicaciones. Al año siguiente —el 28 de mayo de 1817—, se promulgó el primer reglamento para los médicos-directores de baños, en el que se consolidaba su autoridad en la gestión clínica y la extendía a la gestión de las instituciones de los establecimientos de las aguas minerales. Sus deberes y funciones incluían el

20. Bourmaud, Philippe. Experts at Large: Physicians, Public debate and the press in Late Ottoman Palestine. *Oriental Archive*. 2012; 80: 295-305.

21. Martín de Balmaseda, Fermín. *Decretos del Rey Don Fernando VII. Año tercero de su restitución al trono de las Españas*, vol. III. Madrid: Imprenta Real; 1819, p. 248.

traslado a la zona de las aguas minerales durante la temporada de baños, la asistencia en condiciones de igualdad a ricos que iban por razones de ocio y a enfermos independientemente de sus recursos, la obligación de comunicar a la Junta Superior gubernativa de Medicina de todos «vicios que hubiese en los establecimientos respectivos que merezcan y necesiten corregirse»²², y la producción de una memoria tras cada temporada que debía ser enviada en diciembre de cada año a la autoridad administrativa encargada de la gestión de la salud. Estas memorias —que fueron obligatorias durante todo el siglo— debían incluir información sobre las cualidades físico-químico-médicas de las aguas, tablas o cuadros que explicasen con la mayor claridad y precisión posible el mejor uso que podía hacerse de las aguas, y toda la información pertinente a la topografía de la región en las que estaban situadas las aguas minerales²³.

Este primer reglamento estableció un estricto monopolio, lo que acabó creando numerosos conflictos a lo largo del siglo XIX. Desde que se estableciera este monopolio, todas las partes involucradas en los baños —propietarios, bañistas, demás médicos, y trabajadores de los establecimientos (los bañeros, encargados de aplicar el régimen terapéutico dictado por los directores, así como los sirvientes que atendían a los bañistas)— estaban sujetos a la autoridad del médico-director, teniendo que seguir siempre sus indicaciones. Por ejemplo, si así lo indicaba el médico-director, los propietarios estaban obligados a realizar cambios a sus instalaciones que permitiesen la aplicación efectiva de las aguas —cambios que suponían un coste económico que no siempre podían afrontar los propietarios. El siguiente reglamento, con fecha de 7 de octubre de 1828, consolidó esta autoridad incluso más, dictando que, si bien los propietarios tenían derecho a contratar a los bañeros que quisieran, en caso de que el médico-director nombrase a otros, los propietarios no podían intervenir en esta decisión, y dichos bañeros podían ejercer sus funciones «con absoluta independencia de éstos [los propietarios]»²⁴. Era tal el poder institucional que tenían los

22. Martín de Balmaseda, Fermín. Decretos del Rey Don Fernando VII: Año tercero de su restitución, vol. III. Madrid: La Imprenta Real; 1817, p. 198.

23. De Nieva, Josef María. Decretos de la Reina Nuestra Señora Doña Isabel II, vol. XIX. Madrid: Imprenta Real; 1835: p. 12-13.

24. Anónimo. Nuevo reglamento que á propuesta de la real junta superior gubernativa de medicina y cirugía manda observar S.M. para la inspección, gobierno, uso y demás artículos convenientes y necesarios por el director é inspector general, los directores particulares, los enfermos, dueños, administradores, mayordomos, ó arrendatarios de los establecimientos, bañeros y

médicos-directores, que incluso si acudían al Juez y al Gobernador del territorio, el reglamento dictaba que éstos estaban obligados a apoyar sus provisiones, si bien es cierto que este poder fue ligeramente reducido con la publicación del reglamento aprobado el 3 de febrero de 1834, cuando dejó de castigar a las justicias o autoridades que no apoyasen las indicaciones de dichos facultativos para en su lugar estipular su «más estrecho encargo», tal y como ha señalado José R. García-Talavera Fernández²⁵.

Sin embargo, lo que más nos interesa para nuestro análisis es la manera de la que los reglamentos otorgaron de forma categórica un monopolio clínico a los médicos-directores. Desde el primer reglamento, la autoridad clínica de los médicos-directores en los balnearios fue absoluta hasta que se efectuaron los profundos cambios en este aspecto con el reglamento de 1868. Hasta entonces, los reglamentos prohibían que cualquier otro médico que no fuese el médico-director facultativo de las aguas pudiese recetarlas, ni tampoco visitar a los enfermos que las hubiesen recibido, sin antes obtener la aprobación del médico-director. Cualquiera que no respetase esta norma se enfrentaba a una advertencia en primera instancia, a una multa de 25 ducados en segunda, y a una multa de 50 ducados y su traslado «para siempre» del lugar de las aguas o baños y sus pueblos comarcales en tercera²⁶. Los bañistas estaban sujetos a la misma normativa, teniendo prohibido consultar con cualquier otro facultativo que no fuese el médico-director en propiedad. El argumento para defender estas medidas tan estrictas apelaba al riesgo de perder datos importantes para generar el conocimiento suficiente sobre las propiedades curativas de las aguas: si un médico que no estaba bajo la obligación de compilar memorias anuales las recetase, o hiciera el seguimiento de un paciente y no registrase este seguimiento por una vía centralizada, se perdería la información necesaria para valorar las propiedades curativas del agua y con ello el rigor científico que este ámbito exigía, teniendo graves consecuencias para la Humanidad. Por lo tanto, la autoridad clínica del médico-director derivaba de su conocimiento preciso y riguroso de la naturaleza de las aguas, obtenido gracias a la recopilación de los datos necesarios «que, publicados a su tiempo, han de servir a llenar

demás sirvientes de todas las aguas y baños minerales de España. Madrid: Imprenta de Don Pedro Sanz; 1828: p. 45.

