

TST, Junio 2013, nº 24, pp. 30-56

De enfermo a bañista. Formación y desarrollo de la demanda en el turismo español de salud y bienestar, 1750-1935

Luis Alonso Álvarez

Universidad de A Coruña

Resumen

Tras establecer las etapas históricas fundamentales del turismo de salud en España entre 1750 y 2012, se examinan las distintas fuentes estadísticas disponibles para conocer la dimensión de la demanda de viajeros que acudían a los balnearios españoles. Con ellas se reconstruye una serie, que se extiende entre 1849 y 1931 a partir de los cuatro componentes que la conforman: a) los enfermos registrados oficialmente (los únicos que aparecen en las informaciones anteriores); b) sus acompañantes y familiares; c) el resto de bañistas no registrados y d) los enfermos no registrados por figurar en establecimientos “clandestinos”.

Palabras clave: Turismo de salud y bienestar; turismo termal; balnearios; aguas minero-medicinales.

Códigos JEL: D12; L83; N34; N74

Abstract

After reviewing the main historical stages of health tourism in Spain between 1750 and 2012, the diverse available statistical sources are examined in order to know the the demand of travellers who came to the Spanish resorts. A series is reconstructed with these data, which extends between 1849 and 1931 and is formed with the four following items: a) officially registered patients (the only ones that appear in the above sources); b) his companions and relatives; c) the rest of unregistered resort users; d) patients not registered as they appear in clandestine facilities.

Key words: Health and wellness tourism; thermal tourism; spas; medicinal mineral waters.

JEL Codes: D12; L83; N34; N74

De enfermo a bañista. Formación y desarrollo de la demanda en el turismo español de salud y bienestar, 1750-1935

[Fecha de recepción del original: 29-06-2012; versión definitiva 20-04-2013]

Luis Alonso Álvarez

Universidad de A Coruña

1. Una panorámica del turismo de salud en España entre 1750 y 1935

Un anónimo redactor del diario *El Imparcial* de Madrid escribía en 1881:

“Hace algunos años que, merced a la economía de los precios del viaje, todos los españoles nos bañamos. En otro tiempo no se comprendía la necesidad de bañarse más que para remedio de alguna dolencia [...]. Sin embargo, si preguntan ustedes a los que van a baños, la mayoría nos responderían que los necesitan o que se los ha prescrito el médico. El médico, uno de tantos; en ocasiones un médico fantástico, que no existe [...]. El número de enfermos, a contar por el de bañistas, es alarmante [...]. Pero es necesario bañarse, tomar aguas, exhibirse en las estaciones balnearias lejos de Madrid o del pueblo de residencia habitual de las familias”¹.

Y más adelante proseguía:

“Todos los españoles empezamos a salir para baños. Dentro de unos meses no busquen ustedes en su casa a ciudadano alguno de posición desahogada [...]. Las familias acomodadas no necesitan preparativos extraordinarios. Las familias de la clase media para abajo empiezan a disponer trajes y a reparar las prendas interiores. Unos van a Spa y a Baden-Baden, otros a Biarritz y algunos a Santa Águeda. Las familias económicas se destinan a Santander o San Sebastián. Los del último cupón, es decir, los que no disponen de más elementos que de una cantidad fija e insuficiente para grandes espectáculos, se detienen en Valencia, en Alicante, o en Pinto, Posuelo y otros puertos de mar próximos a la Necrópolis, esto es, a la capital”².

¹ *El Imparcial*, 23/06/1881, núm. 5043, p. 2.

² *Ibidem*.

Sin pretenderlo, el reportero acababa de describir una situación que parecía familiar a sus lectores, que no era otra que la de la transición experimentada en el caparazón terapéutico del viejo paradigma del *turismo de salud* hacia el más relacionado con elementos lúdicos, deportivos y culturales (*turismo de salud y bienestar*). Y al tiempo, la generalización del uso de los baños entre las clases medias urbanas. Dos cuestiones muy relacionadas y que intentarán desarrollarse en este trabajo.

Si entendemos genéricamente por “turismo de salud” todo desplazamiento de personas hacia lugares distintos al de su residencia habitual para realizar prácticas vinculadas a la mejora genérica de su salud mediante el uso y consumo del agua medicinal, habitualmente aunque no siempre termal³ —desde el *doliente* del siglo XVIII al *agüista* de fines del Ochocientos y al *weekender hedonista* de comienzos del nuevo milenio—, podemos distinguir en el largo plazo cinco grandes *etapas* en la configuración de esta actividad, que se revela como uno de los recursos turísticos de más antigua tradición y continuidad⁴. Una primera, que abarcaría desde la recuperación de la memoria terapéutica de los antiguos baños romanos en el siglo XVIII hasta finales de la centuria. Una segunda etapa, que cubriría los tres primeros cuartos del siglo XIX, en el que se produciría un crecimiento moderado del sector, lastrado aún por determinados obstáculos que impedían su desarrollo. Una tercera, que se extendería a lo largo del último cuarto del Ochocientos y primer tercio del XX, caracterizada por una progresión significativa que derivaba de la superación de los obstáculos que impedían su crecimiento. Una cuarta, que podría calificarse como la de la “gran crisis del turismo de salud”, originada por una confluencia de factores que podríamos datar entre las dos guerras mundiales, pero que se extendería en buena parte a la segunda mitad del siglo XX. Y, finalmente, la de recuperación de la actividad bajo un nuevo modelo, que se iniciaría en los años finales del siglo XX y los principios del nuevo milenio.

Todas y cada una de estas etapas se caracterizaron por apoyarse, en mayor o menor grado, en *paradigmas* específicos, vinculados en unos casos al uso del tratamiento termal como elemento básico para la recuperación de la salud, en ausencia todavía de una medicina científica (que se extendió desde el siglo XVIII hasta buena parte del XIX), y en otros al empleo de una terapia paliativa y asociada a factores de bienestar corporal e intelectual (que irrumpió bajo formas culturales y de relax en el siglo XIX, pero que no llegó a plasmarse en toda su complejidad hasta fines del siglo XX, tras la gran crisis del viejo paradigma). En torno a ambos modelos se articuló mediante un complejo engranaje de *elementos estructuradores* el comportamiento de la *oferta* y la *demanda* de servicios turísticos, como puede verse de manera resumida en el cuadro 1.

³ Habría que matizar que el turismo de salud está conformado por tres actividades, con oferta y demanda bien diferenciadas: el termal (que emplea aguas minero-medicinales), el de los baños de mar comunes (calificado como *turismo de ola* en el pasado y en la actualidad como *turismo de sol y playa*, al que habría que añadir hoy la *talasoterapia*) y el de los *spa* (una expresión equívoca, que en inglés equivale a balneario y que aplica únicamente agua sanitaria caldeada en sus tratamientos hidrológicos). Sobre el turismo de ola, véanse entre otros los trabajos de Walton (1983, 1997, 2001 y 2008), Walton y Smith (1996) y Larrinaga (2007 y 2011).

⁴ Jarrassé (2002).

[33]

Cuadro 1.
Etapas en la formación del turismo de salud y bienestar en España, 1700-2012

Etapas	Paradigmas	Elementos estructuradores	Oferta	Demanda
1700-1808	–El viejo paradigma comienza a expandirse: el turismo de salud	–Redescubrimiento de las <i>termas</i> romanas y las alhamas musulmanas –Descubrimiento de una antigua demanda rural	–Reutilización de antiguas <i>termas</i> y alhamas. –Creación de nuevas instalaciones de baño sobre las históricas –Protoempresarios (mezcla de religión e interés material)	–Rural tradicional –Urbana ilustrada (familia real, élites políticas, culturales, militares)
1808-1874	–Gran difusión social del viejo paradigma –Emergencia de un nuevo paradigma: el turismo de salud y bienestar	–Obstáculos al crecimiento del sector: incertidumbres políticas, derechos de propiedad, carencia de infraestructuras para el transporte y de servicios	–Significativa renovación de los establecimientos de baño. –Primeros servicios de hostelería y restauración profesionales (conviven con la oferta vecinal)	–Incorporación paulatina de clases medias urbanas
1875-1935	–Crisis del viejo paradigma. –Se refuerza el turismo de salud y bienestar	–Superación de obstáculos: estabilidad política, privatización manantiales, construcción de carreteras y ferrocarriles.	–Empresa moderna –Creación del “gran hotel” asociado al balneario –Incorporación de elementos culturales, deportivos y lúdicos	–Huida de la demanda superior (extranjero) –Generalización del uso de los balnearios
1936-1985	–Quiebra del viejo paradigma –Dificultades de continuidad del nuevo paradigma	–Surgimiento de nuevas terapias (hospitalaria, farmacológica) guerra civil, posguerra competencia del turismo de sol y playa	–Destrucción y abandono de los establecimientos durante la guerra y la posguerra	–Desafección de la demanda de clases medias –Mantenimiento de la demanda rural
1985-2012	–Recuperación del nuevo paradigma: salud y bienestar (el culto al cuerpo)	–Fuerte apoyo público de estímulo a la inversión privada	–Recuperación de viejos balnearios y creación de nuevos establecimientos con tratamientos termales innovadores	–Captura de una demanda tradicional (IMSERSO) –Nuevo tipo de demanda (jóvenes de ingresos altos)

Fuente: Elaboración propia

El primitivo turismo de salud que surgió en el siglo XVIII fue el resultado de la confluencia de varios factores. Por un lado, la generalización entre los aristócratas españoles del espíritu del *Grand Tour* británico⁵, probablemente a través de las prácticas ilustradas de la nueva monarquía, preparó el terreno para la aceptación en general del desplazamiento de la gente hacia lugares en donde se ubicaban los veneros. Por otro, la difusión de las nuevas ideas de salud corporal, relacionadas con el empleo de las fuentes termales como elementos terapéuticos. Coincidían estos remedios en el espacio y el tiempo con el conocimiento entre los profesionales de la medicina de los avances experimentados por la Química analítica europea —Robert Boyle, George E. Stahl, Henry Cavendish, Joseph Black, J. Priestley y, sobre todo, Antoine de Lavoisier—, que permitieron diagnosticar las propiedades de las aguas y las singularidades de los manantiales para prescribir un uso específico a todo tipo de enfermos —los “dolientes”, en el lenguaje de la época— que viajaban en su búsqueda⁶. No deja de ser significativo que desde los años 30 del Setecientos se multiplicase la edición de bibliografía médica especializada en hidroterapia (de hecho, en el siglo XVIII se escribieron más tratados sobre aguas medicinales en España que en toda su historia precedente) y los médicos relacionasen los veneros más conocidos con el tratamiento de determinadas dolencias.

