

INGRÉS D'ACADÈMICS CORRESPONENTS

CLÍNICA I SALUT PÚBLICA: SINGULAR I PLURAL (ELEMENTS PER A LA HISTÒRIA DE LA SALUT PÚBLICA)

SEGURA i BENEDICTO, Andreu

Acadèmic corresponent.

PARAULES CLAU: Salut Pública, epidemiologia, clínica, història, urbanisme

Els orígens immemorials de la clínica potser són anteriors a l'espècie humana. No és inversemblant que comencessin en algunes bandes d'homínids en les que les mares ajudaven les femelles gestants en el moment del part, que en els bípedes no només és dolorós sinó que també suposa un risc apreciable de mortalitat materna i infantil.

En canvi, les activitats higièniques col·lectives durant tot el període paleolític no sembla que requerissin una capacitat organitzativa massa complexa. Això va canviar radicalment al neolític. La domesticació del blat al creixent fèrtil, amb el desenvolupament de la ramaderia, generaren el sedentarisme urbà. I la viabilitat de les ciutats necessitava d'alguna mena de sanejament, de l'abastiment d'aigua potable, de l'emmagatzematge i la conservació d'aliments, de l'evacuació de residus o de la inhumació de cadàvers, que són la base de la protecció col·lectiva de la salut comunitària i un dels fonaments de la salut pública. I, el que és més decisiu encara, una cohesió social suficient per garantir la convivència.

La idea bàsica és identificar, respectar i fomentar aquells costums imprescindibles per coexistir i a l'ensem per desacatar els que obstaculitzen la cohabitació. Es tracta de destriar els bons hàbits dels dolents, és a dir, donar-los valor, qualificar-los èticament o moral. Així, en grec «costum» és *ethos* i en llatí *mor-mores*, amb el que potser en el mateix moment que naixia la salut pública també ho feia la moral. També «ciutat» en grec és *polis* i en llatí *civis*, les arrels del civisme i de la política. La urbanització és, doncs, l'element clau per entendre

el desenvolupament de la humanitat, la creació de societats humanes cada vegada més complexes.

Si assumim, tal com ens proposa l'Institut de Medicina dels EUA, que la salut pública és tot allò que des de la societat fem per a mantenir i millorar la salut, el sanejament primitiu no era ben bé salut pública, perquè no eren capaços d'associar aquelles activitats amb la prevenció de les patologies. Sí que tenien a veure amb la supervivència, qualitat necessària però no suficient per relacionar-se amb la salut.

No conec dades sobre la relació, en aquella època, entre la clínica i la Salut Pública o les activitats que avui identifiquem com a tals. Tanmateix, els clínics (si més no els hipocràtics) s'havien adonat de la influència de l'entorn, tant geogràfic com cultural, sobre la salut i les malalties de les persones. Així ho suggereix l'opuscle «Dels aires, les aigües i els llocs» que, de fet, inspirarà topografies mèdiques molt posteriors.

Però la perspectiva hegemònica dels clínics, i també dels naturalistes, era la del pacient amb els seus problemes, trastorns, alteracions o disposicions dolentes en les persones (*malus habitus* en llatí) i malalties, que en castellà són *enfermedades* (manca de fermesa). Aquesta perspectiva s'ha tornat a posar de moda actualment quan es reivindica una sanitat o una atenció sanitària basada en el pacient, ni que sigui per donar sentit a la medicina iònica, atòmica o molecular, que és la que ha esdevingut hegemònica.

Les societats humanes són sistemes emergents, les característiques dels quals les fan no solament una cosa més gran, sinó una cosa diferent. El mateix passa amb el cervell, que no és només un con-

junt de neurones, o amb un eixam, que no és simplement un conjunt d'abelles. Tampoc les ciutats no són tan sols un conjunt de veïns. Aquesta perspectiva, sense ignorar la comunitat o la societat, no posa el focus en les col·lectivitats que no són simplement conjunts d'individus (anàlogament a la salut, que no és solament absència de malaltia).

Precisament, l'urbanisme i, amb ell, el sanejament, s'aniran desenvolupant a diverses contrades del planeta, des de la Mesopotàmia, la vall de l'Indo, probablement d'altres zones del continent asiàtic i també a Egipte. Tanmateix, la informació més prolixa de la que disposem aquí és particularment la que pertoca a la Grècia clàssica i, sobretot, a Roma.