25. García-Talavera Fernández, José R. Historia del cuerpo de médicos de baños: siglo XIX. Cuadernos de historia de la medicina española. 1971; 10: 213-281.

26. Anónimo, n. 24, p. 36.

un inmenso vacío de la Medicina práctica con ventajas incalculables para la humanidad»²⁷.

Esta autoridad no estaba basada únicamente en las normativas de los reglamentos, sino que también dependía del sistema meritocrático de las oposiciones. El reglamento de 1817 estableció que éstas serían privadas y tendrían la duración de una hora: media hora dedicada a la disertación libre sobre alguno de los siguientes tres temas: la química en general, la aplicación de ésta a la medicina, o finalmente, sobre la clínica, y la otra media hora a responder preguntas. El reglamento de 1828 introdujo una serie de cambios, haciéndolas públicas y creando trincas, en las que los opositores tenían que criticar sus trabajos recíprocamente. Además, cambió ligeramente el formato y el contenido de las oposiciones: mientras que antes las disertaciones podían tratar sobre cualquier tema relacionado con las aguas minerales, el nuevo reglamento especificó que cada opositor debía escribir sobre las aguas en el establecimiento balneario que pretendía gestionar, explicando sus propiedades físicas y químicas, así como una descripción sobre la topografía (incluidos sus beneficios médicos) del lugar en el que estaban ubicadas. Asimismo, el segundo ejercicio de preguntas y respuestas ante la Junta fue sustituido por un examen práctico, en el que los opositores tenían que diagnosticar un caso clínico que existiese en el hospital o en el Colegio frente a la Junta y sus demás competidores —un cambio que se mantuvo durante el resto del siglo XIX. Desde entonces hubo pocas modificaciones al proceso de las oposiciones, con la excepción del *Reglamento general para el régimen literario e interior de las Reales Academias de Medicina y Cirugía del Reino* de 1831, que estipuló que las oposiciones debían realizarse en las Academias más cercanas a los establecimientos de aguas minerales²⁸.

El quién podía optar a las plazas de médico-director también fue cambiando a lo largo de los primeros reglamentos. Mientras que el reglamento de 1817 estipulaba que el título requerido para optar al puesto de médico-director era el de médico, el de 1828 establecía que era preferible el de médico-cirujano, si bien el de médico seguía siendo aceptado. Para el reglamento de 1834, esta norma ya no era viable, y únicamente los médicos-cirujanos podían optar a la plaza de médico-director de baños —un cambio que refleja

27. Anónimo, n. 24, p. 36.

28. De Nieva, Josef María. Decretos del Rey Nuestro Señor Don Fernando VII, vol. XVI. Madrid: Imprenta Real; 1832, pp. 44-46.

el proceso que tuvo lugar en aquellas décadas en las que la medicina y la cirugía fueron unificadas en una misma profesión²⁹.

4. «Estanco terapéutico»: Autoridad, monopolio y el papel del Estado

A pesar de los reglamentos y las estrategias retóricas para consolidar el poder facultativo de los médicos-directores de baños, las críticas al monopolio y las denuncias de los privilegios que tenían existieron desde prácticamente la creación de la plaza a principios del siglo XIX. Como ha demostrado Bouza Vila, en un debate que tuvo lugar en 1834, ya se buscó anular las competencias de los médicos directores de baños en base a una serie de argumentos que continuaron apareciendo a lo largo del siglo. Estos consistían principalmente en lo innecesario de la dotación mensual de los médicos-directores, ya que podían disponer de recursos económicos gracias a otros ingresos, como podían ser las papeletas que se recetaban para los tratamientos; y la crítica a los reglamentos, que otorgaba demasiado poder a los médicos-directores de baños frente a los propietarios, a los médicos libres, y a las autoridades locales sanitarias y civiles³⁰. Es relevante destacar que muchos de los médicos libres que se oponían a los reglamentos eran médicos rurales, que vivían todo el año en las regiones donde estaban las aguas y los balnearios. Al ser médicos rurales, tenían que lidiar con una precariedad económica mucho mayor que los médicos urbanos, creando así más necesidad de demandar los mismos derechos que los médicos directores³¹. Estos conflictos caracterizaron todo el proceso de profesionalización de los médicos-directores de baños a lo largo del siglo, alcanzando su auge en 1868, cuando se promulgó un nuevo reglamento a raíz del conflicto que tuvo lugar en 1866 entre médicos libres y médicos-directores. Como veremos, el problema residía en las distintas visiones que cada grupo tenía sobre el papel que debía de jugar el Estado en la gestión de los balnearios.

En el número 672 del *Siglo Médico*, que apareció la semana del 18 de noviembre de 1866, el médico libre de los baños de Alhama de Aragón,

29. Sobre este proceso, ver la obra colectiva coordinada por Danón Bretos, Josep. dir., *La enseñanza de la medicina en la universidad española*. Barcelona: Fundació Uriach 1838; 1998.