⁵ Sobre el *Grand Tour*, véanse Black (2003) y Stoye (1952).

⁶ Bouza (2000).

Esta demanda de fuentes reparadoras llevó al redescubrimiento de un gran número de ruinas de *termae* romanas y *alhamas* musulmanas, muy abundantes en la península y en muchos casos próximas a manantiales termales, en un contexto secular favorable a la recuperación del legado arqueológico. Existían, con todo, determinados usos en el turismo de salud que procedían de épocas prerromanas, asociados a rituales mágico-religiosos, y que se mantenían entre la población campesina española. De este modo, en el mundo rural se había conservado una terapia, en algunos casos estacional⁷, que exigía el desplazamiento de los enfermos, con sus familias y allegados (lo que implicaba el traslado en carretas de buena parte de sus útiles domésticos) hacia esos lugares sagrados⁸ que curaban o aliviaban las dolencias. Pese a los esfuerzos desplegados por el cristianismo ya desde los primeros siglos de nuestra era, que sus jerarquías asimilaban al paganismo de Roma —en realidad muchas de las *termae* y, más adelante, *alhamas* fueron construidas sobre la base de uno o varios manantiales prerromanos de concurrencia rural—, no se había logrado erradicar esta tradición. En el siglo XVIII el campesinado español mantenía aún una insólita fidelidad al empleo de las fuentes termales que en muchos casos permitió su conservación, impidió su olvido y destrucción y preparó su recuperación. De este modo, llegamos a fines de siglo e inicios del Ochocientos con un primitivo turismo de salud conformado por una demanda de doble soporte que va a configurar el futuro de la actividad. Por un lado, la de las élites políticas, económicas, intelectuales y militares —incluida la propia monarquía, que se había convertido en su promotora, como evidencian los esfuerzos del infante Antonio Pascual de Borbón y, más adelante, de Fernando VII—⁹, vinculada al pensamiento científico-médico. Por otro, la de los campesinos que mantenían aquella tradición milenaria que se pierde en la noche de los tiempos, pero en todo caso próxima a un origen muy utilitario. El resultado no constituyó en realidad una fusión de dos culturas —de hecho, esta disociación de la concurrencia se mantiene aún en la actualidad—, sino una apropiación o incautación de determinadas

⁷ Fue un recurso practicado hace aún algunos años por los campesinos del Algarve en Portugal, quienes acudían a tomar baños de mar tras la temporada de las siegas y, en general, constituía una antigua tradición en las costas de la Europa occidental. Véase Corbin (1993).

⁸ En Galicia existía un manantial, muy frecuentado por los campesinos de la comarca en épocas pretéritas y en torno al cual se construyó en el siglo XIX un balneario, reconstruido recientemente, que la memoria popular ha calificado con el nombre de Augas Santas. Es frecuente encontrarnos en España y Portugal con topónimos que confieren este carácter de sagrado a las fuentes.

⁹ Hermano del rey Carlos IV y tío del futuro Fernando VII, don Antonio Pascual de Borbón, duque de Calabria, había influido ante el monarca para que el lugar de Sacedón (Guadalajara) fuese declarado sitio real. El infante construyó a expensas de la tesorería de la Corona una casa de baños con varias habitaciones, una de ellas reservada para la familia real, mejoró los manantiales y edificó una capilla en honor a su santo patrono. Don Antonio figuró también como impulsor de los análisis químicos que se hicieron de sus aguas, de los que alguno llegó a practicarse en un “elaboratorio” [sic] que él mismo mantenía en la corte (*Análisis de las aguas minerales y termales de Sacedón, que se hizo cuando pasó a tomarlas el serenísimo Sr. Infante D. Antonio en el mes de julio y agosto del año de 1800, con toda su servidumbre*, Madrid, Imprenta de Fermín Viola, 1801). Por su parte, Fernando VII fue el mayor promotor de este incipiente turismo de salud. Muy influido por los médicos de la corte, estableció en 1816 el cuerpo de facultativos, promulgó el primer reglamento en 1817 y se convirtió en un asiduo visitante de Sacedón, adonde acudía regularmente en la temporada estival.

[35]

pautas culturales por parte de las élites ilustradas, una especie de *trickle down* invertido, de imitación hacia arriba¹⁰. A esta doble demanda comenzaron a dar satisfacción pequeños grupos de primitivos empresarios —en el lenguaje de la época eran calificados de *filántropos*—, en algunos casos clérigos que regentaban las iglesias a las que estaban asociadas los veneros, pero sobre todo pequeños aristócratas locales y miembros de profesiones liberales que en general actuaban como tales estimulados por una mezcla de interés religioso (una curación que les parecía milagrosa) y material (la oportunidad de negocio). Para hacer atractivos los desplazamientos de las gentes, remozaron viejas instalaciones de baños romanos o musulmanas —en pocos casos se crearon establecimientos *ex novo*—, y solo muy raramente se edificaron instalaciones de acogida de huéspedes y restauración, servicios que solían cubrirse sobre todo con la oferta de los vecinos que residían en las inmediaciones.

Durante el primer tercio del siglo XIX se reforzó el viejo paradigma hidroterápico, aunque comenzaron a aflorar algunos elementos que desembocarán en la irrupción de un nuevo modelo. Pero el desarrollo de este primitivo turismo de salud, al menos en lo que concierne a la oferta de establecimientos, resultó muy poco significativo y en realidad implicó más un crecimiento cuantitativo que cualitativo, debido a una serie de elementos estructuradores que dificultaron ese desarrollo. Pese a que la actividad alcanzó una regulación muy temprana —en 1817 se había promulgado ya un primer reglamento de baños, con carácter pautador para los ulteriores y que impuso la atención médica en los centros hidroterápicos—, se mantuvieron aún durante mucho tiempo determinadas incertidumbres que impidieron una mayor inversión y la aparición de la empresa turística moderna. Entre ellos debemos destacar la indefinición de los derechos de propiedad de las fuentes minerales, pese a los intentos de desamortización de las Cortes de Cádiz, la inestabilidad política que afectaba a nuestro país durante gran parte del siglo (absolutistas y liberales, moderados y progresistas, guerras carlistas) y la escasa disponibilidad de infraestructuras (carreteras, ferrocarriles) que facilitasen el desplazamiento y la comunicación de los enfermos/turistas. Con todo, creció la demanda de usuarios de este turismo de salud en la medida que incorporó a las clases medias, pero el crecimiento de la oferta solo afectó a la cantidad de establecimientos (mientras que en 1816 solo existían 31, hacia mediados de la centuria su número se había multiplicado por 2,6)¹¹, no a su naturaleza. Solo a partir de los años 60 se aprecian las primeras manifestaciones de un cambio que habría de incrementarse hacia el final de la centuria, como la incorporación de la hostelería y la restauración de determinados balnearios en un conjunto dominado aún por la intermediación de los vecinos de las localidades próximas a los centros en el suministro de determinados servicios a los enfermos y sus familias.

¹⁰ Varios autores han empleado este concepto de imitación de las pautas de consumo o de emulación social. Entre ellos, McKendrick (1959-60) aplicó este proceso hacia abajo (*trickle down*), de cómo las clases medias de la Inglaterra de comienzos de la industrialización adquirían las exquisitas (y costosas) cerámicas de Josiah Wedgwood, en un esfuerzo por asimilarse a la aristocracia a la que admiraban y pretendían imitar. En el caso de los balnearios, como sucedió también con la incorporación del hábito de fumar en la España del siglo XVIII o como ocurre en la actualidad en determinados sectores de la industria de la moda de masas, fueron los grupos sociales de rentas altas quienes imitaron las pautas de consumo de las clases populares.

¹¹ Alonso, Vilar y Lindoso (2012), pp. 39 y 68-69.

Hacia el último cuarto del siglo XIX era patente ya un cambio en el modelo de termalismo y el viajero doliente se había transformado en agüista, en bañista. El nacimiento de un nuevo paradigma nos indica que el turista ya no se desplazaba tan solo para recuperar su salud a través de las aguas, sino que utilizaba los baños como elemento de placer. Habían desaparecido los obstáculos que impedían el crecimiento de la concurrencia y, sobre todo, la transformación de la oferta mediante la intervención de la empresa moderna. Entre aquellos obstáculos destacaba la incertidumbre que afectaba a los derechos de propiedad de los manantiales y que limitaba unas mayores inversiones que las asignadas al simple mantenimiento de negocios vetustos y en gran medida relacionados con la beneficencia. La propiedad compartida de las aguas minerales propia del Antiguo Régimen (disociación entre dominio directo y útil) se había convertido en propiedad plena, gracias a la legislación desamortizadora de las Cortes de Cádiz¹², y transferida a los vecinos de los pueblos en los que se alojaban aquéllas; una disposición que respetó la depuración legislativa posterior efectuada por Fernando VII. Tras su muerte, los primeros gobiernos liberales convirtieron estos bienes comunales en propiedad municipal, pero la insolvencia de unos ayuntamientos recién creados, incapaces de asumir los costes de mantenimiento y sanitarios de fuentes y baños, estimuló una transferencia de sus activos a particulares —en forma de arriendos o ventas—, en un proceso que se adelantó en unas décadas a la propia desamortización de comunales. Al mismo tiempo, se produjeron significativas mejoras en la estabilidad política, sobre todo a partir de 1840, tras el fin de la primera Guerra Carlista, que en gran medida había paralizado los desplazamientos hacia los centros termales, mientras que la división en el seno de la familia liberal afectaría ya en menor medida el tráfico de viajeros hacia los centros turísticos. Paralelamente mejoró la red viaria con la construcción de nuevas carreteras y el ferrocarril en la segunda mitad de la centuria, generalizándose asimismo el uso del correo postal, lo que facilitó el traslado de los turistas hacia los establecimientos y permitió además un mayor flujo de información. Desbloqueados los obstáculos institucionales y técnicos, comenzaron a apreciarse modificaciones en la composición de la oferta y la demanda. Se mejoró el acceso a los servicios balnearios para un número superior de grupos urbanos, pese a que se había iniciado la desafección de los de rentas altas, que optaron por la excelencia de las termas centroeuropeas. Esta nueva demanda configuró la aparición de una oferta de nuevo tipo sobre todo en el norte de España (País Vasco, Cataluña y en general la cornisa cantábrica y Galicia), basada en balnearios asociados a grandes hoteles y gestionados por sociedades anónimas, contruidos por arquitectos de reconocido prestigio y en donde se producía una fusión entre lo terapéutico, lo deportivo, lo cultural y lo lúdico, que convivieron con centros más tradicionales. Unos y otros, pero sobre todos los primeros, se convirtieron en polos de sociabilidad a los que acudían los políticos de turno, los militares de moda, los emprendedores de éxito y los intelectuales más afamados¹³. En general, puede afirmarse que este incipiente sector turístico contó con el apoyo de la Administración, que publicitó dentro y fuera del país sus excelencias y asumió la defensa de los usuarios con reglamentaciones más depuradas.

