

UNIVERSITAT DE GIRONA

SALUT I SOCIETAT A L'EUROPA RURAL: SEGLES XVIII-XX

Una perspectiva historiogràfica

19/02/2014

ESTUDIANT: VALERI PASTRANA ROMAN

TUTOR ACADÈMIC: JOAQUIM M. PUIGVERT

PROFESSORS DEL TRIBUNAL: ROSA CONGOST

ENRIC SAGUER

Grau en Història

Facultat de Lletres

ÍNDEX

1. Introducció	3
2. Qüestions prèvies	6
2.1. Evolució historiogràfica	6
2.2. Dificultats metodològiques	9
2.3. Delimitacions temporals i geogràfiques	11
2.4. Concepció sobre salut i malaltia:	
de la medicina hipocràtica al paradigma bacteriològic	12
3. Una administració sanitària	17
3.1. Els pioners europeus en tenir una sanitat estatal	18
3.2. El llarg camí per una administració sanitària a Espanya	24
4. La realitat sanitària al món rural	32
4.1. El pluralisme mèdic	32
4.1.1. El metge rural	33
4.1.2. Farmacèutics i veterinaris	43
4.1.3. Cirurgians, infermeres i practicants	46
4.1.4. Medicina “subalterna”	50

4.2. L'assistència mèdica	57
4.2.1. Hospitals	57
4.2.2. Dispensaris	62
4.2.3. L'atenció domiciliària	63
4.3. La salut al món rural	66
4.3.1. Condicions de vida reals	66
4.3.2. La visió dels professionals: les topografies mèdiques	72
4.3.3. El mite del món rural saludable	75
5. Conclusions: va ser el món rural un desert mèdic?	77
6. Referències bibliogràfiques	82
ANNEXOS	89

1.INTRODUCCIÓ

Durant les darreres quatre dècades, s'ha produït un gir en la historiografia que ha afectat, entre altres àmbits, la forma d'entendre la història de la medicina, i la seva evolució, sobretot, dels darrers dos segles. Quan estudiem la medicina, no hem d'oblidar que es tracta d'una disciplina que rep un influx doble: d'una banda, com a ciència que és, està oberta als canvis de les teories i els paradigmes científics, contínuament en evolució, tot i que durant uns anys, els seus postulats puguin semblar dogmàtics; de l'altra banda, és una ciència amb vocació de servei social, l'objecte d'estudi de la qual és l'home, i la seva relació amb els processos de salut i malaltia. Per tant, al intentar aproximar-nos a realitzar història de la medicina hem de tenir en compte aquestes premisses.

Tractada ara sota un enfocament més interdisciplinari, i basat en la història social, la història de la medicina de les darreres dècades, ha hagut d'ampliar les seves mires, en el que ha portat a historiadors, antropòlegs, metges i altres professionals a una estreta col·laboració per avançar en un mateix sentit. En aquest context, han sorgit una gran quantitat d'estudis que centren la seva atenció sobre el procés de medicalització que va tenir lloc a la societat europea, entre finals del segle XVIII i al llarg del segle passat —i que encara es troba en curs en molts indrets— i que han transformat completament el panorama de l'assistència mèdica.

Aquesta prolífica producció d'estudis històrics ens permet, en primer lloc, conèixer molts aspectes de la història de la medicina que fins fa menys de mig segle havien estat ignorats, com és el paper que ha jugat el pacient al llarg d'aquesta història, al cap i a la fi, subjecte d'estudi, i raó de ser de la ciència mèdica. En segon lloc, ens permet establir les bases d'aquesta disciplina, i donar-nos a conèixer les seves limitacions, allò que s'ha estudiat, i els aspectes que no estan tan documentats, per deixar oberta la possibilitat de noves recerques i nous estudis en un futur. En darrer lloc, aquesta densitat d'estudis ens permet realitzar, gairebé mig segle després, una aproximació a determinar quin és l'estat de la qüestió fins al dia d'avui, que és l'objectiu del present treball.

Per tant, realitzarem aquí una aproximació a la història de la medicina i de la salut al món rural que, en relació al seu enfocament social, pretén ser integradora —que no exhaustiva, la qual cosa seria gairebé inassolible— i comparativa, atenent a les especificitats de cada cas, però integrant-les en una mateixa línia de coneixement que les uneixi sota una cohesió estructural.

És per això, que el desenvolupament del present treball s'estructura a través de dos grans eixos. El segon capítol, que no constitueix en si mateix un d'aquests eixos, l'hem utilitzat per aclarir alguns aspectes que hem considerat necessaris, a títol de prefaci, com l'evolució historiogràfica de la història de la medicina, breument esmentada, algunes qüestions metodològiques, i les limitacions temporals i geogràfiques a les que ens cenyirem, a més d'una explicació resumida del canvi de paradigma científic que es va donar a finals de segle XIX i que va resultar un impuls decisiu per a la medicina i la ciència en general.

Al tercer capítol ja s'examina en detall un dels dos aspectes que hem considerat vertebradors de la nostra recerca, per la seva importància, que és el desenvolupament de la sanitat pública, és a dir, la “medicalització” de la societat promoguda per l'Estat, a diferents països d'Europa. El quart capítol, que és el més extens, dedica la seva atenció a diversos aspectes de la medicina al món rural, per intentar determinar quina era la cobertura que els seus habitants rebien no només de metges, farmacèutics o veterinaris, sinó a través també d'altres col·lectius que exercien a un altre nivell, en ocasions de formes no del tot legals o oficials. En aquest darrer capítol, també veurem altres aspectes de l'atenció sanitària, com els centres d'assistència mèdica —hospitals, dispensaris...— i l'atenció domiciliària i el desplaçament del metge rural. Finalment, seran avaluades les condicions de vida reals que experimentaven les poblacions rurals, a través del testimoni de diverses fonts, generades pels professionals de la salut, entre les quals destaquen les topografies mèdiques, un gènere literari mèdic peculiar, que va marcar un estil d'època i una determinada concepció de la professió mèdica.

A través de tots aquests conceptes, el que pretenem és establir l'abast de la cobertura mèdica al món rural entre els segles XVIII i XX, veure quines van ser les seves mancances i les seves aportacions, i intentar resoldre la següent qüestió: va ser el món rural un “desert mèdic”? O, del contrari, podem afirmar l'existència d'un cert nombre d'experts en matèria sanitària, que van assegurar un bon estat de salut de la major part dels ciutats de la ruralia? És aquesta reflexió la raó aquest treball, i l'intent de resoldre-la n'és el seu motor.

Com a nota final d'aquesta introducció, únicament afegir que el present treball neix, en part, de la influència que em van exercir les meves pràctiques al Museu d'Història de Sant Feliu de Guíxols, concretament a la secció anomenada *Espai del Metge i de la Salut Rural*, i que em va mostrar les interessants vessants de la història de la medicina i de la salut. De la mateixa estada en pràctiques va sorgir, a més, un article sobre el mercat cobert de Sant Feliu de Guíxols,¹ que va fer créixer el meu interès per l'arquitectura i la seva relació amb la salut pública, el qual he intentat copsar en aquest treball, tot i que de forma breu per qüestions d'espai. Aquest fet ha motivat la recerca del present treball, així com la perseverança i els consells del meu tutor, Joaquim M. Puigvert, al qual aprofito per donar un sincer agraïment.