30. Bouza Vila, n. 17.

31. Sobre la asistencia médica rural, ver Albaracín Teulón, Agustín. *La asistencia médica en la España rural durante el siglo XIX*. Cuadernos de historia de la medicina española. 1974; 13: 133-204.

Antonio Fernández Carril, publicó un artículo en el que hablaba de las propiedades curativas de unas cascadas que habían sido encontradas hacía poco cerca del balneario. Según explicaba, su interés por saber más sobre la acción terapéutica de estas aguas venía motivado por las indicaciones que le habían hecho dos de los médicos más importantes de la época, José Calvo y Martín y Francisco Méndez Álvaro. En su visita a la zona el verano anterior, habían señalado el potencial terapéutico de estas aguas para la *coqueluche*, una enfermedad infecciosa que en aquella época estaba particularmente asociada a la infancia. Respondiendo a la necesidad de «cumplir un deseo sagrado» y «atender al afán con que las pobres y tristes madres demandan auxilios, para salvar de los bordes del sepulcro a aquellos pedazos de su corazón»³², Fernández Carril publicó el seguimiento que había hecho de ocho casos en los que se evidenciaba unas «brillantes e inesperadas curaciones»³³, concluyendo que las termas podían ser consideradas como una de las «primeras estaciones balnearias de Europa»³⁴. Siguiendo la tradición de presentar los conocimientos propios con humildad, atribuyéndole mayor mérito a otros —sobre todo a los superiores— Fernández Carril se cuidó de no presentar estos logros como propios, insistiendo en que «[l]a gloria (...) de esta científica jornada, pertenece toda entera a los dignísimos y sabios Académicos y consejeros de Sanidad del reino, los doctores don José Calvo Martín y D. Francisco Méndez Álvaro», describiéndose a sí mismo como «un instrumento tan solo (...) de su preclara inteligencia»³⁵. De esta manera, escudarse en grandes figuras de la medicina española de la época le permitió defender la veracidad de sus resultados como si fuera una simple extensión de las ideas que tenían estas importantes figuras de autoridad.

El informe de Fernández Carril seguía las normas científico-clínicas de la época. Sus resultados se basaban en el análisis químico de las aguas, así como en las observaciones clínicas; como él mismo profesó, «las curaciones obtenidas se presentan enteramente *incrustadas*, por decirlo así, en el sendero de la *observación razonada*»³⁶. A pesar de ser un médico rural —un grupo desfavorecido dentro de la profesión médica, que adolecía de problemas de

32. Fernández Carril, Antonio. Acción terapéutica de la gran cascada termo-mineral, en las Termas de Alhama de Aragón. Siglo Médico; 1866: 723-726, p. 723.

33. Fernández Carril, n. 32, p. 725.

34. Fernández Carril, n. 32, p. 726.

35. Fernández Carril, n. 32, p. 726.

36. Fernández Carril, n. 32, p. 736.

aislamiento y falta de autonomía y recursos—, Carril se sentía miembro de pleno derecho de la comunidad científico-profesional y buscaba participar en la vida académica nacional. Por ejemplo, en septiembre de 1866 —un mes antes de enviar su artículo sobre la coqueluche al *Siglo Médico*— presentó un trabajo titulado *Acción terapéutica de las aguas minero-termales de Alhama de Aragón* en el Segundo Congreso Médico Español, celebrado en Madrid, al que asistieron los médicos más destacados de la época³⁷. Sin embargo, el artículo del *Siglo Médico* no fue bien recibido por el médico-director del balneario Tomás Parraverde, que lo percibió como un intento de darle publicidad a los baños para atraer a más bañistas —un hecho que fue agravado, quizás, por el hecho de que el balneario de Alhama ya era el más popular del país en aquel momento³⁸. Insistió en que él no apoyaba esta intención de ninguna manera, ya que iba en contra de uno de los principios fundamentales de la constitución del Cuerpo y de la práctica médica: la publicidad de los baños para atraer a los bañistas —es decir, que el conocimiento científico fuese motivado por un interés económico. Hacer publicidad —y además exagerada, desde su punto de vista— de las aguas ponía tan en riesgo el honor del Cuerpo, que Parraverde juzgó necesario insistir en su total desinterés: «quiero no tener otro guía para las operaciones de mi delicado cargo que el que solamente, la humanidad, la ciencia y la ley me ordenan»³⁹.