¹² Maluquer (1983).

¹³ Canal i Morell (1992); Madariaga Orbea (2003).

[37]

Asimismo, los intereses de los empresarios turísticos confluyeron en la creación de una patronal en 1906, con intentos de menor éxito en 1866 y 1871.

Con todo, se resistía la ruptura del viejo paradigma, mientras que el nuevo no había acabado de consolidarse. A partir del segundo tercio del siglo XX, sin embargo, las cosas comenzaron a cambiar. Había surgido un serio competidor frente al turismo de salud y bienestar, el llamado *turismo de ola*, que atraía a los bañistas hacia las playas del litoral septentrional. Se difundieron, además, durante la I Guerra mundial nuevas terapias (hospitalaria, farmacológica) que cuestionaron la inutilidad de algunos tratamientos termales para curar determinadas dolencias, lo que contribuyó a alejar aún más la concurrencia. Por su parte, la Guerra civil supuso una destrucción significativa de instalaciones y el empleo alternativo de activos —balnearios convertidos en hospitales de sangre o cuarteles— que evidenciaron claramente la liquidación de una parte significativa de la oferta, mientras que la caída de la renta tras una larga posguerra alteró profundamente las pautas de consumo. Sin embargo, la recuperación de la economía del país durante los años 60 apenas estimuló el restablecimiento del turismo de salud y bienestar, mientras que un serio competidor, el *de sol y playa*, lo puso en entredicho hasta experimentar un fuerte retroceso que llegaría a mediados de los años 80, sostenido a duras penas por una concurrencia rural y campesina.

Esta situación empezó a modificarse a finales del siglo XX con el desarrollo del paradigma interrumpido entre los 30 y los 80 tras un fuerte apoyo de las Administraciones democráticas a través del Imsero, el organismo público que proporciona servicios sociales para las personas mayores. La presencia de una demanda cautiva y en aumento estimuló a algunos empresarios a realizar inversiones en establecimientos de mayor calidad y con posibilidades de diversificación que derivaron de los fuertes encadenamientos que se producían en el sector —balnearios y *spas*, plantas embotelladoras, cosmética, hostelería, servicios sanitarios, instalaciones deportivas y de descanso, formación profesional y ecoturismo— y que han logrado atraer a nuevos tipos de consumidores entre los que predominan los jóvenes de alto poder adquisitivo. Esta dualidad en la demanda, que como hemos visto estaba ya presente en los tiempos de la Ilustración, ha permitido al turismo de salud y bienestar soportar con menores dificultades la situación de recesión que vive en general el turismo español desde 2007.

2. Las modificaciones en la demanda entre 1750 y 1935

No es sencillo cuantificar la evolución de la demanda de turismo de salud y bienestar en España por la ausencia de estadísticas y recuentos hasta mediados del siglo XIX. Para el periodo anterior hemos de remitirnos a información cualitativa que, en general, apunta a una concurrencia muy limitada, salvo entre la población campesina, donde la tradición de acudir a las fuentes medicinales estaba muy extendida ya en el siglo XVIII¹⁴. No obstante, el crecimiento del volumen de desplazados puede apreciarse indirectamente a partir de la incorporación de nuevos grupos sociales al uso de las aguas minerales, como

¹⁴ Véanse Gómez de Bedoya (1764-1765), I, pp. 93-110 y Mellado (1851), IV, p. 596.

los militares y políticos. Durante el último cuarto de siglo XVIII se había difundido el hábito hidroterápico entre determinados estamentos, que se desplazaban de este modo hacia los centros curativos. Uno de los más significativos era el constituido por los militares, entre los que se había generalizado el uso del agua como tratamiento de recuperación tras las intervenciones armadas. A ello había contribuido, sin duda, la orden de 19 de marzo de 1787 del ministerio de la guerra para “que a los individuos del ejército que necesiten baños medicinales, se les asista con seis reales al día, comprendidos los de ida y vuelta; a fin de que pudieran tomar este remedio con comodidad y de modo que les fuese útil”¹⁵. Disponemos, en este sentido, de varios testimonios al respecto. Uno de ellos, de 1789, alude a los militares del regimiento Inmemorial del rey en la isla de Cuba, alguna de cuyas unidades precisaban del remedio. Sin embargo, la orden mencionada había sido publicada en 1787 y aún no había sido comunicada a las colonias, por lo que el Intendente del ejército, en carta al Capitán General de la isla, señalaba que los soldados eran individuos “cuyas enfermedades no sufrían aguardar la resolución de SM sin riesgos de sus vidas”, por lo que “era del sentir se les asista con el expresado auxilio”¹⁶. El segundo testimonio, de 1792, procede de la intendencia de Valencia y según el cual, “de la compañía de fusileros que había en Orán y acaba de establecerse en Cartagena han pasado a tomar baños de aguas minerales, por mandato de los médicos, algunos individuos que se hallaban en aquel hospital real”. En él se mencionaba también otra compañía afectada, la de Inválidos provinciales de Valencia. A todos ellos se les aplicó la orden de 1787¹⁷, que tendría nuevas regulaciones en el siglo XIX.

Respecto a los dirigentes políticos, la situación era similar, algo que podemos apreciar en una lectura atenta de las actas de las Cortes de Cádiz. Durante la celebración de las sesiones parlamentarias, entre 1810 y 1814, se puso de manifiesto cómo este movimiento había calado ya en las pautas de consumo de las élites del país, al punto de constituir una evidencia de la difusión de la cultura del baño medicinal entre aquellos grupos. Aunque el papel de las Cortes resultó fundamental en lo relativo al desbloqueo del tema de la propiedad, que permitió la emergencia de una legislación liquidadora de los señoríos jurisdiccionales que afectaban a las fuentes, incluidas las minerales y termales, existe otra cuestión relacionada con el uso de las aguas que los parlamentarios practicaron durante las casi cuatro legislaturas en que las Cortes permanecieron abiertas. ¿Qué otra cosa se puede deducir si no de las continuas peticiones de licencia de los señores diputados para acudir a los baños? Acostumbrados a considerar a los padres de la patria por sus posiciones ideológicas, resulta conmovedor observarles desde la óptica que nos proporciona el cristal de una salud perdida que busca su remedio en el uso de las aguas. Personas tan distintas como los diputados Isidoro de Antillón o Antonio Capmany, Enrique O’Donell o Vicente José de Castro y Lavandeira abandonaron todos por la misma puerta falsa la sala de sesiones para huir de los veranos tórridos de ese horno que en verano resultaba ser Cádiz. La primera alusión, aún indirecta, a esta cuestión aparece

¹⁵ Archivo General de Simancas, SGU, 6842, 11.

¹⁶ Archivo General de Simancas, SGU, 6842, 11.

¹⁷ Archivo General de Simancas, SGU, 7318, 27.

[39]

registrada en el *Diario de sesiones* de 7 de agosto de 1811. Según referencia textual,

“leyóse igualmente un oficio del Ministro de Estado, en que dando parte a nombre del consejo de Regencia de haberse concedido al Ministro interino de Hacienda de Indias por dicho consejo permiso de ausentarse por dos meses para *tomar baños*, encargando el despacho de los negocios de esta Secretaría al de Despacho de Estado, se resolvió que se conteste a que las Cortes quedan enteradas”¹⁸.

El acta de la sesión de 12 de septiembre de 1811 resulta ya más explícita y en ella participaron varios diputados:

“Alegando el Sr. [José de Castro y] Lavandeira su imposibilidad de poder proceder con acierto en las votaciones, por falta de oído, causada de no haber *tomado los baños minerales* que acostumbraba los demás años, solicitaba una licencia temporal para hacerlo. Concediósele de seis meses el congreso, después de haberse opuesto á la solicitud los Sres. Capmani [sic] y Martínez (D. José), y haberla apoyado los Sres. Anér y Martínez (D. Bernardo)”¹⁹.

Las licencias comienzan así a prodigarse y a experimentar, ya adjudicadas, inciertas moratorias. En la sesión de 23 de noviembre de 1811 “se accedió a la solicitud del Sr. [don Vicente] Cano Manuel [electo por Murcia y presidente de la Cámara], concediéndole dos meses de prórroga de la licencia que se le dio para tomar los *baños termales*”²⁰. Y en sesión de 25 de enero de 1812 “accedieron las Cortes á la solicitud del Sr. Laguna [don Gregorio, mariscal de campo y electo propietario por Badajoz] reducida a que se le concediesen cuatro meses de licencia para ir á *tomar los baños* de Caldas, en la provincia de Beyra en Portugal”²¹. Asimismo, en la sesión de 8 de marzo de 1812,

“se dio cuenta de una representación del regente conde La Bisbal, en que solicitaba que las cortes le concediesen permiso para pasar por veinte días a la isla de León, con el objeto de *tomar algunos baños* que los facultativos que le asisten creen le serán convenientes para la curación de su grave herida”²².

La primera referencia específica a recomendaciones médicas para los padres de la patria corresponde a la sesión de 20 de marzo de 1812 en la que el diputado por Valladolid y diplomático Evaristo Pérez de Castro, futuro ministro de Gracia y Justicia del Trienio liberal y presidente del Consejo de ministros entre 1838 y 1840, manifestaba “que hacía seis meses que estaba sufriendo una indisposición de estómago, para cuya curación necesitaba, según el dictamen del médico, respirar por algunos meses aires que le sean menos contrarios que los de esta residencia [de Cádiz]”, por lo que

“suplicaba que las Cortes le concediesen licencia por cuatro meses, para pasar a la provincia de Extremadura en Portugal, con el objeto de *tomar aguas minerales* que, como

¹⁸ Diarios de sesiones secretas 1810-1814, 1811, p. 372. El subrayado es mío.

¹⁹ Diario de Sesiones de las Cortes Generales y Extraordinarias, nº 345, p. 1813. El subrayado es también mío.