¹ PASTRANA, V. “El mercat cobert de Sant Feliu de Guíxols” [treball inèdit]; una versió reduïda de l'article s'ha publicat, sota el mateix títol, a *Revista del Baix Empordà*, 43 (2013), p.63-66.

2. QÜESTIONS PRÈVIES

2.1. EVOLUCIÓ HISTORIOGRÀFICA

La imatge més estesa per la literatura tradicional sobre història de la medicina ha estat la d'un món rural mancat d'un aparell sanitari que pogués donar cobertura mèdica a les seves poblacions. És aquesta una herència que pesa, i que fins i tot més de quatre dècades després de que el paradigma comencés a canviar, aquesta visió continua persistint en l'imaginari de molts col·lectius. En efecte, la historiografia més recent, ha intentat desfer la visió tradicionalista formada per la que Mary Lindemann ha anomenat la historiografia "iatrocèntrica",² és a dir, una historiografia que era escrita per i per a metges, com a passatemps, i que malgrat que ens pot proveir d'una bona base documental, estadística i fins i tot narrativa, presentava els seus límits. Un dels més visibles era que es centrava excessivament en les grans biografies, en els grans metges i descobriments científics, oblidant a un dels grans protagonistes de la medicina, com és el pacient i el seu paper en relació a l'expert.

Com assenyala Alfons Zarzoso,³ l'any 1951 es publica una obra molt important, *A History of Medicine*, de Henry Sigerist, on l'historiador advertia que la medicina no es limitava únicament al metge, i lamentava que la història d'aquesta ciència havia descuidat completament al pacient. Tot i aquesta advertència, la forma de fer història de la medicina va seguir els antics paràmetres durant uns anys. D'acord amb Lindemann, a partir de les dècades de 1960 i sobretot de 1970, aquesta visió va començar a ser qüestionada per la llavors nova historiografia, que podríem anomenar *nova història de la medicina*, o *història social de la medicina*.⁴ Aquesta nova història pren influència d'ambdós moviments historiogràfics procedents de França i Regne Unit, respectivament: la necessitat d'interdisciplinarietat en els estudis relacionats amb la

² LINDEMANN, M. *Medicina y Sociedad en la Europa Moderna*, Madrid, Siglo XXI de España Editores, 2001, p.XVI.

³ ZARZOSO, A. "El pluralismo médico a través de la correspondencia privada en la Cataluña del siglo XVIII", a *Dynamis*, 21 (2001), p.409-433 [p.410].

⁴ LINDEMANN, M. *Medicina y Sociedad...*, p.XVI.

història, preconitzada pels *Annales*,⁵ i la visió dels treballadors en tant que classe, estudiada com a *història des de baix*, impulsada per la historiografia marxista britànica,⁶ especialment per E.P. Thompson. D'entre els diversos historiadors d'aquesta nova historiografia, dins el panorama europeu podem destacar com a més importants en l'àmbit de la història de la medicina a Margaret Pelling, Charles Webster, John Woodward, David Richards, Andrew Wear i Roy Porter.⁷

Pel que fa a la historiografia espanyola d'aquesta corrent renovadora, és important l'estreta col·laboració que s'ha donat entre història de la medicina i altres ciències socials com l'antropologia. Així, investigadors com Pedro Laín Entralgo, José María López Piñero i Luis García Ballester, van contribuir a aquest diàleg interdisciplinari. El panorama historiogràfic més recent, a més, es mostra bastant esperançador, amb un considerable nombre d'investigadors especialitzats en diversos aspectes de la història de la medicina i de la salut, entre els quals podem destacar el citat Alfons Zarzoso, Enrique Perdiguero, Esteban Rodríguez Ocaña, Josep L. Barona, Josep Bernabeu-Mestre, M. Eugenia Galiana, Carmen Barona, Joaquim M. Puigvert, Rafael Alcaide, Isabel Moll, Maria J. Bágüena, i molts altres.⁸ Aquest dens grup d'historiadors, ha permès el desenvolupament d'una bibliografia a nivell espanyol i a diferents nivells

⁵ Els seus fundadors van ser, el 1929, Lucien Febvre i Marc Bloch. Altres membres importants, de generacions posteriors, van ser Fernand Braudel, Georges Duby, Jacques LeGoff o Emmanuel Le Roy Ladurie. Per un aprofundiment sobre el grup d'historiadors entorn de la revista *Annales* i la seva influència en la historiografia del segle XX, cf. BURKE, P. *The French Historical Revolution: The Annales School, 1929-1989*, Stanford, Stanford University Press, 1990 [hi ha traducció al castellà: *La Revolución Historiográfica Francesa. La Escuela de los Annales: 1929-1989*, Barcelona, Ed. Gedisa, 1993].

⁶ Els historiadors més destacats d'aquest moviment van ser Christopher Hill, Maurice Dobb, Rodney Hilton o Eric J. Hobsbawm, i el 1952 van fundar la revista *Past and Present*. Cf. KAYE, H.J. *The British Marxist Historians*, Cambridge, Polity Press, 1984 [hi ha traducció al castellà: *Los historiadores marxistas británicos, un análisis introductorio*, Saragossa, Prensas Universitarias de la Universidad de Zaragoza, 1989].

⁷ PELLING, M. "Medical practice in the early modern period: trade or profession?" *The Society for the Social History of Medicine Bulletin*, 32 (1983), p.27-30; PELLING, M. "Medical practice in early modern England: trade or profession?" dins W. PREST (ed.), *The professions in early modern England*, Londres, Croom Helm, 1987, p. 90-128; PORTER, R. (ed.), *Patients and practitioners. Lay perceptions of medicine in pre-industrial society*, Cambridge, Cambridge U.P., 1983; PORTER, R. "Doing medical history from below", dins *Theory and Society*, 14 (1985), p.175-198; PORTER, R. i WEAR, A. (eds.), *Problems and methods in the history of medicine*, Londres, Croom Helm, 1987; WEBSTER, C. (ed.), *Health, medicine and mortality in the sixteenth century*, Cambridge, Cambridge U.P., 1979; WOODWARD, J. i RICHARDS, D. "Towards a social history of medicine" dins *Health care and popular medicine in nineteenth-century England*, Londres, Croom Helm, 1977, p. 15-55.

⁸ Com que les obres d'aquests autors aniran apareixent al treball, no és necessari ara citar-les.

regionals que, lluny de ser definitiva, malgrat la seva important tasca, deixa obertes moltes línies de recerca, i deixa plantejats molts interrogants per resoldre.⁹

En aquesta nova perspectiva historiogràfica tenen lloc diversos canvis, com un enfocament més interdisciplinari de la història de la medicina, on les diferents matèries realitzen la seva aportació específica a l'estudi d'un tema determinat. Una nova visió, però, que es donarà en clau social, atorgant un paper central al pacient. A més a més, es tenen en compte altres practicants de la medicina que, a banda del metge *stricto sensu*, també actuaven per la salut de la societat, col·lectius com ara els barbers-cirurgians, els curanderos o les llevadores. Aquests col·lectius, que segurament tenien una importància major de la que se li ha atribuït, exercien el que sovint s'ha anomenat “medicina irregular” o “medicina popular”, i va ser una pràctica que durant dècades va coexistir amb la medicina “oficial”, i que van tenir els seus conflictes, fins que la segona va guanyar la partida a la primera, cap a finals de segle XIX —en alguns indrets, de fet, fins ben entrat el segle XX.