Por otro lado, Parraverde criticó el tono excesivamente confiado de Fernández Carril sobre los resultados de sus investigaciones. Presentar el efecto terapéutico de las aguas como milagroso y absoluto deslegitimaba la hidrología médica, arriesgándose a que esta ciencia fuese acusada de fraudulenta. Parraverde explicó que los resultados de Fernández Carril no eran tan maravillosos como éste profesaba y que, si hubiera preguntado a al médico-director como era su deber, le podría haber ofrecido mucha información

-
37. Fernández Carril, Antonio. *Acción terapéutica de las aguas minero-termales de Alhama de Aragón*. Barcelona: Establecimiento Tipográfico de Narciso Ramírez y Compañía; 1866.
 38. En el año 1865, el balneario contó con 3.270 bañistas, casi 100 más que los baños de Archena (3.185) y 200 más que los de Carratraca (3.095). La popularidad de estos balnearios era significativamente mayor que la de los demás: el cuarto más popular, los baños de Ledesma, contó con 2.345 bañistas ese año. Ministerio de la Gobernación. Estado del movimiento de bañistas y resultados obtenidos durante el año de 1865. *Gaceta de Madrid*. 13 Feb 1866; 44: 2. Sobre la historia de este balneario, ver la tesis Gonzalo Ruiz, María Luisa. *Estudio del balneario de Alhama de Aragón* (Zaragoza). Tesis Universidad Complutense de Madrid; 2003.
 39. Parraverde, Tomás. Aclaraciones importantes al artículo publicado en el *siglo médico* sobre la acción terapéutica de la gran cascada termo-mineral en los baños de Alhama de Aragón. *Siglo Médico*. 1866; 13: 757-759, p. 759.

publicada anteriormente que habría demostrado que los beneficios que estas aguas tenían sobre enfermedades como la coqueluche, eran sabidos desde hacía tiempo. Con ello, buscó preservar su autoridad científica y moral en la hidrología médica, ante el riesgo de que el trabajo de Fernández Carril le pusiese en peligro por exagerar. Esto también permitió a Parraverde incidir en la necesidad de la autoridad jerárquica de los médicos-directores de baños, ya que los médicos libres podían malinterpretar fácilmente los resultados químicos y clínicos de las aguas, y no tenían suficiente conocimiento experto como para tener autoridad científica. De esta manera, cumplía una doble función: por un lado, protegía la ciencia de la hidrología médica, y por otro, presentaba el trabajo de los médicos libres como inferior en calidad a lo que podía garantizar un especialista en el tema, lo que le sirvió como una estrategia para defender la necesidad de tener un campo —y un cuerpo facultativo— especializado. Sin embargo, el conflicto no derivaba únicamente del riesgo de perder la credibilidad científica y la autoridad de los médicos-directores de baños. También se debía al hecho de que Fernández Carril se había saltado la jerarquía que regía en los establecimientos de aguas minerales. Como postula Arendt, una de las cualidades fundamentales de la autoridad es su relación jerárquica, que implica la obligación de las partes involucradas de consultar con las figuras de autoridad. La deferencia a la autoridad supone aceptar la dirección que se propone o los estándares que son afirmados⁴⁰. La falta de deferencia que Fernández Carril mostró hacia Parraverde, tanto con la publicación de un artículo sin su consentimiento, como con su total resistencia a reconocer esta jerarquía, suponía un ataque a la autoridad de Parraverde en concreto y al cuerpo de médicos-directores en general.

De este modo, no es de sorprender que el debate rápidamente se convirtiera en una cuestión de honor para las partes involucradas y para los grupos que representaban. Parraverde vivió la resistencia de Fernández Carril a su autoridad como un ataque personal. En público, Parraverde insistió en que el deber de Fernández Carril era consultar con él, es decir, el experto en la materia. Si lo hubiera hecho, le habría demostrado que sus resultados no eran tan novedosos como creía. En privado, el médico-director experimentó la publicación como un ataque a su honor. Una vez que explotó el conflicto en público en las páginas del *Siglo Médico*, Parraverde le escribió una carta a Fernández Carril rogándole que reconsiderase su postura, acusándole de

40. Arendt, n. 19.

haber cometido una «terrible infracción (...) contra la ley, contra la moral médica y contra la gratitud». Según Parraverde, el artículo de Fernández Carril había supuesto un grave ataque a todos los médicos-directores y un insulto a la confianza que le tenía Parraverde. A pesar de describirle como «un cumplido caballero y [un] hombre honrado, incapaz de vender la ciencia ni sus convicciones», la resistencia a la autoridad de Parraverde era una señal de su deslealtad hacia el grupo de los médicos-directores. Parraverde le recordó que el puesto que ocupaba lo había conseguido gracias a él, y que era sólo él quien «puede sostenerle a V. o arrojarle de ese puesto el día que no merezca mi confianza». A pesar de esta amenaza, su poder era limitado, ya que tuvo que recurrir a la persuasión para mantener la jerarquía: le suplicó que publicase una rectificación pública en la que reconociese las «graves faltas» en las que había incurrido y que confirmase que no existía ninguna disidencia entre ambas partes, anunciado que la situación le había generado tanto malestar que había acabado por enfermar⁴¹. El hecho de que Parraverde tuviera que emplear la persuasión para preservar su autoridad reflejó el punto hasta el cual la había perdido realmente. Según Arendt, en el momento en el que se haga uso de la persuasión (moral, no científica), la autoridad falla: en el caso de que la persuasión sea necesaria para mantener la autoridad, esa deferencia responde más a la lógica del razonamiento que al aprecio por el portador de la autoridad. Al apelar a la relación personal —la única forma de persuasión que le quedaba— el propio Parraverde deslegitimaba la jerarquía sobre la que se apoyaba su autoridad⁴². A pesar de sus intentos por buscar una reconciliación (basada, eso sí, en la amenaza), la reacción de Fernández Carril no pudo ser más tajante: publicó la carta en el *Siglo Médico*, invitando al lector a que sacase él mismo sus propias conclusiones, y continuó publicando sobre el efecto terapéutico de las aguas de Alhama de Aragón en los meses siguientes, desestimando por completo la autoridad de Parraverde⁴³.