A la Roma d'August, amb prop d'un milió d'habitants, es va crear un cos de funcionaris imperials per tal de garantir l'abastiment i la qualitat de l'aigua potable amb un sistema d'aqüeductes i cisternes que també s'encarregava d'inspeccionar els mercats de queviures.

Sense comentar situacions anteriors, l'epidèmia de pesta bubònica del segle XIV va accentuar aquesta relació, de manera que els clínics de l'època adoptaren un paper explícitament protagonista en la prevenció i el control del problema comunitari. I fou a Ragusa, l'actual Dubrovnik (Il·lavors territori venecià), on s'implementà la primera quarantena documentada que, ves per on, no fou de quaranta dies sinó de trenta, un *trentino* que els venecians van perllongar fins a quaranta dies. Aquesta xifra no estava basada en cap període d'incubació (sense cap fonamentació aleshores), sinó en les creences religioses. No endebades el diluvi universal va durar quaranta dies i quaranta nits i, abans de sortir a predicar, Jesucrist va passar-se quaranta dies al desert per a purificar-se. Per tant, les quarantenes tenen una arrel depuradora que no ha acabat d'esvair-se.

Des dels grecs fins gairebé finalitzat el segle XIX, molts metges i sanitaris creien que les malalties, o moltes d'elles, eren provocades pels miasmes, una mena d'emanacions pútrides que corrompien els organismes alterant en molts casos l'equilibri entre

els quatre humors bàsics: flegma, bilis negra, bilis groga i sang, anàlegs per cert a les quatre formes de la matèria: aire, aigua, terra i foc.

És clar que també hi havia qui les atribuïa a l'acció d'uns essers invisibles i minúsculs com llavors que podien encomanar-se. Les quarantenes tenien alguna lògica per als contagionistes, mentre que els miasmatistes creien en la neteja. Però tant els uns com els altres compartien la idea de rentar la brutícia, la corrupció física i moral, per tal de redimir les culpes.

El 1582 la pesta va afectar l'Alguer, on hi havien contractat un metge calabrès, Quinto Tiberio (Tito) Angelerio, precisament per tal que pogués afrontar adequadament les vicissituds epidèmiques. Com va explicar Pascual Scanu durant el Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana¹ celebrat a Perpinyà, Angelerio no solament va atendre els malalts de pesta bubònica, sinó que va coordinar les activitats de control i de prevenció de la plaga i, el que és més important, va retre comptes de la seva actuació mitjançant dos informes oficials, un en llatí i l'altre en castellà; no endebades l'Alguer estava regit per Felip II. En aquests documents, apareix per primera vegada que se sàpiga la paraula «epidemiologia»², un neologisme d'Angelerio per a qualificar l'estudi de la plaga. Però és que, a més, publicà les mesures adoptades i les recomanacions per prevenir i controlar la situació en català, la llengua que parlaven els veïns descendents de la repoblació forçosa per part de Pere el Cerimoniós.

L'epidemiologia no és independent de la clínica, perquè és conseqüència d'un propòsit clínic que pretén aplicar les lleis de les probabilitats i l'estadística a l'estudi i el coneixement de les malalties que afecten els pacients personalment, individualment. La iniciativa de Pierre Louys (1787-1872) va traslladar l'objecte d'interès del pacient individual al conjunt de malalts per aplicar-hi l'estadística que Laplace desenvolupava en aquella època³. Louys fou col·lega de William Farr (1807-1883), responsable de les estadístiques vitals d'Anglaterra i Gal-

les i fundador amb Chadwick i Snow de la London Epidemiological Society.

Tot i que és a l'esmentat Quinto Tiberio Angelerio (1532-1617) a qui devem la paraula mateixa, fou el veterinari Joaquín de Villalba (1752-1807) l'autor de l'*Epidemiologia española* publicada el 1803⁴ i el responsable del ressò que va tenir arreu. Per cert, bon amic d'Antoni Gimbernat.

Així doncs, l'epidemiologia neix des de la clínica, aportant a la medicina un instrumental del que no disposava des dels orígens hipocràtics. La influència de l'entorn geogràfic i social que fa palesa l'obra «Dels aires, aigües i llocs»⁵ no es pot traduir en mètodes i procediments analítics i operatius romanent només descriptiva. Aquest plantejament serà recuperat per topografies mèdiques des del segle XVIII, entre les quals hi destaca la història natural i mèdica del principat d'Astúries de Gaspar Casal. Amb la seva multiplicació, aquestes obres esdevindran un estímul per a la medicina social propugnada per Peter Frank, Rudolf Virchow, Mateo Seoane i tants d'altres.