És en aquest panorama historiogràfic, doncs, on sorgeix la idea de “pluralisme mèdic”,¹⁰ un concepte que dóna nom a la pràctica dels pacients que cercaven, davant d'una determinada malaltia, diverses formes de guarir-la, ja fos sota la prescripció de metges professionals, la pràctica de col·lectius que formaven la que hem anomenat “medicina irregular”, o fins i tot simplement consultant a familiars i coneguts, que segurament era una pràctica força freqüent. En aquest enfocament cal cercar tots els indicadors que ens puguin donar testimoni d'un determinat tipus d'activitat relacionada amb l'exercici de la medicina, sigui al nivell que sigui; i és precisament aquesta la línia que ha portat als historiadors de les darreres dècades a poder negar l'expressió d'un «*désert medical*» tradicionalment atribuïda al món rural, negació que alimenta la raó de

⁹ El panorama historiogràfic actual té els seus principals nuclis de difusió a través de diverses publicacions periòdiques. A nivell internacional destaquen *Social History of Medicine*, *Medical History*, *Bulletin of the History of Medicine*, o *History of Science*. A Espanya, la Universitat de València, a través del seu Seminari d'Estudis sobre la Ciència, i la Universidad de Granada, amb el seu Departament d'Anatomia Patològica i Història de la Ciència, impulsen publicacions com *Scientia Veterum*, i *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, respectivament. També cal destacar la revista *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*.

¹⁰ Un concepte àmpliament estudiat per Alfons ZARZOSO, i desenvolupat ja a la seva tesi doctoral: *La pràctica mèdica a la Catalunya del segle XVIII* [tesi doctoral en línia]. Barcelona, Universitat Pompeu Fabra, Institut Universitari d'Història “Jaume Vicens Vives”, 2003.

<http://www.tdx.cat/handle/10803/7460> [10/02/2014].

ser del present treball i que intentarem reforçar a partir de diferents exemples concrets, i també recolzant-nos en el corrent historiogràfic predominant actualment.

2.2. DIFICULTATS METODOLÒGIQUES

Un dels més grans esculls per elaborar una historiografia completa sobre història de la medicina i de la salut al món rural és el nombre de dificultats que comporta el seu estudi. En primer lloc, trobem dificultats de tipus documental, ja que moltes de les pràctiques que considerem dins del pluralisme mèdic no deixen cap rastre documental, més enllà d'algun esment que se li pugui fer a la documentació personal de l'entorn de la persona afectada, com per exemple a la correspondència.¹¹ Malauradament, pel conjunt de persones que exercien la “medicina irregular” és molt difícil trobar cap tipus de document, a diferència dels que disposem per al conjunt de metges col·legiats, com serien factures o conductes, receptes, registres de pacients o historials mèdics, etc. Si a això afegim que gran part de la població va ser analfabeta fins ben entrat el segle XX, la documentació que ens ha arribat fins avui dia passaria pel filtre de l'estratificació social, en tant que es tracta de documentació pertanyent a les classes de nivell mitjà i alt.

Un altre aspecte que se'ns pot aparèixer com un obstacle en la cerca és l'escala o nivell que estudiem, i si aquesta permet elaborar generalitzacions o no. És a dir, si els casos particulars que trobem de manera aïllada, i que es poden estudiar en una escala microhistòrica, poden resultar casos significatius que ens permetin parlar d'una tendència general, o si, pel contrari, són casos excepcionals i han de ser considerats com a tals. Aquesta reducció d'escala, segons Zarzoso, pot conduir a una diversitat que comportaria un risc triple: (1) una fragmentació en multitud de subdisciplines, (2) una visió antiquada sobre la medicina que contemplaria episodis aïllats, i (3) un abús de la interpretació teòrica dels signes, símbols i llenguatge. Tot i això, Zarzoso afirma que “el tratamiento microhistórico de los modelos antropológicos constituye una de las mejores vías para ampliar las miras de la historia de la medicina”.¹² Aquesta visió de l'enfocament microhistòric per estudiar la història de la medicina al món rural, és una

¹¹ Respecte a la menció de pràctiques relacionades amb la medicina a la correspondència privada del malalt, cf. ZARZOSO, “El pluralismo medico...”, p.409-433.

¹² *Íbid.*, p.415-416.

visió amb la qual estem molt d'acord en aquest treball, com veurem al llarg de les següents pàgines.

D'altra banda, també el fet de plantejar-se estudiar quelcom al medi rural comporta una pregunta que ha de delimitar i respondre l'historiador: què s'entén per allò "rural"? Per donar resposta a aquesta qüestió, és evident que no hem de conformar-nos amb respondre que és allò oposat o aliè al món urbà. Una definició més àmplia i actualitzada sobre allò que considerem "rural" és la que fa Steven Cherry,¹³ quan diu que les àrees rurals comprenen diversos tipus d'assentament —llogarets, vil·les, o petites ciutats-mercat—, que es caracteritzen per contenir un tipus d'activitats econòmiques específiques, predominantment l'agricultura, la ramaderia i la caça-recol·lecció. Aquest, però, no seria un tret completament definidor, perquè algunes d'aquestes activitats es poden donar en el món urbà, i d'altra banda, al món rural es poden combinar amb activitats destinades al comerç o a la manufactura, sense deixar per això de ser zones rurals.

La definició de la ruralia també ha passat, des de mitjans de segle XVIII, per una oposició al món urbà, malgrat l'advertència que hem fet al principi del paràgraf, que no pretenia ser una negació —més aviat una matisació— de la simple oposició entre camp i ciutat. En efecte, des del segle XVIII va existir una consciència en el si de la societat, especialment procedent de les elits urbanes, que atorgava al món rural un ambient molt més saludable i lliure de contaminació que al de les ciutats, tot i que consideraven que els costums dels seus habitants eren insalubres, i que el seu nivell de cultura era molt baix. Com veurem més endavant, aquest mite, el d'un món rural saludable enfront de la ciutat contaminada, va perdurar molts anys, fins i tot molt després de que els avenços en matèria d'higienisme permetessin a les ciutats millorar en aquest aspecte. D'altra banda, quan considerem edificis com hospitals, escoles o mercats, aquests amb tota probabilitat es trobaran sempre en un nucli de població, ja sigui una gran ciutat, una mitjana o un petit municipi. La qüestió és que aquestes ciutats mitjanes i petites, en la majoria d'ocasions es troben envoltades d'un medi rural, el seu *hinterland*, les relacions comercials i socials entre els quals afecten la totalitat de les activitats que s'hi produeixen. Per tant, en aquests casos, aquestes ciutats, poden ser considerades dins

¹³ CHERRY, S. "Medicine and Rural Health Care in 19th Century Europe", dins J.L. BARONA i S. CHERRY (eds.), *Health and Medicine in Rural Europe (1850-1945)*, València, Seminari d'Estudis sobre la Ciència – Universitat de València, 2005, p.19-61 [21-26].

d'un medi rural. Finalment, cal recordar que la major part d'Europa va ser eminentment rural durant tot l'Antic Règim, i que fins ben entrat el segle XIX —i només per alguns països; d'altres cal esperar fins mitjans de la centúria següent— no podem parlar d'una Europa urbana, de la mà de la industrialització.