²⁰ Diario de Sesiones de las Cortes Generales y Extraordinarias, núm. 417, p. 2319.

²¹ Diario de Sesiones de las Cortes Generales y Extraordinarias, núm. 478, p. 2687. Las referencias a los diputados están extraídas de Suárez, Federico (2002), *Las Cortes de Cádiz*, Pamplona, Rialp.

²² Diarios de Sesiones de las Cortes Generales y Extraordinarias, marzo 1812, p. 568. El subrayado es mío.

el clima de aquel país, le han probado bien en otras ocasiones; en el concepto de que continuaría asistiendo al Congreso por espacio de veinte o treinta días, que podría tardar en preparar y disponer su viaje”.

En 1812 las licencias para ausentarse de Cortes y acudir a los establecimientos termales parecen generalizarse entre sus señorías. En sesión de 31 de marzo

“Se dio cuenta de una exposición del Sr. D. Vicente José de Castro y Lavandeira, Diputado por la provincia de Santiago de Galicia, su fecha en Baños de Cuntis a 24 de Febrero próximo pasado, en la cual, manifestando no haber podido llegar á tiempo de *tomar los baños minerales* para remedio de la sordera que padece, con cuyo objeto pidió y obtuvo del Congreso en septiembre último licencia por seis meses, suplicaba que para hacer el deseado uso de las aguas minerales en Julio próximo se le prorrogase hasta dicho tiempo la licencia, á cuya solicitud accedieron las Cortes”²³.

En sesión de 8 de junio de 1812, “a petición del Sr. Diputado D. Francisco Pardo [y Patiño, catedrático de la Universidad y electo por Santiago], le concedieron las Cortes licencia por cuatro meses para pasar a su país a *tomar los baños* y reparar su salud”²⁴. Igualmente, en sesión de 15 de junio de 1812 “se leyó una súplica del diputado Benito María Mosquera [y Lera, caballero maestrante y electo por la ciudad de Tui] en solicitud de licencia para pasar a *tomar los baños* de su país, por exigirlo así el mal estado de su salud. Igual licencia pedía el [diputado por Murcia, doctor en Teología y futuro arzobispo de Valencia] padre D. Simón López”. Sin embargo, en esa misma sesión y “a petición del Sr. [don Antonio] Capmany [y Siros de Montpalau, electo como propietario por el principado de Cataluña], que recordó ser un abuso la petición de semejantes permisos en sesión secreta, se mandó que en adelante se diese cuenta de ellas en la pública”²⁵. No obstante, en sesión de 22 de julio de 1813, “se dio cuenta de haber accedido las Cortes, en la sesión secreta de 15 de este mes, a la solicitud del Sr. Pérez de Castro, concediéndole licencia por tres meses para ir a *tomar las aguas termales* de las Caldas de la Reina, de la provincia de Extremadura, en Portugal”²⁶. Los ejemplos podrían así multiplicarse.

A mediados del siglo XIX comenzaron a realizarse los primeros recuentos de viajeros que acudían a los centros hidroterápicos, coincidiendo también con la generalización en el uso de la estadística en otros ámbitos de la Administración²⁷. La decisión fue indirectamente promovida por las Cortes constituyentes de 1836-1837 en el contexto de una discusión en la comisión de Diputaciones provinciales sobre la pertinencia de si los recién creados ayuntamientos pudiesen asumir la propiedad vecinal de las aguas medicinales entre sus bienes de propios y, con ello, la obligación de satisfacer sus costes de mantenimiento y sanitarios (pago a los directores médicos). La insolvencia de los

²³ Diario de Sesiones de las Cortes Generales y Extraordinarias, núm. 534, p. 2985. Subrayado mío.

²⁴ Diarios de sesiones secretas 1810-1814, p. 650. Subrayado mío.

²⁵ Diarios de sesiones secretas 1810-1814, 1812, p. 658.

²⁶ Diario de Sesiones de las Cortes Generales y Extraordinarias, núm. 889, p. 5540. Subrayado mío.

²⁷ <http://www.ine.es/ine/historia.htm>; Sánchez-Lafuente Fernández, J. (1975), *Historia de la estadística como ciencia en España (1500-1900)*. Madrid, Instituto Nacional de Estadística.

[41]

nuevos concejos condujo a un debate parlamentario, cuyos impulsores fueron los diputados Domingo Fontán y Manuel Vázquez de Parga (Galicia) y Jerónimo Martínez Calero (Cuenca), todos ellos con fuertes intereses balnearios y representantes de dos de las comunidades con alta presencia de infraestructuras termales. El debate mantuvo la virtud de actuar de revulsivo sobre el estado de abandono en que se hallaban entonces los establecimientos de baños y empujó al gobierno a tomar medidas tendentes a acabar con aquella situación.

De este modo, a partir de 1840, la Administración practicó una iniciativa cuyo objetivo último estaría en impulsar la modernización de las fuentes minero-medicinales de España, proyecto que delegó en una persona de prestigio profesional y político, el doctor en medicina y cirugía Pedro María Rubio. Entre otros, Rubio había desempeñado los cargos de director médico de varias casas de baño, había ejercido como cirujano de cámara de SM, había sido consejero de Instrucción pública y Sanidad, parlamentario, secretario de la Junta superior gubernativa de Medicina y Cirugía, presidente de la Dirección general del cuerpo de Sanidad militar y miembro de varias sociedades médicas europeas y americanas. Había ejercido, además, como secretario de la Sociedad Económica de Amigos del País en 1835²⁸. El doctor Rubio empezó por la elaboración de un proyecto que permitiera conocer el estado en que se encontraban las aguas termales de España, tanto en sus aspectos sanitarios, como económicos y generales. Para ello, contó con la colaboración de los facultativos de las casas de baño, a los que dirigió un cuestionario muy completo en 1840. Con la información reunida durante varios años, en 1845 comenzó la preparación de una obra, que actualizó en 1851 con las memorias de los directores, y que vio la luz pública bajo forma de libro en 1853 —el *Tratado completo de las fuentes minerales de España*—²⁹, un trabajo exhaustivo que recordaba sin duda la epopeya realizada cien años atrás por el médico gallego Pedro Gómez de Bedoya³⁰. Pedro María Rubio incluyó en su obra las primeras estadísticas científicas que aún hoy utilizamos para reconstruir el proceso de modernización de los balnearios españoles: el volumen de fuentes existentes, la naturaleza de sus aguas, el crecimiento de la demanda de enfermos o la importancia del sector en el conjunto de la economía se llenaron por primera vez de números que hoy nos permiten conocer las dimensiones reales de un fenómeno en ascenso en el seno de la sociedad española de mitad de la centuria, pero que además proporcionaron a los responsables políticos un elemento de primer orden a la hora de poner en marcha actuaciones específicas. Las cifras de ocupación aportadas por Rubio pueden apreciarse en el cuadro 2, desagregadas por los 77 establecimientos entonces en activo.

Las cifras, apoyadas únicamente en datos de los balnearios declarados de utilidad pública, han sido reproducidas parcialmente en algunas investigaciones recientes, pero

²⁸ Catálogo de los señores que componen la Sociedad Económica de Amigos del País de Madrid en 1.º de Enero de 1839, Madrid, Imprenta del Colegio de Sordo-Mudos, 1839.

²⁹ Rubio (1853).

³⁰ Gómez de Bedoya (1764-1765).

[42]

Cuadro 2
Ocupación de los establecimientos balnearios españoles con
director médico, 1847-1851

Establecimiento	1847	1848	1849	1850	1851
Alange (Ba)	602	692	821	940	764
Alcantud (Cu)	400	450	500	450	450
Alhama Aragón (Z)	865	820	890	993	998
Alhama (Gr)	457	148	526	712	744
Alhama (Mu)	464	448	446	354	428
Alhamilla, Sierra (Al)	400	407	433	437	420
Aramayona (Vi)	60	65	186	182	124
Archena (Mu)	1.119	1.426	1.395	1.458	1.498
Arechavaleta (Vi)	476	451	482	453	489
Arenosillo (Co)	100	134	173	160	142
Arnedillo (Lo)	546	625	663	610	655
Arteixo-Carballo (C)	1.421	1.340	1.299	1.235	1.413
B. Montemayor (Cc)	1.507	1.355	1.399	1.650	1.478
Bellús (V)	202	378	230	119	258
Benimarfull (A)	137	80	86	114	208
Busot (A)	880	750	832	710	739
Buyeres de Nava (O)	219	183	60	69	137
Caldas de Besaya (S)	291	598	354	444	554
Caldes de Boí (LI)	719	719	719	719	719
Caldas Oviedo (O)	540	669	642	670	820
Caldas y Cuntis (Po)	985	1.139	1.245	1.236	1.394
Caldelas de Tui (Po)	368	391	368	309	430
Caldas d'Estrac (B)	300	300	300	700	400
Caldes Malavella (Gi)	293	200	550	520	391
Caldes Montbui (B)	307	262	249	294	720
Carballiño-Portavía (Ou)	1.004	990	908	853	905
Carratraca (Ma)	1.527	1.419	2.014	2.422	2.858
Cestona (Ss)	515	512	608	570	512
Chiclana (Ca)	412	465	526	427	329
Córcoles (Gu)	71	71	71	71	71
Cortegada (Ou)	767	953	258	968	1.016
Elorrio (Bi)	486	231	203	159	242
Esparraguera-Olesa (B)	500	1.000	1.000	750	1.000
Fitero antiguo (Na)	422	434	378	295	622
Fitero nuevo (Na)	273	280	245	225	336
Fortuna (Mu)	513	481	482	103	283
Frailes-La Rivera (J)	284	236	319	273	278
Fuencaliente-Puertollano (Cr)	1.454	1.239	1.242	1.320	1.314
Grávalos (Lo)	204	206	212	208	208

[43]