En qualsevol cas, la implicació de la medicina en la protecció col·lectiva de la salut de la comunitat, incentivada per les epidèmies i pandèmies que periòdicament anaven afectant les poblacions locals, s'anà intensificant fins ocupar el paper que la salut pública havia desenvolupat independentment de la clínica.

Les epidèmies de còlera que es propagaren per Europa durant tot el segle XIX accentuaren aquesta situació. Per una banda, estimularen la promulgació l'any 1848 de la Public Health Act, partint d'una perspectiva sanitària basada en la creença en les miasmes, però no clínica: la que propugnava Edwin Chadwick (1800-1890), autor d'un informe sobre les condicions sanitàries de la classe obrera anglesa contemporani de l'obra d'Engels però bastit des d'un plantejament d'acumulació de capital i d'increment de la productivitat. I, per una altra banda, la constitució l'any 1850 de la Societat Londinenca d'Epidemiologia, que integrava clínics i sanitaris, miasmatistes i contagionistes.

D'ençà d'aleshores, l'epidemiologia esdevingué el mètode de treball de la salut pública per al control de les epidèmies a la vegada que anava incorporant-se a les diverses especialitats mèdiques fins la constitució de l'epidemiologia clínica. Les pandèmies colèriques del segle XIX tingueren més conseqüències, com ara la creació d'una primera conferència internacional de sanitat (1851).

L'enfocament de la salut pública és el de la perspectiva col·lectiva i poblacional, que no és contraposada a la mirada individual de la clínica però sí diferent. Ben diferent, fins al punt que, de vegades, es poden plantejar dilemes entre les opcions recomanades des de l'una o des de l'altra.

La promulgació de la Public Health Act (1848) va influir en el desenvolupament del compromís polític per part dels estats nacionals amb la protecció col·lectiva de la salut comunitària. Aquesta influència abastà també l'espanyola Ley de Sanidad Nacional de 1855, que determinà l'evolució dels serveis governamentals de la sanitat oficial fins els nostres dies. Tanmateix, cal esmentar el plausible intent dels lliberals i progressistes de promulgar una llei de sanitat emparada per la Pepa, la constitució de Cadis de 1812.

Aquesta iniciativa inspirà destacats sanitaris com el granadí Rafael Rodríguez Méndez⁶ (1845-1919), acadèmic numerari d'aquesta casa i autor molt prolífic en els àmbits de la higiene privada i de la higiene pública, que eren les preferides dels professionals interessats en la medicina social.

Un altre higienista destacat fou Pere Felip Monlau (1808-1871), autor del pamflet «Abajo las Murallas» que va guanyar el premi convocat per l'Ajuntament de Barcelona l'any 1841. Per cert, les muralles medievals que Felip V va prohibir demolir van començar a enderrocar-se durant la pandèmia colèrica de 1854, la qual cosa va propiciar la remodelació de la ciutat mitjançant l'eixample de Cerdà (1815-1876).

La llei del 1855 i la Instrucción General de Sanidad del 1904 van conformar definitivament l'estructura dels serveis governamentals de la sanitat oficial espanyola, que era el que més s'assemblava

a la salut pública anglesa. Eren uns serveis organitzats piramidalment sobre la base dels sanitaris locals, dependents dels municipis però retribuïts des de l'Administració central i aplegats al voltant d'un cap local de sanitat. En el vèrtex estava la Dirección General de Sanidad del ministeri de la governació (o de l'interior, segons les èpoques), passant per les Jefaturas Provinciales de Sanidad.

Els metges, farmacèutics, practicants i veterinaris titulars compaginaven les seves responsabilitats com a professionals lliberals amb els deures de vetllar i protegir la salut comunitària. Tradicionalment, aquestes figures havien estat desenvolupades pels municipis amb suficient capacitat econòmica i política. Un exemple n'és el cèlebre però poc conegut Ramon de Tesserach, el primer metge del comú de la ciutat de Barcelona nomenat, tal com va dir Oriol Casassas en el parlament dels premis de l'Acadèmia l'any 1992, durant l'epidèmia de pesta negra de mitjans del XIV ja esmentada.

L'època de la pesta a Barcelona va ser retratada prou detalladament per Fernando Parrilla⁷, un esforç que cal agrair-li igual que la revisió de Ferran Sabaté⁸ dels segles XIX i XX. Remeto a aquestes publicacions a les persones interessades en la història de la salut pública catalana sense oblidar la tesi de Carles Hervàs, també acadèmic, sobre la sanitat a la darrera guerra civil⁹.