Aunque los redactores de la revista intentaron contener el debate entre Parraverde y Fernández Carril, insistiendo en la «pasión científica» que

41. Fernández Carril, n. 32, p. 791.

42. Arendt, n. 19.

43. Fernández Carril, Antonio. Breve contestación a las aclaraciones hechas por el Dr. Parraverde a mi artículo sobre curación de la coqueluche, por las inhalaciones en la gran cascada termomineral de Alhama de Aragón. *Siglo Médico*. 1866; 13: 790-791. Antonio Fernández Carril. Acción terapéutica de las aguas minero-termales de Alhama de Aragón. *Siglo Médico*. 1867; 14: 150.

movía a ambas partes —una pasión que servía como indicio de su respectivo compromiso con la verdad—, el conflicto pronto escaló y se convirtió en un enfrentamiento abierto entre médicos libres y médicos-directores de baños. Los primeros —representados principalmente por Antonio Manté, que en aquel momento era secretario general de la Sociedad Médica General de Socorros Mutuos— insistían en la «viciosa organización» de los balnearios, calificando el monopolio que tenían los médicos directores como un «estanco terapéutico» y un «estorbo para el verdadero progreso científico», en el que los mayores perjudicados acababan siendo los pacientes⁴⁴. En su lugar, exigían el derecho a poder participar libremente en el mercado clínico de las aguas minerales. Criticaron la afirmación de que las aguas minerales eran más especiales que otros agentes terapéuticos, llegando incluso a constatar que otros tratamientos —como por ejemplo el opio y otros medicamentos— requerían mucho más conocimiento y cuidado que la aplicación de la hidroterapia. Finalmente, defendieron que el paciente debería tener derecho a escoger a qué facultativo le pedía las recetas, y que no estuviese restringido ni obligado a asistir únicamente al médico-director de baños, con quien no tendría el mismo trato que con su médico local⁴⁵.

Las propuestas de los médicos libres podrían interpretarse dentro de la corriente librecambista, una escuela del pensamiento económico que defendía que la actividad económica debía realizarse sin la intervención del Estado. Estas opiniones tuvieron eco no solo entre los profesionales que operaron en el sector privado, sino también entre los empleados públicos. Como ha demostrado Darina Martykánová en el caso de los ingenieros con cargos públicos que defendían las posturas librecambistas, esta aparente paradoja se podía resolver apelando a la idea del progreso gradual⁴⁶. Sin negar que la Administración y los propios facultativos jugaban un papel importante como promotores desinteresados del bien común, los que apoyaban esta doctrina económica veían la gestión pública como temporal, encargada de remover los obstáculos al pleno desarrollo de la iniciativa privada. Demandaron la

44. Manté, Antonio. Cuatro palabras sobre direcciones de baños. *Siglo Médico*. 1867; 14: 89-90, p. 89.

45. Manté, Antonio. Cuatro palabras más sobre direcciones de baños, en justa correspondencia a las del señor Zavala. *Siglo Médico*. 1867; 14: 150-152.

46. Martykánová, n. 15. Ver también Barquín, Rafael; Larrinaga, Carlos. Los límites de la intervención pública. Ingenieros de caminos y ferrocarriles en España (1840-1877). *Historia y Política*. 2020; 43: 27-56. Ramos Gorostiza, José Luis; Martínez Vara, Tomás. Las ideas económicas de los ingenieros de caminos: La Revista de Obras Públicas (1853-1936). *Investigaciones de Historia Económica*. 2008; 4 (11): 9-38.

eliminación de las leyes que obstaculizaban la iniciativa privada y la implementación de nuevas normas que la facilitasen —una visión generalizada entre progresistas y demócratas desde el año 1856, como muestra Florencia Peyrou⁴⁷. Muchos de los partidarios de esta corriente también denunciaban la corrupción que el exceso de intervención estatal podía tener en el desarrollo de la nación: según los médicos libres, el monopolio del que disfrutaban los médicos-directores limitaba el progreso porque ponía todo el poder en manos de unos pocos, reflejando así la estructura del Antiguo Régimen.

Los médicos-directores, por su parte, se volvieron en contra de los redactores de la revista, acusándoles de tomar partido de los médicos libres, a pesar de que la redacción hubiera declarado su imparcialidad ante el asunto⁴⁸. Defendieron que era necesario que solo ellos, como funcionarios, fuesen responsables del estudio de las aguas y su aplicación clínica. Apelaron a su papel como empleados públicos y al hecho de que tenían que demostrar sus capacidades y su conocimiento específico a través de unas oposiciones. Esto les otorgaba la autoridad científica que les permitía presentarse como acreditados especialistas en la gestión terapéutica de las aguas, por encima de un médico que sólo hubiese recibido la formación universitaria y no había pasado la prueba de admisión al cuerpo facultativo. Más aún, el hecho de obtener estas plazas les convertía en representantes del Estado que tenían que regirse por las normas establecidas en el reglamento oficial. Esto —decían— garantizaba su imparcialidad, ya que no podían comportarse de manera interesada. La especialidad y la selección meritocrática eran las maneras de mantener el orden social y proteger los intereses públicos —sobre todo, teniendo en cuenta que el agua era un bien público, y por lo tanto debía de estar gestionado por el Estado. Ante todo, debían de actuar en nombre del gobierno y velar por el bien común; en palabras del médico-director de los baños de Chiclana (Cádiz), Marcial Taboada:

«El Estado [...] confía a un funcionario, cuya idoneidad le consta, el cumplimiento de tan importante misión, exigiéndole *responsabilidad* en el ejercicio de sus deberes, y concediéndole *derechos* en el desempeño de su cargo. Este funcionario es el médico-director de baños y aguas mineras, representante de

47. Peyrou, Florencia. *Tribunos del pueblo. Demócratas y republicanos durante el reinado de Isabel II*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales; 2008. p. 438-439.