<i>Continuación</i>					
Establecimiento	1847	1848	1849	1850	1851
Graena (Gr)	708	579	605	583	440
Guardavieja (Al)	600	650	700	650	650
Guitiriz (Lu)	0	0	0	435	435
Hermida, La (S)	427	599	622	618	706
Hervideros-Villar (Cr)	351	361	405	223	281
Jabalruz (J)	150	220	250	155	194
Lanjarón (Gr)	375	338	381	420	409
Ledesma (Sa)	2.560	1.800	2.123	2.514	2.284
Liérganes-Solares (S)	200	250	290	250	250
A Toxa (Po)	255	303	366	315	310
Lugo (Lu)	480	513	436	461	488
Malahá, La (Gr)	511	537	668	730	612
Marmolejo (J)	500	550	600	550	550
Martos (J)	300	303	370	374	523
Molar, El (M)	529	416	433	501	452
Molinar Carranza (Bi)	650	800	1.606	902	710
Mula (Mu)	800	800	800	800	800
Navalpino (Cc)	650	400	400	484	484
Ontaneda y Alceda (S)	513	750	774	927	1.007
Panticosa (Hu)	261	248	311	560	594
Paracuellos de J. (Z)	350	411	547	497	570
Paterna la Rivera (Ca)	135	152	172	163	248
Puente Viesgo (S)	400	440	453	498	578
Quinto (Z)	594	549	603	459	567
Sacedón (Gu)	1.405	1.191	880	830	907
San Juan Azcoitia (Ss)	40	36	44	65	48
S. Juan Campos (Pm)	100	108	81	97	97
Santa Águeda (Ss)	618	482	562	502	702
Segura de Aragón	219	193	223	164	225
Solán de Cabras (Te)	32	29	36	37	36
Tiermas (Z)	304	340	308	322	334
Trillo (Gu)	1.258	1.242	1.306	1.335	1.477
Urberoaga Alzola (Ss)	42	54	92	155	80
Vilo (Ma)	379	379	470	252	415
Villatoya (Ab)	270	300	372	347	446
Villavieja Nules (Cs)	443	353	715	91	679
Zaldívar (Bi)	183	183	183	216	150
Zújar (Gr)	279	441	476	353	426
Totales	39.961	39.847	42.977	43.017	46.511

Fuente: Alonso, Vilar y Lindoso (2012), p. 88.

distan mucho de aproximarse a las reales. Y el propio Rubio era consciente de que ocultaban algunos problemas. Se trataba, en primer lugar, de cantidades que contabilizaban tan solo a los enfermos que acudían a los centros que disponían de director médico, pero no a los establecimientos “clandestinos” de procedencia rural, que no elaboraban memoria anual alguna, ni mantenían las mínimas condiciones sanitarias ni

registros oficiales. Pero tampoco aparecían en ellas los acompañantes de los enfermos, es decir, familiares y sirvientes, ni aquellos bañistas que llegaban a los balnearios, en palabras de Rubio, por “recreo, entretenimiento o regalo”, los futuros consumidores de las aguas termales que empezaban a manifestarse en la segunda mitad de la centuria y que revelaban ya el cambio en el paradigma turístico al que hemos aludido.

Cuadro 3.
Estimación de la demanda en los establecimientos balnearios
de España, 1847-1851

Años	A(1)	B(2)	C(3)	Total	Índices
1847	39.961	13.108	24.122	77.191	100,0
1848	39.847	13.096	24.065	77.008	99,7
1849	42.977	13.409	25.630	82.016	106,2
1850	43.017	11.122	24.609	78.748	102,0
1851	46.511	14.957	27.940	89.408	115,8

(1) Bañistas registrados (2) Bañistas no registrados (3) Acompañantes. Fuentes: Para la columna A, Rubio (1853), pp. 604-611. Para el resto, estimación propia considerando B (salvo para los años 1847-1851 en que existen datos reales) el 10% de A y C el 50% de A+B, según metodología de Rubio.

El cuadro 3, que recoge estas cifras, subsanados los pequeños errores contables y tipográficos, nos ofrece un panorama de la demanda termal más próximo a la realidad, que integra a todos sus componentes: los enfermos, con sus familias y allegados que viajaban con ellos, los bañistas que atraídos por “recreo, prevención higiénica o costumbre” y, finalmente, los campesinos que asistían a los balnearios “clandestinos”. Para ello, se ha procedido con la siguiente metodología. La base del cálculo procede del número oficial de enfermos, única cantidad registrada. Para conocer el volumen de demandantes que acudían por factores no exclusivamente de salud —que no estaban enfermos y no se habían registrado—, Rubio extrapolaba las cifras conocidas de las memorias de los Hervideros de Fuensanta, Villar del Ciervo y Mula, que declaraban el número real desglosado y que equivalía a un 6,6%. A continuación, estimaba en un 10% el volumen de enfermos no registrados (centros sin licencia), algo a todas luces insuficiente según las fuentes literarias que repararon siempre en la profusión de establecimientos. Finalmente, para conocer los datos de los acompañantes y familiares de los tres componentes anteriores, Rubio computaba una media del 50% respecto a los enfermos, un cálculo que parece muy conservador, según las informaciones anteriores, y que en todo caso indica que el cuadro refleja solo un mínimo de turistas termales. En suma, se trata de una estimación de conjunto razonable, la única posible a partir de las fuentes que se conocen basadas en las memorias de los directores médicos. Según esta, la afluencia de bañistas habría crecido entre 1847 y 1851 y se acercaba a un 16%, una cifra reducida si pensamos que en 1848 habían llegado a España los ecos de las revoluciones europeas en el contexto de incertidumbre que presentaban los gobiernos moderados y el

[45]

problema carlista, sin haberse resuelto todavía las insuficiencias en transportes y comunicaciones, la escasez de los servicios (hostelería y restauración) y la inseguridad jurídica que bloqueaba el acceso privado a la propiedad de los acuíferos.

Con todo, se estaba produciendo ya en el país un cambio en las preferencias de los consumidores. A la altura de 1850 eran factores determinantes la termalidad de los veneros —los bañistas acudían sobre todo a establecimientos con aguas calientes o muy calientes— y su naturaleza sulfurosa —tal vez por la mayor publicidad desplegada sobre este tipo de manantiales—, frente a otras composiciones, como las ferruginosas, salinas, carbónicas o alcalinas en la nomenclatura de la época. Paradójicamente, solo en tercer lugar destacaba la accesibilidad a los centros y la comodidad de los hospedajes que, como ya hemos visto, habían realizado modestos progresos. En conjunto, la demanda se ajustaba a la oferta porque los establecimientos más abundantes eran los termales de naturaleza sulfurosa y este ajuste se aproximaba cada vez más a las preferencias de los consumidores.

Al mismo tiempo se manifestaba otro cambio en la composición de la concurrencia. Conocer la condición social de los bañistas puede resultar interesante para mejorar nuestra perspectiva de conjunto. En este sentido, las memorias de los directores médicos constituyen una información inestimable, aunque tan solo establecían tres categorías de bañistas (los *acomodados*, los calificados como *pobres* y la *tropa*, entendida esta última como el proletariado del ejército), una clasificación muy poco precisa, pero la única disponible en términos desagregados³¹. *Pobres* y *tropa*, disponían de acceso gratuito a los baños bajo determinadas condiciones. En conjunto, y sin considerar a este último grupo, dado que no conocemos sus cifras en la mayor parte de establecimientos, el número de *pobres* que acudían a los centros era algo más de uno por cada cinco *acomodados*. Para alcanzar la condición de pobre se requería ejecutar una normativa que exigía determinadas certificaciones por parte de párrocos y ayuntamientos de procedencia de los enfermos, lo que con frecuencia se incumplía. En todo caso, está claro que predominaba la llamada clase acomodada (promedio de un 78%). Pero existían excepciones, como la de los balnearios de Murcia (Fortuna y Alhama), Ourense (Cortegada) y algunos andaluces (Marmolejo) y castellano-manchegos (Fuencaliente), en donde los datos de bañistas pobres sobrepasaba el 50% (cuadro 4).

Desafortunadamente y pese a la iniciativa anterior, las estadísticas ulteriores presentan pequeñas lagunas debidas a la limitación del presupuesto público y, además, carecemos de datos entre 1852 y 1858, aunque a partir de esta fecha figuran ya en las publicaciones con cierta regularidad. En 1877 se editó el primer volumen del *Anuario Oficial de las Aguas Minerales de España*, patrocinado por la Administración, una revista que pretendía recoger toda la información sobre el turismo termal producida en España, desde las

31 Se han realizado estimaciones por grupos sociales, que matizan la condición de los bañistas, para balnearios específicos, como los de Caldas de Oviedo, Panticosa, Puente Viesgo y algunos gallegos, pero siempre a partir de fuentes fragmentarias proporcionadas por las memorias de los facultativos, lo que impide su generalización. Véanse al respecto los trabajos de Zapater Montserrat (1998) y Alonso, Lindoso y Vilar (2011).

Cuadro 4.
La condición social de los bañistas (en porcentajes) por establecimientos (provincias) en 1849

Establecimientos	Acomod.	Pobres	Militares	Establecimientos	Acomod.	Pobres	Militares
Alange (Ba)	75	25	-	Frailas (J)	66,6	33,3	-
Alhama de Aragón (Z)	78,6	20	1,4	Fuencaliente (Cr)	50	50	-
Alhama (Gr)	66,6	33,3	-	Fuente Alamo (J)	66,6	33,3	-
Alhama (Mu)	33,3	66,6	-	Gigonza (Ca)	83,4	16,6	-
Alhambilla, Sierra (Al)	87,5	12,5	-	Hermida, La (S)	75	25	-
Archena (Mu)	66,6	16,6	16,6	Herveros Fuencaliente (Cr)	80	20	-
Arechavaleta (Gu)	80,8	14,2	5	Lanjarón (Gr)	75	25	-
Arnedillo (Lo)	74,7	14,2	11,1	Lugo (Lu)	83,4	16,6	-
Arteixo (C)	78,1	14,2	7,7	Marmolejo (J)	50	50	-
B. Montemayor (Cc)	92,8	7,1	-	Martos* (J)	66,6	33,3	-
Benimarfull (A)	85,8	14,2	-	Molar, El (M)	95,1	2,4	2,5
Busot (A)	93,6	33,3	3,3	Ontaneda (S)	80,3	12,5	7,1
Caldas de Besaya (S)	66,6	33,3	-	Panticosa (Hu)	66,6	33,3	-
Caldas de Montbui (B)	50	25	25	Paracuellos Jiloca (Z)	80	20	-
Caldas de Oviedo (O)	80	20	-	Paterna de Rivera (Ca)	75	25	-
Caldas de Reis (Po)	66,8	16,6	16,6	Puerto Viesgo (S)	75	25	-
Carballo (C)	87,5	12,5	-	Quinto (Z)	86,7	8,3	5
Carratraca (Ma)	64,5	33,3	2,2	San Juan Campos (lb)	66,6	33,3	-
Cortegada (Ou)	50	50	-	Sacedón* ((Gu)	75	25	-
Cestona* (Ss)	80	20	-	Segura de Aragón (Te)	88,9	11,1	-
Esparraguera (B)	75	25	-	Tiermas (Z)	66,6	33,3	-
Fitero antiguo (Na)	83,3	8,3	8,3	Trillo (Gu)	54,2	33,3	12,5
Fitero nuevo (Na)	66,6	33,3	-	Vilo (Ma)	75	25	-
Fortuna (Mu)	33,3	66,6	-	Zújar* (Gr)	66,6	33,3	-
				<i>Promedios</i>	78	22	-

(*) Datos de 1850. Fuente: Alonso, Vilar y Lindoso (2012), p. 90.