La salut pública va passar com va poder la llarga nit del franquisme, amb més pena que glòria tal com ens desvetlla Esteban Rodríguez Ocaña¹⁰. Tanmateix, es va anar covant un brou propici per al renaixement de la salut pública catalana, sobretot a les acaballes del règim franquista.

Resulta que el 7 d'abril (curiosament, Dia Internacional de la Salut des de l'any 1948) del 1976 se celebren les primeres eleccions al Col·legi de Metges de Barcelona després de la mort de Franco. I guanya una candidatura de coalició encapçalada per Carles Pijoan, que a causa d'una malaltia cedirà la presidència a Antoni Mirada el 1979 amb Ramón Espasa com a vicesecretari.

Pel que fa a la Salut Pública, és molt rellevant la creació del Gabinet d'Assessorament i promoció de

la Salut (GAPS) com una secció col·legial. La seva actuació principal és la d'una veritable escola de salut pública que fomenta la recerca i la docència, una iniciativa que devem sobretot a Nolasca Aca-rín amb el suport indestructible de Núria Agell. El GAPS aplegà molts dels professionals cabdals de la nostra sanitat, entre els quals ve a tomb recordar l'enyorat Jordi Gol i Gurina del qual celebrem enguany el centenari del seu naixement. De particular interès és l'organització del primer curs de salut comunitària que se celebrà a Espanya i que tant pel programa com per la durada es pot equiparar a un màster de salut pública.

També fou decisiu el Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, celebrat entre els dies 23 i 26 de setembre d'aquell any 1976 al Palau de Congressos de Perpinyà. Va ser presidit per Josep Alsina i Bofill, i a la seva segona ponència «La funció social de la Medicina» seria adoptada la definició de salut defensada per Jordi Gol.

Altrament, el restabliment de la Generalitat provisional la tardor del 1977, abans de la promulgació de la constitució, donà lloc a la creació del govern de concentració presidit pel molt honorable Josep Tarradellas. La cartera de Sanitat (Conselleria de Sanitat i Assistència Social) pertocà a l'honorable Ramón Espasa, del PSUC, qui dirigí el departament fins les primeres eleccions autonòmiques del 1980.

Cal esmentar que, com a conseqüència de les transferències de planificació sanitària i de salut pública, l'equip d'Espasa elaborà el Mapa Sanitari de Catalunya i acollí les quatre autoritats provincials de sanitat nomenant Joaquim Enrech i Salazar, llavors cap a Lleida, com a nou director de Salut Pública de la Conselleria, responsable de la vigilància epidemiològica i del control de les epidèmies.

El GAPS va tenir una notable influència en el desenvolupament de la salut pública a Catalunya de manera tant directa com indirecta, estimulants la renovació d'institucions com l'Institut Municipal d'Higiene, avui l'Agència de Salut Pública de Barcelona, o de la societat de microbiologia, higiene i medicina preventiva de l'Acadèmia que l'any 1980 s'anomenaria de Salut Pública de Catalunya i de

Balears i que forma part de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).

El juliol del 1981, la Conselleria de Sanitat i de Seguretat Social del govern de CiU i ERC regida per l'honorable Josep Laporte i Salas rebé la transferència de l'assistència sanitària de la Seguretat Social, juntament amb el País Basc i molt abans que altres comunitats autònomes (Andalusia el 1984, el País Valencià el 1987, Galícia i Navarra el 1990, Canàries el 1994 i la resta de comunitats autònomes el 2001). Aquest fet polaritzà forçosament la gestió catalana de la sanitat cap a l'assistència personal en detriment d'una salut pública més significada, específicament adreçada a la protecció i la promoció col·lectives de la salut de la població.

Així, la desproporció entre la perspectiva individual de la clínica i la col·lectiva de la salut pública no solament romangué sinó que augmentà, malgrat o potser gràcies a la influència de l'informe sobre la salut dels canadencs de Marc Lalonde basat en la proposta de Lafontaine sobre els determinants de la salut. La constatació que la influència del medi i de les conductes de les persones sobre la salut era molt superior a la influència del sistema sanitari podia haver conduït al revifament d'una salut pública per sobre de l'atenció clínica individual, però en canvi va fomentar, amb d'altres influències similars, l'adopció d'activitats clíniques preventives i d'una promoció de la salut esbiaixada per la perspectiva patogènica original de la clínica.