2.3. DELIMITACIONS TEMPORALS I GEOGRÀFIQUES

Partint des del panorama de la medicina rural al segle XVIII, veurem com es trobava aquesta a l'Antic Règim, situació que prendria molta influència dels dos segles precedents, però que a partir d'aquí prendria un nou avenir, sobretot gràcies a l'acció de la nova forma d'Estat, l'Estat liberal. Tot i les pretensions d'aquest de fer arribar el progrés mèdic a tots els ciutadans, algunes àrees rurals van romandre en bona part al marge de l'acció estatal, i les seves xarxes d'organització mèdica van dependre, en la major part dels casos, de la iniciativa privada dels diversos facultatius locals, com veurem més endavant. L'evolució que experimentà la medicina al llarg del segle XIX va ser decisiva en molts sentits; la fita més important, però, va ser la imposició del paradigma bacteriològic, que passava a considerar la malaltia com una causa d'una entitat exterior a l'ésser —el microbi—, desfent així la visió tradicional de la malaltia lligada únicament a les condicions ambientals, que era la visió hipocràtico-galènica.

Aquest canvi de paradigma va resultar clau per al desenvolupament de l'exercici de la medicina, tant al medi urbà com al medi rural, i per al descobriment de noves tècniques de guariment, especialment la invenció d'antibiòtics. Així, al llarg d'aquest treball veurem l'evolució de la medicina rural des de finals de l'Antic Règim fins a la primera meitat del segle XX, fent especial èmfasi en el mencionat canvi de paradigma. Considerem important estudiar el període assenyalat (1750-1950, aproximadament) per enfocar i entendre el canvi de paradigma de finals de segle XIX en un context més ampli, és a dir, observar els seus precedents de finals d'època moderna, i veure l'evolució de la medicina posterior a la mencionada revolució bacteriològica per poder establir el seu abastament.

Pel que fa a l'espai geogràfic, suposar que tot el panorama mèdic rural era igual a tota Europa seria una equivocació. No obstant, la diversitat bibliogràfica disponible ens obre un ventall de possibilitats que ens permet establir afirmacions que contribueixen a crear un corpus de coneixement relatiu a la història de la medicina, en aquest cas, en l'àmbit rural. Així, i sense ànims de pretendre establir una teoria generalitzadora, cosa que seria gairebé inassolible, ens proposem al llarg d'aquest estudi treballar en tres escales diferents, com són escala catalana —contemplant casos fins i tot locals—, a nivell estatal espanyol —tenint en compte, a més, especificitats regionals— i també a una major escala, l'europea, on es considerarien diversos casos localitzats a regions concretes de diferents països.

Aquesta amalgama geogràfica, no pretén ser una suma de casos aïllats i sense relació entre ells —cosa que no faria sinó enfosquir la teoria que volem exposar—, sinó que, com hem dit anteriorment, creiem que un estudi enfocat en diferents escales —ja siguin microhistòriques o no— és una manera molt interessant d'afrontar una temàtica d'aquestes característiques, per l'enriquidor que pot resultar la varietat casuística d'una mateixa disciplina a diversos indrets. L'àmplia bibliografia de la que disposem a aquestes tres escales, doncs, és un al·licient més que ens permet mostrar-nos optimistes a l'hora d'intentar entendre com s'exercia la medicina al món rural europeu al llarg de l'època contemporània.

2.4. CONCEPCIÓ SOBRE SALUT I MALALTIA: DE LA MEDICINA HIPOCRÀTICA AL PARADIGMA BACTERIOLÒGIC

Abans d'endinsar-nos en les particularitats del món rural, creiem necessari fer una explicació de les diferents concepcions sobre salut i malaltia i la seva evolució al llarg dels segles XVIII, XIX i principis del XX. Durant el set-cents sorgeix el que es coneix com “nou hipocratismes” o “ecologisme” com a nova forma d'entendre la malaltia. Aquest corrent de pensament recupera elements de la medicina hipocràtico-galènica —que havia perdut força durant els dos segles anteriors en detriment de les idees del metge suís Paracels— i a la teoria dels humors, segons la qual la salut era un estat en equilibri dels quatre humors de l'home, cal sumar-li ara una gran importància a

les accions ambientals i climàtiques.¹⁴ La qualitat de l'entorn esdevenia clau per al manteniment de la salut dels pobles, i a més l'ambient ja no es concebia de forma fatalista, inevitable, a l'estil hipocràtic, sinó que els "ecologistes" del segle XVIII creien fermament que es podia canviar aquest entorn.¹⁵ Això explica l'interès que llavors va sorgir sobre l'atmosfera i la meteorologia, amb nombrosos estudis quantitatius arreu d'Europa. D'aquesta manera, la visió miasmàtica que va sorgir en la societat il·lustrada, va ser un clar precursor de l'higienisme que va irrompre a finals del mateix segle i es va desenvolupar durant el següent.

Amb aquesta nova visió, on cobrava importància l'entorn, i tenint en compte les noves característiques que la industrialització atorgaria a la morfologia urbana, és fàcil entendre com aviat sorgiria la necessitat de realitzar millores urbanístiques. En aquest sentit, els governs il·lustrats primer, i amb més força els Estats liberals del vuit-cents, van construir una sèrie d'edificis que pretenien millores urbanístico-sanitàries, donant lloc així a la que s'ha conegut com «ciutat dels equipaments»¹⁶, una nova ciutat dissenyada i urbanitzada sota uns criteris racionals, on la prioritat era dotar els serveis públics d'unes condicions sanitàries beneficioses per al conjunt de la població, com es pot veure en els edificis dels mercats, escorxadors, hospitals i escoles públiques, cementiris, i un llarg etcètera. Aquesta característica constructiva va ser més pròpia de les ciutats, tot i que, com veurem en aquest treball, el món rural no va estar exempt de dites millores, malgrat que en algunes ocasions i en alguns indrets no van arribar, o ho van fer més tard.

Les principals directrius a seguir en aquest nou espai, i així ho van fer saber els facultatius locals, eren les que anomenarem a continuació. En primer lloc, el sanejament de l'entorn era el més important, intentant evitar tot allò que pogués causar un focus d'infecció o malaltia, que pogués corrompre l'aire o l'aigua, etc. A més, era molt important la neteja dels carrers, del clavegueram i dels serveis públics; la neteja de les

¹⁴ A aquest respecte, cf. PUIGVERT, J.M. "La Junta de Sanitat de la província de Girona (1834-1868) o l'ombra allargada del "paradigma miasmàtic" dins J. CLARET (coord.), *Miscelània a Ernest Lluch i Martín*, Barcelona, Fundació Ernest Lluch, 2006, p. 481-488.

¹⁵ URTEAGA, L. "Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX", a *Geo-crítica*, 29 (1980) [consulta en línia, febrer 2014], <http://www.ub.edu/geocrit/geo29.htm>, p.9-10.