[47]

modificaciones legislativas a estudios específicos sobre el sector, pasando por el recuento de las cifras de ocupación a partir de las memorias de los directores médicos. En su primitivo consejo de redacción destacaron algunos de los facultativos de mayor prestigio³². El Anuario inició su trayectoria editorial en 1876 y se mantuvo hasta 1889, aunque con una presencia muy precaria, pese a disponer de la correspondiente partida en los presupuestos del Estado. El tomo segundo, por ejemplo, no se publicó hasta 1882 y el tercero hasta 1886, pese a su pretendido carácter anual. La revista se suspendió en 1889 (habiendo publicado únicamente 6 volúmenes) y, pese a los intentos de recuperación en 1915 por parte de los directores médicos, con partida presupuestaria aprobada, el Congreso de los diputados votó en contra de su prolongación y el gobierno pasó por alto sus propias decisiones³³. Habrá que esperar a la llegada de la dictadura de Primo de Rivera para que saliese a la luz una *Guía oficial de los establecimientos balnearios y aguas medicinales de España* (1927), que tampoco mantuvo una gran continuidad. Por ello, el mercado de publicaciones especializadas fue cubierto por la iniciativa privada mediante la difusión más o menos regular de guías ilustradas, colecciones legislativas y otras similares, todas ellas editadas en Madrid durante el primer tercio del siglo xx³⁴.

Desde fines de los años 50 y hasta comienzos de los 80 disponemos de datos para continuar el cálculo de turistas termales en establecimientos españoles. Con todo, y como ya hemos señalado, los datos oficiales solo pretendieron hacer un recuento de los enfermos en los centros declarados de utilidad pública y los propios médicos que elaboraron las estadísticas que figuran en el *Anuario Oficial de las Aguas Minerales de España* en 1877 fueron conscientes de esta situación. Para ello, añadieron al número de bañistas registrados las cifras de los no registrados (enfermos y no enfermos), que calcularon en torno a un 10%, y el de sus acompañantes, que situaron en un 50% de la suma de las dos categorías anteriores. En conjunto, trataron de actualizar la metodología empleada años atrás por Pedro María Rubio, aunque de manera menos explícita, ya que redujeron a tres (bañistas con y sin registro y acompañantes) las cuatro categorías desglosadas por él (bañistas enfermos con y sin registro, bañistas no enfermos sin registro y acompañantes). Por lo tanto, todo estudio sobre la demanda de turismo termal en el siglo XIX ha de apoyarse en estos cuatro componentes: (a) en primer lugar, los enfermos que arribaban a centros oficiales y estadísticamente registrados; b) sus acompañantes, que solían ser familiares, allegados y sirvientes, que no aparecen en las memorias de los directores médicos; c) los bañistas, que llegaban simplemente a tomar las aguas por placer y que tampoco figuraban en sus cálculos y d) los que acudían a los balnearios “clandestinos”, centros sin apenas condiciones higiénicas, habitualmente sin facultativo, y de los que no existen recuentos, aunque sí estimaciones.

³² Como Marcial Taboada de la Riva (Alhama de Aragón), Benigno Villafranca (Santa Águeda), Anastasio García López (Ledesma), Mariano Carretero (Caldas de Oviedo) y José Salgado, este último, facultativo de Carratraca, que dimitió por sus fuertes convicciones republicanas y fue substituido por Manuel Ruiz Salazar (Ontaneda y Alceda).

³³ *Anales* (1920), XXXI-4.

³⁴ Menéndez y Aleixandre (1892); Menéndez, de Miguel y Martínez Carrillo (1906, 1908 y 1909) y Dávila (1897).

Cuadro 5.
Estimación de la demanda en los establecimientos
balnearios de España, 1847-1874

Años	A(1)	B(2)	C(3)	Total	Índices
1847	39.961	13.108	24.122	77.191	100
1848	39.847	13.096	24.065	77.008	99,7
1849	42.977	13.409	25.630	82.016	106,2
1850	43.017	11.122	24.609	78.748	102
1851	46.511	14.957	27.940	89.408	115,8
1859	52.661	5.266	28.963	86.890	112,5
1860	59.269	5.926	32.597	97.792	126,6
1861	69.088	6.908	37.998	113.994	147,6
1862	58.106	5.810	31.958	95.874	124,2
1863	58.417	5.841	32.129	96.387	124,8
1864	69.915	6.991	38.453	115.359	149,4
1865	63.082	6.308	34.695	104.085	134,8
1866	48.443	4.844	26.643	79.930	103,5
1867	68.370	6.837	37.603	112.810	146,1
1868	54.997	5.499	30.248	90.744	117,5
1869	50.566	5.056	27.811	83.433	108
1870	52.603	5.260	28.931	86.794	112,4
1871	56.625	5.662	31.133	93.430	121
1872	55.322	5.532	30.427	91.281	118,2
1873	49.177	4.917	27.047	81.141	105,1
1874	55.936	5.593	30.017	92.293	119,5

(1) Bañistas registrados; (2) Bañistas no registrados; (3) Acompañantes. Fuentes: Para la columna A, Rubio (1853), pp. 604-611 y *Anuario Oficial* (1877), I, p. 291. Para el resto, estimación propia considerando B (salvo para los años 1847-1851 en que existen datos reales) el 10% de A y C el 50% de A+B, según metodología de Rubio (1853), pp. 604-611.

El resultado, con las correcciones oportunas a errores y erratas, figura en el cuadro 5, y arroja algunas sorpresas respecto a la concurrencia durante el quinquenio de 1847-1851. Mientras que en el primer caso la cifra media se situaba en los 80.874 turistas, el promedio de los 19 años transcurridos entre 1859 y 1877 ascendía ya a 95.139, pasando del índice 100 en 1847 al 119,5 en 1874, es decir, se había multiplicado tan solo por 1,2 en 28 años.

Sin embargo, si nos atenemos a otros indicadores cualitativos, veremos que se habían producido algunos cambios en el comportamiento de los consumidores: de una población fundamentalmente campesina que predominaba en el siglo XVIII como usuarios de los baños, nuevos grupos sociales se habían integrado en este primitivo turismo de salud, como las élites políticas y económicas, las profesiones liberales e incluso una parte significativas de las clases medias urbanas. ¿Porqué no se tradujo esto en un incremento más significativo de la demanda? Las razones hay que buscarlas en que aún subsistían una parte de los obstáculos que paralizaban la inversión. Algunos habían desaparecido en el transcurso de la centuria: se había mantenido constante una regulación de la actividad sin grandes modificaciones, salvo las propias de la coyuntura política; se habían definido los derechos de propiedad y, ya antes del Bienio progresista se había

[49]

transferido una parte importante de estos derechos de vecinos y ayuntamientos a empresarios privados. Sin embargo subsistían aún algunos factores negativos que disuadían a los viajeros de desplazarse a los establecimientos de salud: por un lado, la inestabilidad política del periodo (frecuentes cambios de gobierno por la vía militar y la II Guerra Carlista, que se aprecian en la evolución de las cifras); por otro, el escaso desarrollo de infraestructuras viarias y de comunicaciones que tampoco facilitaron estos desplazamientos. Este retraimiento de la demanda provocaba una inhibición de la inversión y de la entrada de la empresa moderna en el sector por su aún escasa rentabilidad. Nada más elocuente para describir esta situación que la exposición elevada al ministerio de la Gobernación por la primitiva asociación patronal en 1869, tras el triunfo revolucionario de la Gloriosa en la que tenían puestas sus expectativas, firmada por el marqués de Santa Marta (propietario de los baños de Ledesma en Salamanca), José Gutiérrez de Cevallos, Manuel Matheu (dueño de las termas de Cervera del Río Alhama, en la Rioja), Francisco Morán (Trillo, Guadalajara) y Francisco Gener, todos ellos liberales radicales a juzgar por los términos con que se expresaban en el documento

“Hoy, Excmo. Sr., ninguno de los recurrentes percibe el dos por ciento de las fortunas que en los baños minerales sepultaron. Y es que la legislación derogada impuso por un lado fastuosidad en los edificios y desembolsos considerables a la industria, mientras por otro tasó los productos y se incautó de la jefatura. Numerosos ejemplos pudieran citar los exponentes en apoyo de esta triste realidad; pues que todos sacrificaron sus capitales al rigorismo de reglamentos suntuosos, y ninguno recibe el exiguo fruto de sus caudales y vigiliass³⁵.”

Cuadro 6.
Evolución de la demanda en los establecimientos balnearios de España, 1873-1882 (índice 1874=100)

Años	A(1)	B(2)	C(3)	Total	Índices
1873	49.177	4.917	27.047	81.141	87,9
1874	55.936	5.593	30.017	92.293	100
1875	62.696	6.269	34.482	103.447	112
1876	82.057	8.205	45.131	135.393	146,6
1877	80.647	8.064	44.355	133.066	144,1
1879	90.411	9.041	49.726	149.178	161,6
1882	96.195	9.619	52.907	158.721	171,9

(1) Bañistas registrados; (2) Bañistas no registrados; (3) Acompañantes. Fuentes: Para la columna A, *Anuario Oficial* (1882), II, p. 464 (1877), I, p. 291 (1889), VI, p. 570 y *Anales* (1899), xv, p. 5. Para el resto, estimación propia considerando B (salvo para los años 1847-1851 en que existen datos reales) el 10% de A y C el 50% de A+B, según metodología Rubio (1853), pp. 604-611.

³⁵ Exposición que los propietarios de baños de aguas minerales dirigen al Excelentísimo Señor Ministro de Gobernación proponiendo bases para la reforma del derecho balneario, Madrid, Imprenta de La América, 1869, pp. 20-21.