Aquestes activitats esdevenen en moltes ocasions poc eficients i, el que és més important, poc equitatives, la qual cosa comporta el perill d'afeblir i fins i tot d'anorrear la sanitat de l'estat del benestar allà on encara sobreviu (com ara a casa nostra) i d'acabar retornant a la sanitat de la beneficència per als pobres mentre que els privilegiats gaudirien d'una sanitat més consumista, amb els corresponents avantatges i inconvenients com ara la iatrogènia (per acció o per omissió).

D'aquí la conveniència si més no teòrica i tal vegada ideològica d'equilibrar les dimensions clínica i col·lectiva de la sanitat, avui desproporcionada i orientada de manera individual: els pacients

són sotmesos a múltiples intervencions amb un propòsit preventiu que no sempre pot reeixir, ateses les condicions de vida de les persones que modulen notablement els seus comportaments.

Aquest replantejament requereix necessàriament el desenvolupament d'una salut pública que pugui relacionar-se com a mínim d'igual a igual amb la clínica, aportant allò que la clínica difícilment podrà proporcionar (almenys genuïnament): la perspectiva col·lectiva i els valors que la sustenten, virtuts i qualitats que no coincideixen sempre amb els de la deontologia mèdica però que resulten més apropiats per a afrontar els problemes col·lectius de salut de les poblacions humanes que no són la mera suma dels individus que les componen.

Des de la Catalunya d'avui, aquestes aspiracions s'han intentat materialitzar unes quantes vegades, algunes en el sentit d'enfortir la salut pública mateixa. D'aquí la creació del Consorci Institut Universitari de Salut Pública l'any 1994, que fou dissolt a les acaballes del 2002 tot i que havia deixat de ser operatiu un parell d'anys abans com a conseqüència de la manca de voluntat de les tres institucions consorciades: el Departament de Sanitat de la Generalitat (que en fou l'impulsor), l'Ajuntament i la Universitat de Barcelona.

Cal congratular-se, però, de la persistència de la titulació del Màster de Salut Pública, que inicià la UB el curs 1989-90 i que l'ISP acollí des del 1994. Actualment és responsabilitat de la UPF amb la implicació de les agències de salut pública de Barcelona i de Catalunya, de la Diputació de Barcelona i de l'IS Global entre d'altres patrocinadors.

Tanmateix, per a equilibrar l'aclaparadora hegemonia cultural, científica, social i política de la clínica sembla imprescindible reorientar el sistema sanitari, tal i com ja recomanava el 1986 la primera conferència internacional de promoció de la salut mitjançant la coneguda carta d'Ottawa. En ella, també s'aconsellava l'empoderament i l'emancipació de les persones i de les poblacions per tal que prenguessin el control i assumissin la seva responsabilitat sobre la seva salut i els seus determinants.

Aquesta autoritat estava orientada a neutralitzar la medicalització excessiva i poc adient de la vida quotidiana, que, si bé ens ha procurat uns quants beneficis tangibles, ens mena a una situació difícilment sostenible i poc equitativa.

El cas és que la genuïna emancipació, abolint l'alienació, no és tasca fàcil, perquè no s'assoleix amb una educació sanitària (ni que ara es digui alfabetització): massa sovint, això consisteix en un adoctrinament per imposar les nostres creences que, ves per on, ens ajuden a satisfer els nostres interessos.

Almenys fins ara, aquesta dificultat ha limitat, si no gairebé arruïnat, els afanys i conats per redreçar el sistema sanitari a casa nostra. Alguns intents han estat més aviat voluntaristes, com ara la participació en la iniciativa de l'OMS Towards Unity for Health (TUFH) que l'any 2000 seleccionà dotze projectes d'integració de les institucions socials i sanitàries rellevants per a la salut comunitària, entre ells un de l'equip d'atenció primària de la Barceloneta gràcies al prestigi del professor Oriol Bosch i al recolzament de Charles Boeren. Aquesta experiència va estimular el desenvolupament de la xarxa AUPA, la versió catalana del PACAP de la semFyC.

Altrament, també fou d'interès l'assaig de modernització de l'atenció primària accentuant el component comunitari que encapçalà Amando Martín Zurro durant el mandat de Marina Geli al Departament que, per cert, fou rebatejat com la Conselleria de Salut en un cas d'apropiació indeguda probablement ben intencionat. Un assaig malaguanyat, tot i que s'hagi intentat revifar amb l'Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària (ENAPISC) i següents.