¹⁶ GUÀRDIA, M. i OYÓN, J.L. "Introducció: els mercats europeus com a creadors de ciutat", dins GUÀRDIA i OYÓN (eds.), *Fer ciutat a través dels mercats. Europa, segles XIX i XX*, Barcelona, Ajuntament de Barcelona, 2010, p.11-71 [21-23].

vies públiques primer era obligació dels propietaris locals, i progressivament, amb la consolidació de l'Estat liberal, va passar a ser responsabilitat de les autoritats. El subministrament d'aigua potable va esdevenir fonamental en tots els entramats urbans i en les colònies industrials, mentre que a la majoria d'indrets rurals això va ser una quimera durant gran part de la contemporaneïtat; no obstant, l'aigua que arribava a les ciutats en ocasions era de pitjor qualitat que l'aigua natural dels pous de la que es proveïen al món rural.

Un altre element molt important era la qualitat de l'aire, que havia d'estar lliure de corrupció; en aquest sentit, es va veure que era molt important la ventilació dels edificis, la qual cosa queda palesa en la construcció dels edificis amb grans finestres, i fins i tot es van arribar a utilitzar ventiladors auxiliars. Per contribuir a aquest refinament de l'aire, es va veure que la humitat i la foscor eren dues condicions gens favorables, per la qual cosa la il·luminació dels espais també es va tenir en compte. Finalment, els enterraments —la ubicació dels quals no era la idònia— també va ser un dels ítems a millorar en el darrer segle de la modernitat, passant els cementiris a les afores de les ciutats.

És en aquest context, per tant, on cal situar els inicis d'una disciplina que es coneix com higienisme, i que es troba definida de forma molt clara i acurada per Llorenç Prats:

L'higienisme és una tradició científica i un corrent de pensament social que postula i indaga la relació entre les condicions mediambientals i socials i les causes de morbiditat i mortalitat de les col·lectivitats humanes, i proposa, en conseqüència, mesures reformistes de medicina preventiva i polítiques de salut pública que, lògicament, impliquen molts àmbits de l'activitat pública i privada, des de l'urbanisme fins a l'alimentació o la sexualitat.¹⁷

Veient aquesta completa definició, no queda res més per afegir, sinó únicament subratllar la importància de l'entorn, el que va provocar que els professionals implicats s'interessessin per les característiques ambientals, la qual cosa es va materialitzar a través de les conegudes topografies mèdiques, un gènere de literatura científica molt reeixit al segle XIX. En un apartat ulterior, estudiarem amb més deteniment aquests estudis i la seva aportació a la medicina, que va tenir molta importància al món rural.

¹⁷ PRATS, Ll., *La Catalunya rànica: Les condicions de vida materials de les classes populars a la Catalunya de la Restauració segons les topografies mèdiques*, Barcelona, Ed. Alta Fulla, 1996, p.19.

Si la influència de les topografies mèdiques va començar a decaure a partir de finals del segle XIX i principis del XX —tot i que de forma lenta, mostrant certa resistència— va ser a causa d'un canvi de paradigma científic; un canvi que trastocaria la visió que havia perdurat en el món de la medicina durant tantes dècades, fins i tot segles —tot i que amb les seves fluctuacions i modificacions—. Aquest nou cop a la concepció científica de malaltia seria definitiu i unidireccional. La nova teoria sorgiria de la greu crisi que va patir la ciència a la dècada de 1880, una crisi que va ser agreujada per la incapacitat de les teories tradicionals per resoldre el problema del còlera, una malaltia que portava dècades castigant Europa, i que els experts no podien frenar. Cada cop més, la comunitat científica va dipositar la seva confiança en els nous avenços que s'estaven fent en microbiologia, fins que aquesta va guanyar la partida definitivament a l'ecologisme cap a finals de segle. El 1871, Armauer Hansen va descobrir el bacil de la lepra, i nou anys més tard Alphonse Laveran va donar amb el plasmodi de la malària. La dècada de 1880 seria encara més reeixida en avenços científics. El químic Louis Pasteur va demostrar la teoria microbiana de la infecció —entre moltes altres aportacions—, i Robert Koch, que precisament era metge rural,¹⁸ va realitzar grans aportacions a la medicina microbiològica, descobrint diversos gèrmens causants de malalties infeccioses; va descobrir, entre altres, el bacil de la tuberculosi i el vibrió causant del còlera —1882 i 1883, respectivament—.

Van ser principalment aquests dos darrers científics els que van crear escola, els procediments dels quals van expandir-se per tot Europa en pocs anys. A la pràctica, això va suposar una profilaxi molt més eficaç mitjançant la vacunació, un mètode que es va anar perfeccionant ràpidament en aquells anys, i que inoculava petites dosis innòcues del virus, atorgant així una immunització al pacient que la rep. El científic català Jaume Ferran, deixeble de l'escola pasteuriana, va ser el descobridor de la primera vacuna moderna d'aplicació humana, en aquest cas contra l'esmentat còlera. Aquesta “revolució bacteriològica”, instrumentalitzada a través dels antibiòtics i les vacunes, cal considerar-la com la porta cap a la medicina moderna actual, que ha salvat milions de vides en tot el món en poc més d'una centúria.

¹⁸ Cf. BROCK, Th.D. *Robert Koch: A Life in Medicine and Bacteriology*, Washington DC, ASM Press, 1999.

A finals de segle XIX, doncs, tot i que la bacteriologia havia tingut alguns detractors en els primers anys,¹⁹ la microbiologia mèdica —també coneguda com “mentalitat etiopatològica” — s’havia imposat i havia desplaçat totalment la medicina tradicional. L’agent causant de la malaltia ja no seria el mal estat de la via pública, ni les males condicions higièniques dels habitatges, sinó simplement un microbi de minúscules dimensions, l’estudi del qual es realitzava al laboratori, i no al carrer. No obstant això, cal dir que durant les primeres dècades del segle XX, i un cop assimilat el canvi de paradigma, amb totes les recomposicions que això suposa, algunes consideracions de la medicina “neo-hipocràtica” van seguir en ús, especialment en els ambients més remots o aliens a les gran ciutats i als canvis científics, i amb predominança de l’arquitectura, que encara va seguir preocupada per les condicions higièniques de l’entorn, com es pot comprovar, per exemple, en l’arquitectura noucentista.

¹⁹ Un dels principals defensors dels principis miasmàtics, a Espanya, va ser Philipp HAUSER, cf. *Conveniencia del estudio de la topografía médica*, Madrid, 1913.

3. UNA ADMINISTRACIÓ SANITÀRIA

En la conformació de la medicina moderna ha estat vital el paper de l'Estat. No obstant, cal dir que, prèviament a l'acció estatal —i també un cop iniciada, en aquells indrets o àmbits on no arribava— no hem de considerar la medicina com quelcom inexistent o ancorat a la tradició. És a dir, que l'actuació estatal, que va donar un cos legislatiu i una administració sanitària a la medicina, no va ser el seu únic canal de promoció. D'això s'entén que, independentment d'aquesta estructura burocràtica i legal, la medicina sempre ha trobat les seves vies de desenvolupament, especialment al món rural, on l'administració sanitària estatal arribava a destemps respecte la ciutat. Per tant, tot i que el paper de l'Estat no és l'únic factor en l'evolució de la medicina, sí que va tenir un rol fonamental, sobretot a mesura que una determinada societat avança i es fa més complexa, la qual cosa es pot entendre quan veiem que les innovacions en medicina i les mesures legislatives respecte de la salut, en la majoria de les ocasions van lligades a les condicions de treball a les que es sotmet dita societat, valgui d'exemple la industrialització europea i la seva paral·lela medicalització. És per això, doncs, que considerem important explicar aquí les actuacions estatals en favor d'una organització socio-sanitària, fent especial èmfasi, com és degut, en el món rural.