48. Príncipe, León. *Hidrología médica*. Siglo Médico. 1867; 14: 138.

la acción social, ya sanitaria, ya administrativa, ya sobre el individuo enfermo, ya sobre la propiedad o concesión, ya sobre la administración y explotación»⁴⁹.

Insistir en su conocimiento experto y en el carácter científico de su profesión suponía una estrategia para lograr respeto y evitar la estigmatización de su trabajo, ya que las ciencias —especialmente en su sentido epistemológico abstracto, en contraposición a su ejercicio remunerado— jugaron un papel clave en discurso liberal español del siglo XIX y la construcción identitaria de una parte de las élites. Siguiendo esta lógica, los hombres de ciencia que eran empleados facultativos del Estado —como era el caso de los médicos-directores de baños— podían presentarse como constructores de Estado, y su trabajo como sacrificio heroico por el bien común mediante la búsqueda de la verdad, construyendo una imagen de sí mismos que reflejaba su virtud y generosidad personal⁵⁰. De esta manera, al contrario que los médicos libres, los médicos-directores defendían una intervención estatal vinculada al concepto de fomento, en el que los poderes públicos eran los responsables de fomentar riqueza y conocimiento —una idea que tenía sus raíces en el reformismo ilustrado, y fue objeto de un amplio consenso a mediados del siglo XIX⁵¹. Como representantes del Estado, eran los únicos que podían proteger a la sociedad de la corrupción del interés individual, generando así un argumento paternalista basado en las ideas liberales para defender su monopolio.

49. Taboada, Marcial. Contestación al artículo del Sr. Manté, por D. Marcial Taboada. *Siglo Médico*. 1867; 14: 152-3; 169-72; 215-17; 229-31; 247-49; pp. 215-16.

50. Martykánová, Núñez-García, n.2. Martykánová, n. 15. Martykánová, Darina. La Profession, la masculinité et le travail. La représentation sociale des ingénieurs en Espagne pendant la deuxième moitié du XIXe siècle. En Derouet, Antoine; Paye, Simon, Frapier, Christelle, dirs. *Les ingénieurs, unité, expansion, fragmentation (XIXe et XIXe Siècles)*. Tome I. La production d'un groupe social. Paris: Classiques Garnier; 2018: 79-102. Martykánová, Darina; Pan-Montojo, Juan. Los constructores del Estado: Los ingenieros españoles y el poder público en el contexto europeo (1840-1900). *Historia y Política*. 2020; 43: 57-86.

51. Portillo Valdés, José María. Política. En: Ferrone, Vincenzo; Roche, Daniel (dirs.). *Diccionario histórico de la Ilustración*. Madrid: Alizanza Editorial; 1998. Pan-Montojo, Juan. Progreso material, fomento y libertad: la economía en las culturas políticas del periodo isabelino. En: Romeo, M.ª Cruz; Sierra, María. *La España Liberal, 1833-1874*. Madrid/Zaragoza: Marcial Pons/Premsas Universitarias de Zaragoza; 2014, p. 51-87. Martykánová, Darina. El discurso de fomento y las políticas tecno-científicas de la Corona española en el periodo comprendido entre los años 1790 y 1808. Estudio de caso de los instrumentos y libros para la expedición a Guantánamo. En: Martínez Millán, José; Camarero Bullón, Concepción; Luzzi Traficante, Marcelo (dirs.). *La Corte de los Borbones. La crisis del modelo cortesano*, vol. III. Madrid: Rústica; 2013, p. 1619-1634.

No es entonces de sorprender que los médicos-directores defendieran la intervención del Estado en la gestión de los balnearios, sobre todo en todo lo relacionado con la creación de medios que permitiesen el buen uso de las aguas para su aplicación terapéutica. Aquí también defendían su autoridad como representantes del Gobierno, ya que afirmaban que las construcciones debían hacerse siempre y cuando se hubiesen analizado las propiedades de las aguas y confirmado su utilidad terapéutica. Fundar un establecimiento de baños minerales sin el precedente análisis químico de las aguas por un «profesor» (término que en la época se refería a médicos con formación universitaria) nombrado por el Gobierno podía resultar en el descrédito de las aguas y el abuso de los pacientes, que podían perder tiempo y dinero en un tratamiento ineficaz «por dar crédito a los pomposos anuncios y exagerados elogios que se hacen en tales casos»⁵². Denunciaron las prácticas de atribuirle «falsas o exageradas virtudes» a las aguas en folletos, hojas sueltas y periódicos, ya fuese por el propio interés —como decía Parraverde que había hecho Fernández Carril— o cediendo a las instigaciones de los propietarios⁵³. Al hacer estas denuncias, no solo participaban en la crítica de la ciencia fraudulenta, sino que también se distanciaban de cualquier posible acusación de publicar información sobre los balnearios con el propósito de atraer a más bañistas. Durante los años en torno al conflicto, los prólogos de las memorias anuales sobre los baños llevaban frases como: «[m]is únicas pretensiones son el provecho y utilidad de los desgraciados enfermos»; «con ello [este trabajo], haremos un bien a la humanidad doliente»; o «no me guían más fines que el bien de mis semejantes»⁵⁴. Por lo tanto, los médicos-directores defendían la necesidad de su monopolio como una manera de proteger la legitimidad