Un plantejament més radical, almenys formalment, fou la creació del PINSAP (Pla Interdepartamental i Intersectorial de Salut Pública) adoptat oficialment sota la presidència del molt honorable Artur Mas, essent conseller l'honorable Boi Ruiz. El propòsit del Pla és dur a terme la iniciativa de la salut a totes les polítiques desenvolupant en certa forma les recomanacions de la carta d'Ottawa, que

ha tingut a Ilona Kickbusch com la seva defensora més persistent. Un bon propòsit però molt susceptible a la retòrica, tot i que el requeriment de valorar l'impacte sobre la salut de qualsevol intervenció social, a la manera de l'impacte ambiental, sigui remarcable.

El fet que tots els sectors de la societat i de l'administració entenguin que poden capitalitzar les seves influències sobre la protecció i promoció col·lectives de la salut comunitària sovint s'interpreta com fer cas a les directrius de la sanitat, quan el que es pretén en realitat és que es facin autònomament responsables d'aquestes influències.

I, precisament per donar exemple d'aquesta conveniència, el Departament de Salut amb la col·laboració de la xarxa AUPA va endegar el projecte COMsalut, en el que 17 equips d'atenció primària responsables de l'atenció d'uns 300.000 ciutadans (gènere gramatical comú, Carme Junyent *dixit*), amb la incorporació de professionals de la Secretaria de Salut Pública i la participació activa dels serveis municipals respectius, havien de promoure la implicació del màxim de sectors, entitats, associacions i persones que poguessin ser considerades actives per a la salut en les seves àrees sanitàries locals respectives. Pel que sembla, aquest projecte també s'ha anat marcint.

Els anys setanta, aquesta història era plena d'expectatives il·lusionants i, potser per això mateix, bastides amb miratges i desconeixements. Tanmateix, mig segle més tard hauríem de poder reconèixer els errors i les limitacions (sense oblidar els canvis generats per l'evolució de la societat i la tendència a l'individualisme que la caracteritza) que ens permetessin recuperar operativament la consciència de què els humans som, per naturalesa biològica, animals socials. Per tant, descurar la nostra dimensió social inevitablement ens menaria cap a la dissipació com a espècie.

I, per a afrontar els problemes col·lectius de salut, el recurs a la salut pública és el més apropiat, encara que per aprofitar-lo efectivament calgui emprar-lo de forma coordinada i harmònica amb el recurs a la clínica. La tasca és enrevessada, àrdua i

tal vegada inhòspita, però prou engrescadora com ho hauria de ser la salut actualitzant la definició de l'enyorat Jordi Gol: una manera de viure autònoma, solidària i engrescadora. I el cas és que tampoc hi ha gaires alternatives millors per donar-li sentit.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Scanu P. La pesta de 1582-1583 a l'Alguer. L'obra de Quinto Tiberio Angelerio», al Llibre d'Actes. X Congrés de Metges i Biòlegs de llengua catalana (Perpinyà, 23-26/09/1976), Barcelona 1978, vol 1: 495-52.
2. Pino LM. La edición perdida de Quinto Tiberio Angelerio. Fortunatae: Revista canaria de Filología, Cultura y Humanidades Clásicas 2012; 23: 113-33.
3. Morabia A. Pierre-Charles-Alexandre Louis and the evaluation of bloodletting. J R Soc Med 2006; 99: 158-60.
4. Tuells J. Early mention of the term «Epidemiology». Emerging Infectious Diseases 2016; 22: 2006.
5. Hipòcrates. Tractats Mèdics. vol 2. Dels aires, agües i llocs. Barcelona: Bernat Metge, 1976. Traducció de Josep Alsina Clota.
6. Bruguera M. Rafael Rodriguez Méndez. Galeria de Metges. <https://www.galeriametges.cat/galeria-fitxa.php?icod=EEIG>
7. Parrilla F. Los boticarios de Cataluña entre los siglos XIII-XVIII. Una visión socioeconómica y de salud pública. Ars Pharm. 2018; 59: 207-20.
8. Sabaté F. Política i sanitat a Catalunya. Segles XIX i XX. Barcelona: COMB, 2015.
9. Hervás C. Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil. Tesi doctoral. Universitat Pompeu Fabra. Institut Universitari d'Història Jaume Vicens i Vives. Barcelona, 2005. <https://www.tdx.cat/handle/10803/7467#page=1>
10. Rodriguez Ocaña E. La sanidad franquista vista desde la Organización Mundial de la Salud: el Informe Brockington (1967). Gac sanit 2018; 32: 582-3.