Al llarg del segle XVIII, amb les teories del poblacionisme i el mercantilisme, els Estats comencen a veure la salut dels seus habitants com una qüestió important per al creixement de la seva economia: una persona sana és una persona productiva, capaç de contribuir a l'enriquiment nacional. D'aquí que els Estats del set-cents mostrin una preocupació creixent per la salut de la seva població. Aquesta preocupació, però, es produïa sobretot en una direcció, que era en la defensa d'epidèmies estrangeres. Així, les mesures principals seran les del control dels ports i del trànsit marítim, sobretot a partir del darrer brot de pesta negra a Europa occidental, que va tenir lloc a Marsella el 1720, i que va alertar la societat europea.

3.1. ELS PIONERS EUROPEUS EN SANITAT PÚBLICA

Serà al llarg de la centúria següent, però, quan els Estats, impregnats dels nous ideals liberals, comencen a mostrar el seu interès real per garantir la salut pública dels seus ciutadans. Els primers països en aplicar mesures sanitàries modernes serien Hongria i Suècia. Així, el govern hongarès de finals de segle XVIII va iniciar una reforma sanitària en la que es va crear un sistema de mesures de supervisió mèdica per districtes, incrementant així els serveis d'atenció mèdica individualitzada. Més avançat va ser el sistema que es va desenvolupar a Suècia a començaments de segle XIX, creant una organització sanitària semblant. L'any 1800 hi havia una vintena de circumscripcions mèdiques, amb participació de llevadores i fins i tot de metges oficials. Sota aquest sistema es pretenia desenvolupar mesures tals com les campanyes d'higiene personal, de malalties de transmissió sexual, d'atenció al nadó i alletament, i mesures contra les malalties epidèmiques, incloent la vacunació contra la verola, obligatòria des de 1815. Tot i que l'actuació estatal sueca ens pugui donar mostra d'un precoç sistema de sanitat pública, les mesures van variar en la seva aplicació i abast. A més, seguint amb Johannisson, “while the towns may have had a doctor-dominated health care system...this was not the case in rural areas until late 19th or early 20th century”.²⁰

Regne Unit

A l'hora de parlar del primer Estat amb una sanitat moderna cal fixar-se en el Regne Unit. Amb una creixent professionalització de la figura del metge durant la primera meitat del segle XIX, l'Estat britànic va recolzar la seva posició institucional amb la *Medical Act* de 1858, que establia un registre sanitari dels metges que actuaven en la sanitat pública. Així, si el 1861 hi havia un total de 15.300 facultatius enregistrats, trenta anys més tard n'hi havia 19.000, i el 1911 uns 23.500. La ràtio, al món rural, era d'un metge per 2.000 habitants.²¹ Arrel de la *Medical Act* de 1858, durant la dècada següent la influència dels professionals de la medicina al món rural es va incrementar,

²⁰ JOHANNISSON, K. “The People’s Health: Public Health Policies in Sweden”, dins D. PORTER (ed.), *The History of Public Health and the Modern State*, Amsterdam, Rodopi, 1994, p.170; citat a CHERRY, S. “Medicine and Rural...”, p.29.

²¹ Dades per als territoris d'Anglaterra i Gal·les, dins CHERRY, S. “Medicine and Rural...”, p.38.

amb una onada de construcció d'hospitals rurals (*cottage hospitals*), amb la reforma de la *poor law*, i amb l'aplicació de la nova legislació sanitària. Amb tot, sembla ser que la preocupació per la salut rural va augmentar durant la dècada de 1860.

En un estudi regional sobre el Norfolk rural, a l'est d'Anglaterra, Armstrong dibuixa un panorama favorable per a la medicina rural: “rural mortality rates were at all times lower than in the urban districts”, i afegeix “Victorian improvements occurred first in the countryside rather than in the town”.²² La *Public Health Act* de 1872 ampliaria encara més les responsabilitats dels encarregats d'aplicar les *poor laws*, i també les dels metges titulars dels districtes sanitaris. A la pràctica, els doctors de les *poor law*, que actuaven a temps parcial, sovint acabaven exercint, també a temps parcial, de metges titulars de districte.²³ Amb la legislació de 1875, a més, es demanava la presència d'un inspector de sanitat qualificat (*Medical officer of health*, MoH) que supervisés les *poor law*, també al món rural.

França

La primera actuació legislativa en pro de la sanitat al món rural va arribar amb el govern napoleònic. Així, l'*officier de santé* —figura professional que s'havia institucionalitzat durant el període revolucionari— amb la llei Fourcroy, establerta el 1803, veia reforçada la seva professió, especialment a les províncies rurals, o el que és el mateix, gairebé tota França tret de la capital parisenc. Aquesta llei tenia dos objectius: en primer lloc, pretenia contrarestar el dèficit mèdic que havia quedat a les províncies a causa de la gran quantitat de metges que van haver de partir al servei militar durant la darrera dècada del segle XVIII; d'altra banda, pretenia pal·liar, en certa manera, la dicotomia acadèmico-administrativa entre la professió de metge i la de cirurgia, que havia anat en augment al llarg del segle.²⁴

A la pràctica, els doctors van decantar-se més per exercir als nuclis urbans, i a més la seva distribució va tendir a ocupar més el nord; tot i així, un estudi de Ramsey

²² ARMSTRONG, A. *The Population of Victorian and Edwardian Norfolk*, Norwich, Centre of East Anglian Studies UEA, 2000, p.50, citat a CHERRY, S. “Medicine and Rural...”, p.41.

²³ CHERRY, S. “Medicine and Rural...”, p.42.

²⁴ CROSLAND, M. “The *Officiers de Santé* of the French Revolution: A Case Study in the Changing Language of Medicine”, a *Medical History*, 48 (2004), p.229-244.

afirma que “the picture of the provinces as ‘a medical desert’ has been considerably overdrawn...the majority of Frenchmen may have been in a position to contact an authorised practitioner”.²⁵ Aquesta negativa a acceptar l’expressió de desert mèdic al món rural, com veurem més endavant, es deu en part a l’alt nombre de cirurgians que exercien a les províncies, a finals de l’Antic Règim, i a la posterior presència de l’*officier de santé*.

Els estats alemanys

A Alemanya, el paper de l’Estat en la modernització de la medicina també va ser determinant. La legislació prussiana de 1869, que no es va aplicar fins 1873, pretenia fer arribar la medicina a tothom. El govern prussià, amb aquesta legislació, lluny de pretendre acabar amb les diverses pràctiques mèdiques —que s’inclourien dins del mencionat pluralisme mèdic— va promoure aquesta varietat mèdica en l’atenció al pacient. Malgrat això, l’assegurança sanitària estatal introduïda el 1883 va provocar un major desenvolupament de la medicina acadèmica, i va possibilitar la creació de la *Deutsche Artzvereinsbund* (DAVB, Federació Alemanya d’Associacions Mèdiques).