-
52. Zavala, Justo María. De los establecimientos de aguas minerales y su reglamento. *Siglo Médico*. 1865; 12 (597): 373-34; p. 373. En su famoso artículo contra Antonio Manté, Taboada también recalcó la necesidad de tener a un especialista funcionario que, actuando en nombre del Gobierno y del bien común, aplicase su conocimiento experto al análisis de las aguas y a su aplicación terapéutica para evitar cualquier tipo de abuso que estuviese motivado por los intereses económicos de los propietarios. Taboada, n. 49, pp. 215-17.
 53. R.V. Las aguas y baños minerales consideradas bajo el aspecto administrativo. *Siglo Médico*. 1868; 15 17-20; 113-116; p. 18.
 54. Herrera y Ruiz, José. Memoria compendiada acerca de las aguas y baños minero-termales de Arnedillo. Madrid: Imprenta y Librería de la Señora viuda e hijos de D. José Cuesta; 1864: 3. Zapater y Jerez, Miguel. Aguas minerales ácido-salinas de Caldas de Besaya en la provincia de Santander. Madrid: Imprenta y estereotipia de M. Rivadeneyra; 1867: 4. Zapater y Jerez, Miguel. Aguas minerales ácido-carbónicas de Molinar de Carranza, establecimiento termal en el señorío de Vizcaya. Bilbao: Imprenta y Litografía de Juan E. Delmas; 1868: 4.

de la hidroterapia médica, a la vez que argumentaban que cumplían con el deber que tenían al ser representantes del Gobierno.

Además de apelar a su papel como representantes del Estado y protectores de la legitimidad de la hidrología médica para justificar el monopolio, buscaron desacreditar a los médicos libres en base a su falta de conocimiento experto. Algunos hicieron hincapié en las propiedades misteriosas de las aguas, como el médico director Francisco Sastre y Domínguez, que insistió en que en las aguas minerales eran un remedio «preparado en el oscuro abismo de la tierra, por fuerzas misteriosas y admirables», en las cuales «se oculta un elemento sutil, un principio impalpable e incoercible, tan etéreo y tan fugaz», que con sólo embotellarlas y transportarlas de un lugar a otro se perdía esa capacidad curativa que tenían⁵⁵. Aunque Sastre y Domínguez estaba destacando el hecho de que el agua era un recurso natural que no se podía reproducir en el laboratorio y que sólo unos pocos podían entender, este tipo de declaraciones sobre el misterio de las aguas no eran comunes, ya que podía poner en cuestión al autor, ya fuese envolviéndolo en un aire de charlatanería, o desacreditando precisamente esa autoridad basada en el conocimiento especializado que los médicos-directores defendían frente a las demandas de los médicos libres que reclamaban la capacidad de recetar aguas minerales. En su lugar, la mayoría de los médicos-directores que participaron hicieron referencia a la compleja composición química de las aguas y a sus variadas condiciones físico-geológicas, apelando al poder de la ciencia para conocer sus secretos, en la línea con el discurso positivista de la época. Por ejemplo, en la contrarréplica al médico libre Antonio Manté, el médico-director Taboada afirmó: «Yo sé bien, que en las aguas minerales nada existe misterioso, divino o sobrenatural». De la misma manera, el médico-director de Cestona (Guipúzcoa), Justo María Zavala, aseguró: «he negado el famoso *quid divinum*, como causa de la acción curativa de [las aguas minerales]», preguntándose: «[t]ratando de las aguas minerales, ¿para qué buscar *misterios* que exigen *fe*?»⁵⁶. Estas frases cumplían una

55. Sastre y Domínguez, Francisco. Dos palabras, a las cuatro del Sr. Manté sobre direcciones de baños. Siglo Médico; 1867: 137.

56. Zavala, Justo María. Mi opinión sobre la reforma en la legislación hidrológica. Siglo Médico. 1867; 14 (691) n.º 691 (1867): 199-200; p. 199. Una pequeña biografía sobre Zavala, su posición ante el problema del monopolio, y su relación con sus compañeros del cuerpo puede encontrarse en el capítulo 4 de la tesis doctoral de Violeta Ruiz Cuenca. Medicine, Modernity, and Masculinity: A History of neurasthenia in Spain, c.1890-1920. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2021.

doble función: por un lado, reafirmaban su posición como expertos en un conocimiento que debía ser necesariamente experto, ya que se trataba de gestionar un remedio de la naturaleza que debía ser dominado a través de la ciencia. Al contrario de aquellos remedios tachados de charlatanería, que promovían la cura de cualquier enfermedad, los médicos-directores de baños realizaban las propiedades únicas de las aguas minerales de cada balneario y su especificidad clínica, insistiendo en la necesidad de conocer bien sus propiedades para poder recetarlas cuidadosamente.