Cuadro 7. Concurrencia a los balnearios españoles, 1899-1931 (1882=100)

Años	Concu- rrencia	Índices	Años	Concu- rrencia	Índices	Años	Concu- rrencia	Índices
1899	151.652	95,5	1910	128.109	80,7	1921	149.700	94,3
1902	149.868	94,4	1911	127.854	80,5	1922	147.860	93,1
1903	149.586	94,2	1912	122.403	77,1	1923	146.891	92,5
1904	147.801	93,1	1913	128.268	80,8	1924	158.223	99,6
1905	135.096	85,1	1916	130.814	82,4	1927	156.538	98,6
1906	138.978	87,5	1917	130.910	82,4	1928	157.402	99,1
1907	137.592	86,6	1918	132.947	83,7	1929	138.474	87,2
1908	133.020	83,8	1919	145.822	91,8	1930	140.958	88,8
1909	125.144	78,8	1920	153.205	96,52	1931	136.496	85,9

Fuentes: *Anales* (1907), xix-2 (1910), xxii-1 (1921), xxxii-1 (1921), xxxii-2 (1921), xxxii-3 (1921), xxxii-4 (1921), xxxii-5 (1924), xxxiv-12 y (1931), xxxviii-12. Para la metodología empleada, véase el texto.

A poner fin a esta situación de incertidumbre colaboraron por un lado la instauración del régimen de la Restauración (1874), que dotó al país de una mayor estabilidad política, y la creación de una red de infraestructuras viarias (carreteras, ferrocarriles) y de comunicaciones (servicio de correo). A partir de 1875 las cifras, según el cuadro 6, de demanda comienzan a distanciarse de las del periodo anterior y los números índices (base 1874) pasan de 87,9 en 1873 a 171,9 en 1882, prácticamente duplicándose. Se trata del periodo más brillante en la historia del turismo de salud en España, que se puede calificar como la *belle époque* del termalismo. Acudir al balneario de moda en los veranos se convirtió en una actividad prestigiada para las familias de clase alta y media y los centros, sobre todo los ubicados en el norte, se convirtieron en unos de los grandes polos de sociabilidad del país, donde incluso llegaron a celebrarse consejos de ministros (y el asesinato de un presidente del gobierno). Asimismo, se produjo en esta época la creación de la primera agrupación patronal estable (que se ha mantenido hasta la actualidad, sin interrupción) y los establecimientos de baños con sus grandes hoteles anejos llegaron a publicitarse en las exposiciones universales.

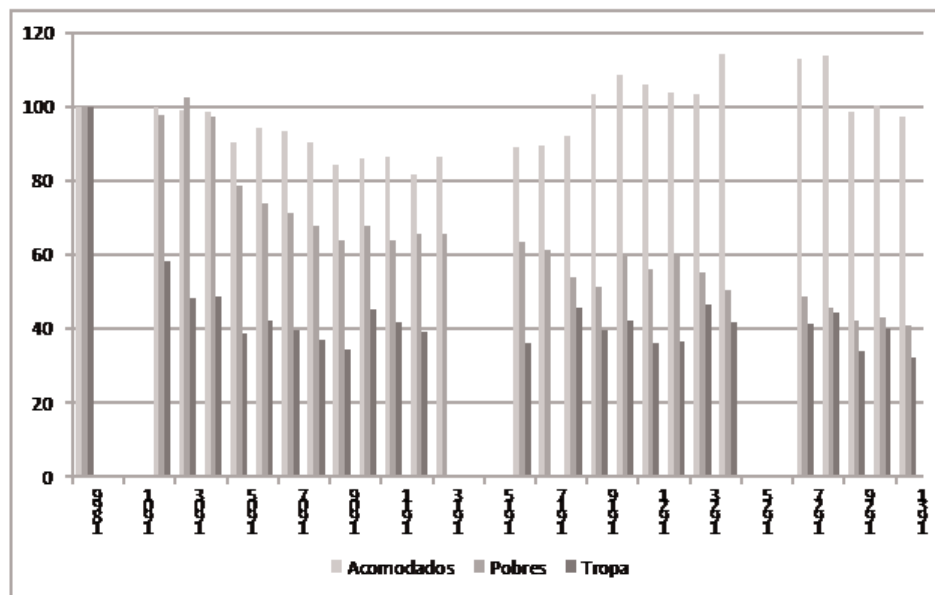
No obstante y pese al cambio de signo en el comportamiento de la demanda (aumenta el número de turistas termales y, sobre todo, se modifican las pautas de los consumidores: al viejo paradigma de turismo de salud se le agrega ahora el de bienestar), los acontecimientos de finales del siglo XIX y primeras décadas del XX van a reducirla de forma significativa. Y aquí volvemos a encontrarnos con un cierto desfase, menor que en décadas precedentes, entre los datos oficiales, publicados en los medios, y los reales. Las tablas elaboradas por la nueva revista editada por los médicos de baños (los *Anales de la Sociedad Española de Hidrología Médica*)³⁶ incorporaban todos los componentes de la demanda (datos oficiales de enfermos, acompañantes y no enfermos) salvo el de la

³⁶ Fundada en 1877, se mantuvo en activo hasta 1936. Véase el monográfico *Historia de la Sociedad Española de Hidrología Médica. Siglo XIX*, en *Balnea* (2006), 2, pp. 20-21.

[51]

concurrancia a los balnearios “clandestinos”, que no disponían de facultativo y por ello no les merecían atención. Sin embargo, alcanzaron a realizar una estimación para el periodo, que cifraron en 10.000 asistentes y 4.000 acompañantes³⁷ que, a falta de mayores matizaciones, podemos tomarla para recomponer un número más ajustado de desplazados.

Gráfico 1. Estructura social de la demanda en el turismo español de salud, 1899-1931 (índices)



Todo ello puede observarse en el cuadro 7, donde el índice de concurrancia en 1899 había descendido ya a 95,5 respecto al de referencia de 1882, lo que evidenciaba una coyuntura negativa que se mantuvo hasta 1912, derivada del encadenamiento entre la depresión finisecular, que afectó sobre todo a las rentas bajas, y los efectos que siguieron a la contienda con los Estados Unidos (inflación y alza del coste de la vida³⁸), con incidencia también en otros grupos sociales, inhibiendo en gran medida los desplazamientos veraniegos hacia los centros de hidroterapia. Una ligera recuperación comenzó a producirse en 1913, tal vez por efecto de la incorporación a los establecimientos peninsulares de grupos sociales de ingresos altos, a quienes la incertidumbre bélica desaconsejaba viajar a los balnearios centroeuropeos, aunque los niveles de concurrancia resultaron muy inferiores a los de 1882 (el 80,8%). La recuperación se confirmó durante y posteriormente a los años de la I Guerra Mundial

³⁷ Véase *Anales* (1914), XXV-5.

³⁸ Maluquer (2005), pp. 1247-1296.

(pese a los efectos negativos coyunturales de la epidemia de gripe de 1918), se hizo más patente durante la Dictadura, aunque no pudo alcanzar índices similares a los de la *belle époque* (99,6% en 1924) y descendió significativamente durante los primeros años del régimen republicano (85,9%). Esta nueva situación de depresión, aunque menor que la que se produjo en el periodo que precedió a la Gran Guerra, estuvo provocada en gran medida por la competencia del *turismo de ola*, que acudía sobre todo a las playas de moda vascas y cántabras, el descubrimiento de nuevos fármacos (desde el pionero líquido de Dakin, un poderoso antiséptico que se mostró muy eficaz contra las infecciones durante la guerra mundial³⁹, a los primeros antibióticos de finales de los años 30) y los avances en medicina y cirugía, que en gran medida sustituyeron a muchas de las aplicaciones terapéuticas atribuidas a las aguas medicinales entre la población acomodada.

Con todo, la crisis de los tratamientos termales no afectó a todos los estamentos de manera similar. En el gráfico adjunto⁴⁰, se desagrega la demanda de los balnearios españoles por grupos sociales. Se trata de una cantidad bruta, la única que es posible establecer con los escasos datos disponibles. En él, hemos de asimilar de nuevo el grupo de los *acomodados* a las clases medias, y el de los de *pobres y tropa* a los de menores ingresos; pese a que se trata de una segregación poco precisa, constituye la única disponible a partir de las fuentes conocidas. Pues bien, según los índices anteriores, en realidad quienes registraron una mayor caída porcentual en la crisis de la concurrencia en el primer tercio del siglo XX fueron estos dos últimos grupos sociales (obsérvese por ejemplo la gran diferencia entre pobres y acomodados, sobre todo durante el periodo de la Dictadura de Primo de Rivera), mientras que las clases medias experimentaron tan solo un descenso moderado entre principios de siglo y la Gran Guerra, para alcanzar posteriormente cifras superiores a las de partida. Solo el final de la Dictadura interrumpió este proceso, que se agravó durante la República y se contrajo con la Guerra civil y la posguerra.

3. Conclusiones

Los estudios sobre turismo de salud apenas han sido considerados desde el punto de vista de la Historia económica en España —ni tampoco en el extranjero—, pese a la abundancia de bibliografía existente desde otras perspectivas científicas y a que su peso en la evolución histórica del sector turístico ha sido fundamental y quizás uno de los de mayor tradición⁴¹. Conocemos ya en líneas generales sus orígenes y evolución durante los

³⁹ En colaboración con el cirujano francés Alexis Carrel, premio Nobel de medicina, el químico británico Henry D. Dakin ideó su conocido antiséptico que actuaba eficazmente como desinfectante para las heridas de guerra. Véase Carrel (1915).

⁴⁰ Fuentes del gráfico: *Anales* (1907), XIX-2; (1910) XXII-1; (1921) XXXII-1; (1921) XXXII-2; (1921) XXXII-3; (1921) XXXII-4; (1921) XXXII-5; XXXIV (1924), 12 y (1931) XXXVIII-12.

⁴¹ La literatura desde la perspectiva de la Historia de la medicina, la Historia social, la Antropología, la Historia de la arquitectura e incluso literaria es abrumadora. Véase al respecto Alonso, Vilar y Lindoso (2012), pp. 194-207. Una excepción la constituyen los trabajos pioneros de Walton y Smith (1996) y Walton (2001 y 2008), en una comparativa entre los establecimientos del Reino Unido y el País Vasco, Larrinaga (2007, 2011, 2012 y 2013), centrados en País Vasco, y de Vilar y Lindoso (2010) y Vilar (2011) sobre Galicia.

[53]

tres últimas centurias y se han publicado también algunos estudios de caso, que habrá que incorporar a los teóricos para confluír en el más general que podamos analizar y comparar a nivel europeo e internacional.