El sistema germànic va recolzar els metges col·legiats i va millorar l’accés a aquests, fins i tot en algunes zones rurals. Però pel que fa a altres col·lectius “inferiors”, com els barbers-cirurgians i les llevadores, també van ser tinguts en compte per l’Estat. La legislació de 1873, per exemple, contemplava una major importància dins l’administració sanitària per part d’aquests dos col·lectius. Respecte a l’activitat duta a terme per les llevadores, la preocupació de l’Estat prussià queda reflectida en les regulacions de 1825 i 1852, on es reclama que la dona auxiliar a l’obstetre havia de ser una llevadora qualificada. Aquesta defensa institucional respecte les llevadores va sorgir els seus efectes: entre el 1852 i el 1902, un 90% dels naixements a Prússia van comptar amb la presència d’una llevadora.

²⁵ RAMSEY, M., *Professional and Popular Medicine in France 1770-1830*, Cambridge, Cambridge University Press, 1988, p.62; citat per CHERRY, S. “Medicine and Rural...”, p.44.

L'excepció russa i el cas concret d'Olonets

A la Rússia europea, el sistema sanitari modern no arribaria tan aviat, sobretot a les zones rurals. Amb l'emancipació de la pagesia el 1861, es va crear un nou sistema d'organització territorial, el sistema *zemstvo*, que funcionava amb governs locals amb moltes facultats. A la pràctica, aquest sistema va ser molt difícil de dur a terme, sobretot tenint en compte l'ambició amb que es va dissenyar, la qual cosa va deixar molts aspectes incomplets. No obstant això, el *zemstvo*, en la seva part corresponent a la medicina, és un dels sistemes de medicina social més reputats, i molt avançat per a la seva època.

En un estudi de cas sobre la remota província d'Olonets,²⁶ Francis King ens mostra una perspectiva bastant positiva sobre l'aplicació del sistema *zemstvo* en aquesta regió rural. En efecte, el *guberniya* d'Olonets —com s'anomenaven les províncies de l'imperi rus— una província aïllada dins de la septentrional República de Karèlia, era una regió eminentment rural, ja que un 92% de la població era pagesa encara el 1913, a més de la seva pobresa i de les dures condicions climàtiques a les que es trobava sotmesa. Tot i això, la implantació del *zemstvo* va obrir possibilitat de que arribés un nou sistema sanitari més eficient a la ruralia. Cal dir, però, que el *zemstvo* no es va fer efectiu en aquesta província fins el 1867, i que a més els primers oficials eren bastant inexperts. El *zemstvo* es trobava dividit en *uezds* (districtes), que s'encarregaven de distribuir els fons de l'administració pública. En ocasions en les que no arribaven fons del govern central, com va passar durant els primers anys, el *zemstvo* i els *uezds* s'havien de buscar els recursos pel seu compte.

D'altra banda, dins d'aquest sistema cal destacar la gran importància que hi tenien els doctors, que exercien una influència política determinant. Per tant, a l'hora de parlar de l'administració sanitària estatal, haurem de tenir en compte aquest col·lectiu i les pressions que exercia, en forma de peticions, demandes i suggeriments, materialitzades als escassos congressos provincials. El paper del govern central en l'administració sanitària, doncs, era testimonial, i es limitava a la delegació d'un representant —el *guberniskiy nachal'nik*— que enviava informes, pobres i esporàdics, sobre la situació sanitària. En una tramesa el 1870, va determinar que l'atenció sanitària

²⁶ KING, F. "Rural Health Care in Russia, 1864-1914: a Northern Case-Study", dins BARONA i CHERRY (eds.), *Health and Medicine...* p.83-102.

d'Olonets era “insatisfactòria”, demanant als *uezds* que suggerissin millores. En resposta, el doctor Lit, del districte de Pudozh, va proposar el que esdevindria l'enfocament clàssic de la medicina *zemstvo*: fer incidència no només en el tractament de les malalties, sinó també en la seva prevenció. D'aquesta manera, es va veure que s'havia d'higienitzar la població, d'esmenar els seus costums de vida insalubres, la qual cosa s'havia d'assolir mitjançant l'educació.²⁷

No va ser fins el 1885 quan es va enviar un doctor delegat del govern central amb la finalitat de recollir informació més precisa, i també amb l'objectiu d'aplicar mesures preventives. Així, el Dr. Nikolaevsky, un recent graduat, va ser destinat a Olonets per realitzar un estudi mèdico-topogràfic i estadístico-sanitari. L'any 1886, a més, un delegat del Departament de Sanitat del govern central va trametre un nou informe, on es mostrava la manca d'oficines o departaments de salut, que en qualitat d'atenció al ciutadà fomentessin la medicina preventiva. Aquesta demanda va obtenir la seva resposta al primer congrés de doctors d'Olonets (1887), on es va acordar la creació d'una oficina de salut pública al *guberniya*, i de juntes de sanitat als diversos *uezds*. Malgrat que això va ser pràcticament irrealitzable, degut a l'escassetat de facultatius locals, no deixa de ser significativa la voluntat dels doctors, en representació del poder local. Davant la no realització del projecte, es va tornar a fer incidència en aquest aspecte al segon congrés de doctors (1896). En aquest cas, el doctor Vvedensky va proposar que dos metges fossin assignats a una oficina de salut general a tota la província, a més d'un doctor i un auxiliar per cada *uezd*. Novament, després del congrés van ser assignats dos facultatius, però un altre cop van durar pocs mesos. No seria fins 1910 que es crearia un cos sanitari permanent a la província, i fins 1912 no es va disposar d'una oficina de sanitat.

Pel que fa a les polítiques respecte els col·lectius sanitaris, el *zemstvo* va intentar defensar —més o menys equitativament— totes les figures professionals. Evidentment, el col·lectiu més respectat van ser els doctors, que tenien molt de pes, com hem dit, en les institucions i en la política sanitària local. Però a banda d'aquests, el *zemstvo* va defensar també els *feldshers*, un col·lectiu que no estava gaire ben considerat ni per doctors ni per la resta de la societat, però la importància del qual va anar en augment en les darreries del segle XIX. Els *feldshers* eren auxiliars d'infermeria, majoritàriament

²⁷ KING, F. *op.cit.*, p.87.

joves amb poca formació i experiència, d'una tradició mèdica que provenia de la medicina militar i que al llarg del segle XIX es farien càrrec de la medicina rural. A la pràctica, a la província d'Olonets, els *feldshers* eren els que oferien assistència primària a la majoria de la població, mentre que l'activitat dels doctors quedava reservada per a la supervisió i el tractament de casos que els *feldshers* no podien afrontar. Com es veurà en el capítol 3, els *feldshers*, que despertaven el rebuig dels seus superiors professionals, els doctors, van rebre suport institucional del *zemstvo*, quan aquest va crear una escola que permetés la seva professionalització.