Esta estrategia también les permitía generar un monopolio en torno al conocimiento de la hidroterapia. Al presentar las aguas como indicadas para un tipo de tratamiento u otro, tenían que manejar un conocimiento amplio de medicina y de química de laboratorio, una cualidad que les permitía defender su posición como expertos. Todos defendían la especificidad de las aguas como un agente terapéutico diferente a otros medicamentos como el opio o el arsénico, que requería de un conocimiento concreto y amplio de ciencias naturales, sobre todo física, química analítica y geología, así como en higiene, meteorología, climatología, topografías médicas y geográficas, zoológica y botánica. A través de sus análisis de las aguas, del clima y del entorno, los médicos-directores buscaban los elementos que hacían insustituibles estos lugares, permitiéndoles consolidarse como los expertos del campo⁵⁷. Al apelar al conocimiento específico que hacía falta tener para poder comprender el funcionamiento terapéutico de las aguas minerales, cuyas combinaciones de químicos, minerales, temperaturas y estados (líquido y gas) eran tan complejas que requería una ciencia propia, a la vez que afirmaban que ellos no necesitaban explicaciones milagrosas para entender cómo funcionaban las aguas, desacreditaban a los médicos libres, ya que insinuaban que ellos sí podían creer que las aguas minerales tenían propiedades sobrenaturales, debido a su falta de conocimiento experto. En ambos casos, estas frases servían como una estrategia para defender tanto su autoridad experta como su monopolio clínico y económico sobre el uso terapéutico y el manejo de las aguas minerales del país —una estrategia que,

57. Taboada, n. 49: p. 171. Sobre este tema, ver, por ejemplo, el análisis que hace José Antonio Rodríguez-Sánchez sobre el papel que jugó el médico-director José Salgado en el descubrimiento del ázoe como un gas que tenía efectos positivos en pacientes con tuberculosis, y los efectos que tuvo este evento en el auge de la hidrología médica. Rodríguez-Sánchez, José Antonio. José Salgado y Guillermo (1811-1890) y la madurez de la hidrología médica española. *Medicina & Historia*. 1993; 49: 5-28.

a pesar de todo, no fue suficiente para mantener su monopolio. A pesar de estos argumentos, los médicos-directores vieron desaparecer su monopolio clínico con el reglamento del 15 de diciembre de 1868, que —entre otras cosas— permitió que los médicos libres pudiesen tratar a los enfermos y emitir recetas, eliminando la norma que hacía obligatoria la consulta de los pacientes con los médicos-directores de baños⁵⁸. Con esta nueva normativa, característica de las políticas liberalizadoras del Sexenio democrático (1868-1874), los médicos-directores perdieron una de las batallas por la autoridad que habían librado en la primera mitad del siglo XIX.

5. Conclusiones

La historia de las aguas minerales durante el siglo XIX estuvo marcada por una gran cantidad de reformas que intentaron acomodar los intereses de las diferentes partes involucradas, sin llegar a obtener una solución satisfactoria. El nuevo reglamento de 1868 y su abolición del monopolio clínico de los médicos-directores de baños fue un intento de responder a las demandas de los médicos libres, en un momento marcado por cambios políticos y de profesionalización de la medicina. El auge de la inversión en balnearios a raíz de la popularización del turismo de salud en la segunda mitad del siglo, así como los intensos cambios políticos que marcaron el periodo, hizo que la gestión de los balnearios y del propio Cuerpo de médicos-directores se complicase aún más a partir de 1868 —un tema que merece su propia investigación.

Este artículo ha analizado los debates que tuvieron lugar entre los médicos-directores y los médicos libres en la década de 1860 en torno a la cuestión del monopolio clínico, justo antes de la aprobación del reglamento de 1868, y las estrategias legales y discursivas que ambas partes emplearon para definir los límites de su autoridad. Siguiendo la línea de investigación de la nueva historia de la corrupción, este artículo ha demostrado que las leyes y los reglamentos —es decir, los recursos burocráticos e institucionales— no eran suficientes para garantizar y proteger la autoridad de los médicos-directores. Las acusaciones de fraude y de corrupción entre los médicos-directores de baños y los médicos libres servían, sobre todo, para definir las jerarquías y los poderes otorgados a cada grupo y para delimitar

58. García-Talavera Fernández, n. 25.

su autoridad, estableciendo los parámetros de conocimiento experto y la capacidad de acción de los respectivos grupos. Estos procesos requerían una negociación delicada en la que cada grupo apelaba a reglamentos, prácticas, discursos y valores para poder defender sus intereses y criticar al otro, siempre teniendo cuidado con no desprestigiar a la propia ciencia de la hidrología médica. A pesar de su apelación a la meritocracia, los médicos-directores acabaron perdiendo su monopolio clínico ante la presión de los médicos libres. En una época en la que se estaban negociando los límites de las profesiones científicas y las políticas liberales y de intervención del Estado, el caso del monopolio de las aguas minerales nos permite analizar los procesos de negociación y legitimación de estatus dentro de una ocupación aún no estabilizada como profesión. ■