En este trabajo se ha tratado de examinar el turismo de salud desde la perspectiva que proporciona el volumen y la composición de la demanda. Dejando aparte las cifras anteriores a 1850, que apenas conocemos, pero que pueden ser intuitas por informaciones literarias, sabemos ahora que a partir de esa fecha comenzaron a crearse los primeros recuentos científicos a partir de la iniciativa del doctor Pedro María Rubio, patrocinada por los primeros gobiernos liberales. Durante el régimen de la Restauración, la Administración intentó asumir el coste de la elaboración de estadísticas de enfermos/bañistas, pero las dificultades del Tesoro no aseguraron su continuidad. Sería el cuerpo de directores médicos, adscritos por ley a los centros balnearios, los que contribuyeron a elaborar estas cifras en los centros oficiales, a partir de las cuales ha sido posible incorporar todos y cada uno de sus cuatro componentes: los turistas de salud (los únicos que figuran en los recuentos), sus familiares y acompañantes, los agüistas y los que acudían a los establecimientos que no disponían de facultativo ni mantenían garantías sanitarias. Esto nos ha permitido construir una serie temporal en la que puede apreciarse un aumento moderado de la demanda turística en los años centrales del siglo XIX, una subida significativa en el último cuarto de la centuria (la *belle époque*) y una caída continua, con algunas oscilaciones, durante el primer tercio del XX, momento en el que el turismo de salud experimentará una profunda postración, cuyos factores hemos analizado, de la que no se evadirá hasta el cambio del milenio.

Bibliografía

- ALONSO ÁLVAREZ, Luis (2012): “The value of water: the origins and expansion of thermal tourism in Spain, 1750-2010”, *Journal of Tourism History* 4-1 (special issue: *International histories of mineral springs resorts: the Mondariz balneario symposium of 2011*): pp. 15-34.
- ALONSO ÁLVAREZ, Luis, LINDOSO TATO, Elvira y VILAR RODRÍGUEZ, Margarita (2011): *O lecer das augas. Historia dos balnearios de Galicia, 1750-1935*, Vigo, Galaxia.
- ALONSO ÁLVAREZ, Luis, LINDOSO TATO, Elvira y VILAR RODRÍGUEZ, Margarita (2012): *El agua bienhechora. El turismo termal en España, 1700-1936*, Balnearios de Andalucía, Alhama de Granada.
- BLACK, Jeremy (2003): *The British Abroad. The Grand Tour in the Eighteenth Century*, London, Allan Sutton.
- Anales de la Sociedad Española de Hidrología Médica* (1877-1936): Madrid.
- Anuario Oficial de las Aguas Minerales de España* (1877-1889): Madrid.
- BOUZA, Jerónimo (2000): “La difusión de la innovación científica y el desarrollo de la balneoterapia: la incorporación de los procesos de la química”, en *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, vol. 4, núm.69.
- BOYER, Marc (1996): *L'invention du tourisme*, París, Gallimard-Découvertes.
- BOYER, Marc (2002): “El turismo en Europa, de la Edad Moderna al siglo xx”, en *Historia Contemporánea*, especial *Turismo y Nueva Sociedad*, vol. 2, núm. 25.
- CANAL I MORELL, Jordi (1992): “La sociabilidad en los estudios sobre la España contemporánea”, *Historia Contemporánea*, núm. 7, pp. 183-201.
- CARREL, Alexis (1915): “Traitement abortif de l'infection des plaies”, *Bulletin Ac. Méd.*, 3 sèr., núm. 74, pp. 341-8.
- CORBIN, Alain (1993): *El territorio del vacío. Occidente y la invención de la playa (1750-1840)*, Barcelona, Mondadori.
- DÁVILA, Miguel (1897): *Guía de los establecimientos balnearios de España. Temporada de 1897*, Madrid.
- DURIE, Alastair J. (2012): “A fading movement: hidropathy at the Scottish Hydros 1840-1939”, *Journal of Tourism History* 4-1 (special issue: *International histories of mineral springs resorts: the Mondariz balneario symposium of 2011*), pp. 57-74.
- GÓMEZ DE BEDOYA, Pedro (1764-1765): *Historia universal de las fuentes minerales de España*, Santiago de Compostela, Imprenta de Ignacio Aguayo, 2 volúmenes.
- JARRASÉ, D. (2002): “La importancia del termalismo en el nacimiento y desarrollo del turismo en Europa en el siglo XIX”, *Historia Contemporánea*, especial *Turismo y Nueva Sociedad*, vol. II, nº 25.

[55]

- LARRINAGA RODRÍGUEZ, Carlos (2007): “De las playas frías a las playas templadas: la meridionalización y popularización del turismo de ola en España en el siglo XX”, comunicación al *I Congreso Latinoamericano de Historia Económica*, Montevideo.
- LARRINAGA RODRÍGUEZ, C. (2011), “Termalismo y turismo en la España del siglo XIX”, en C. BARCIELA, C. MANERA, R. MOLINA y A. di VITTORIO (eds.), *La evolución de la industria turística en Italia y España*. Palma de Mallorca, Institut Balear d’Economia, pp. 569-608.
- LARRINAGA RODRÍGUEZ, C. (2012), “Orígenes del turismo en España. Las aguas de la vida”, *Anuario IEHS*, 27 (en prensa).
- LARRINAGA RODRÍGUEZ, C. (2013), “Nacimiento y evolución del termalismo vasco durante el siglo XIX. El caso de Guipúzcoa”, TST, nº24, pp. 58-84.
- MADARIAGA ORBEA, Juan José (2003): “Los lugares de sociabilidad en Euskal Herría, siglos XVIII y XIX”, *Vasconia. Cuadernos de Historia y Geografía* 33, pp. 333-370.
- MALUQUER, Jordi (1983): “La despatrimonialización del agua: movilización de un recurso natural fundamental”, *Revista de Historia Económica*, año I, núm. 2, pp. 79-96.
- MALUQUER, Jordi (2005): “Consumo y precios”, en A. CARRERAS y X. TAFUNELL SAMBOLA (eds.), *Estadísticas históricas de España: siglos XIX-XX*, Bilbao, Fundación BBVA, pp. 1247-1296.
- MCKENDRICK, Neil (1959-1960): “Josiah Wedgwood: An Eighteenth-Century entrepreneur in Salesmanship and marketing techniques”, *Economic History Review*, vol. 12-3, pp. 408-433.
- MELLADO, Francisco de Paula (1851): *Enciclopedia Moderna. Diccionario universal de Literatura, Ciencias, Artes, Arquitectura, Industria y Comercio publicada por [...]*, Madrid, Establecimiento Tipográfico de Mellado, tomo IV.
- MENÉNDEZ, Carlos, ALEIXANDRE, Joaquín María (1892): *Colección legislativa de baños y agua minero-medicinales*, Madrid, Imprenta de Ricardo Rojas.
- MENÉNDEZ Y FERNÁNDEZ, Carlos, Emilio de MIGUEL Y PAREDES y Fernando MARTÍNEZ CARRILLO (1906): *Guía oficial de las aguas minero-medicinales y establecimientos balnearios de España. Temporada de 1906*, Madrid, Imprenta Hijos de J.A. García.
- MONTSERRAT ZAPATER, Octavio (1998): *El balneario de Panticosa (1826-1936)*, Zaragoza, Diputación General de Aragón.
- RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ, J.A. (2007): “Agua que aún mueve molino: aproximación a la historia balnearia”, *Anales de Hidrología Médica*, vol. 2, pp. 9-26.
- RUBIO, Pedro María (1853): *Tratado completo de las fuentes minerales de España*, Madrid, Establecimiento Tipográfico de Rivera.

- SÁNCHEZ FERRÉ, J. (2001): “Arquitectura y sociedad. Crónica de los balnearios de España”, en Juana Baeza RODRÍGUEZ-CARO, Juan Antonio LÓPEZ GETA y Antonio RAMÍREZ ORTEGA (eds), *Las Aguas Minerales en España. Visión histórica, contexto hidrogeológico y perspectiva de utilización*, Madrid, Instituto Geológico y Minero de España.
- STOYE, John W. (1952): *English Traveller Abroad, 1604-1667: Their Influence in English Society and Politics*, Londres, J. Cape.
- URKIA ETXABE, José María (1985): *Historia de los balnearios guipuzcoanos*, Bilbao, Euskal-Medikunzaren Historia-Mintegua y Medikuntzaren Historiaren Euskal Elkarte.
- VILAR RODRÍGUEZ, Margarita (2011): “Balnearios, intereses políticos y desarrollo turístico en el noroeste de España: el caso de A Toxa y Mondariz (1874-1935)”, *Cuadernos de Historia Económica*, 33, pp. 163-185.
- VILAR RODRÍGUEZ, Margarita y LINDOSO TATO, Elvira (2010): “El sector balneario gallego desde una perspectiva histórica (1780-1935)”, *TST. Transporte, Servicios y Telecomunicaciones*, 19, pp. 138-165.
- WALTON, John K. (1983): *The English Seaside Resort: A Social History 1750-1914*, Leicester, Leicester University Press.
- WALTON, John K. & SMITH, John (1996): “The first century of beach tourism in Spain: San Sebastián and the ‘playas del norte’ from the 1830s to the 1930s”, en John TOWNER, Michael BARKE y Michael Thomas NEWTON (eds.): *Tourism in Spain: critical issues*, Wallingford: CAB Publications, pp. 35-61.
- WALTON, John K. (1997): “The Seaside Resorts of Western Europe, 1750-1939”, en S. FISHER (ed), *Recreation and the Sea*, Exeter, University of Exeter Press, 1997, pp. 36-56.
- WALTON, John K. (2001): “Consuming the Beach. Seaside Resorts and Culture of Tourism in England and Spain from the 1840s to the 1930s”, en BARANOWSKI, Shelley & Ellen FURLOUGH (eds.), *Being Elsewhere. Tourism, Consumer Culture, and Identity in Modern Europe and North America*, The University of Michigan Press, 2001.
- WALTON, John K. (2008): “Tourism and consumption in urban Spain, 1876-1975”, en AFINOGUÉNOVA, Eugenia y Jaume MARTÍ-OLIVELLA (eds.) *Spain is (still) different: tourism and discourse in Spanish identity*, Lanham, MD, Lexington Books/Rowman and Littlefield, pp. 107-27.
- WHITE, R. (2012): “From the majestic to the mundane: democracy, sophistications and history among the mineral spas of Australia”, *Journal of Tourism History* 4-1 (special issue: *International histories of mineral springs resorts: the Mondariz balneario symposium of 2011*), pp. 85-108.