Un altre col·lectiu no tan ben considerat pel govern *zemstvo* va ser el de les llevadores, però no va ser únicament pel govern; aquest fet es devia més a qüestions culturals, ja que la major part de la població rural russa tenia la creença tradicional que els naixements, perquè tinguessin èxit, havien de transcórrer en la més estricta intimitat. Això dificultava molt la presència d'una llevadora i, sobretot, d'un obstetre més qualificat, ofici que ni tan sols existia al món rural. Per tant, tot i la insistència del *zemstvo* en la necessitat dels serveis de les llevadores, la realitat és que aquestes no van assolir un estatus respectable, no van esdevenir una figura professional, i la seva activitat va ser molt reduïda.

En conclusió, veiem en el *zemstvo*, aplicat a la província rural d'Olonets, un sistema sanitari que va intentar augmentar les cobertures, els serveis i la qualitat de l'atenció mèdica a l'àmbit rural. Aquesta atenció a la sanitat pública es pot comprovar simplement mirant l'evolució dels pressupostos: al districte d'Olonets, la despesa dedicada a sanitat era d'un 13,5% del total l'any 1877, mentre que el 1901 s'havia incrementat fins al 35% del conjunt pressupostari. Per tant, malgrat que va tenir moltes mancances, en general el balanç que Francis King fa de la medicina *zemstvo* és força positiu:

Overall, despite the poverty, remoteness, and harsh physical conditions of Olonets *guberniya*, and for all the conservatism, bureaucratisation and occasional corruption of its leading *zemstvo* personnel, steady progress was made in developing health services during the *zemstvo* period. There was an initial consolidation of existing services, followed by simultaneous processes which extended their coverage (more *feldshers* and cottage hospitals) and range (midwifery, surgery, public health).²⁸

²⁸ KING, F. *op.cit.*, p.102.

3.2. EL LLARG CAMÍ PER UNA ADMINISTRACIÓ SANITÀRIA A ESPANYA²⁹

La salut pública a Espanya, entesa com a un sistema d'organització sanitària legislat i dirigit per l'Estat, va arribar dècades després que a la resta dels països que hem vist, que van ser pioners a Europa. Durant la segona meitat del segle XIX es realitza un cert corpus legislatiu, però es fa de manera tan aïllada i vaga, que no pot ser considerat encara com un sistema de salut pública pròpiament dit. Serà a partir de principis del segle següent quan començarà, seguint amb Rodríguez Ocaña, una primera etapa de formació de la sanitat espanyola, que l'autor situa entre 1904 i 1925, i que anirà seguida d'una etapa de consolidació (1926-1957), uns anys durant les quals la sanitat espanyola anirà agafant un cos específic, sobretot a partir de mitjans la dècada de 1920.

Un erm per a la sanitat pública: el segle XIX

Com hem dit, l'acció estatal del vuit-cents és molt escassa, tant en aspiracions teòriques com també en la seva aplicació pràctica. Si bé el govern liberal va proclamar la *Ley de Sanidad* el 1855, aquesta no va tenir una incidència determinant a la medicina espanyola. A la pràctica, el que va establir aquesta llei va ser la creació de juntes de sanitat a nivell central, provincial i local. Malauradament, aquestes juntes mancaven d'oficials qualificats, i ni tan sols rebien suport econòmic per poder millorar o remunerar els seus membres. Cal destacar la creació, el 1848, dels *subdelegados de sanidad*, que eren els metges, farmacèutics i veterinaris residents a les capitals dels partits judicials, als quals s'atorgava la màxima responsabilitat en matèria sanitària dins del seu ram en el seu corresponent partit judicial.³⁰

Els diversos intents de modificar o actualitzar aquesta llei al llarg de la segona meitat de segle van ser, novament, un fracàs en tots els sentits. Únicament podem destacar la legislació de 1892, amb la que la figura de l'inspector de sanitat ampliava les

²⁹ En un recull de nou articles seus escrits entre 1986 i 2002, RODRÍGUEZ OCAÑA, E. *Salud Pública en España. Ciencia, profesión y política, siglos XVIII-XX*, Granada, Editorial Universidad de Granada, 2005, abarca molts temes sobre la formació d'una administració sanitària, en l'àmbit de les actuacions estatals, i algunes institucions o iniciatives privades com la Fundació Rockefeller, l'Institut d'Higiene Urbana de Barcelona, o la contribució de Ph. Hauser.

³⁰ Sobre els subdelegats de sanitat, cf. PUIGVERT, J.M. "Els professionals de la sanitat a la Catalunya de mitjan segle XIX", dins *Barcelona Quaderns d'Història*, 6 (2002), p.175-188.

seves competències, esdevenint en alguns casos inspectors provincials amb moltes responsabilitats en la política sanitària. En resum, el que van fer les autoritats estatals va ser traspassar als municipis la càrrega la responsabilitat de tenir cura del sistema sanitari, a través de metges, farmacèutics i veterinaris titulars, els quals, donat l'escàs pressupost que tenien, i tenint en compte que en la majoria d'ocasions les seves demandes topaven amb la passivitat dels cacics locals, van tenir molt poc marge de maniobra, gairebé fins a la Segona República.³¹

Amb la crisi finisecular, i el consegüent desenvolupament d'un pensament regeneracionista, la sanitat pública no va ser una excepció. Sota aquest nou punt de vista, els experts van advertir que la situació sanitària espanyola es trobava en un estat lamentable, i que eren necessàries un seguit de reformes. Pel que fa a la població rural, aquesta sensació d'endarreriment era encara més perceptible, i les autoritats sanitàries van veure la sanitat rural abandonada i mancada dels serveis i equipaments necessaris.

La Instrucción General de Sanidad

Així, a principis de segle XX es va iniciar una tímida actuació legislativa per part de l'Estat, instaurant d'aquesta manera un sistema de salut pública incipient a Espanya. La primera intervenció destacable és la *Instrucción General de Sanidad* (IGS) de 1904, que va actuar en tres direccions. En primer lloc, trobem una branca de polítiques executives, coordinades a nivell provincial, sota la *Dirección General de Sanidad*. La segona funció estava regida per un òrgan consultiu, el *Real Consejo de Sanidad*, que es trobava recolzat a nivell perifèric per les juntes de sanitat locals i provincials. En darrer lloc, els inspectors de sanitat s'encarregaven de controlar i supervisar l'estat de la sanitat pública als diversos nivells. La IGS, a més, incloïa una regulació sobre la salubritat i l'atenció sanitària a nivell local.³²

³¹ BARONA, J.L.; J. BERNABEU-MESTRE i E. PERDIGUERO-GIL, "Health Problems and Public Policies in Rural Spain (1854-1936)", dins BARONA i CHERRY (eds.), *Health and Medicine...*p.63-82 (74).

³² BARONA; BERNABEU-MESTRE; PERDIGUERO-GIL, "Health Problems...", p.74; RODRÍGUEZ OCAÑA, E. "La Salud pública en la España de la primera mitad del siglo XX", dins la seva obra *Salud pública en España...*, p.87-112.

D'altra banda, pel que es pot deduir a partir de la tercera de les funcions mencionades de la IGS, la figura de l'inspector provincial de sanitat va ser reforçada i re-formulada per la nova llei, passant ara a tenir unes responsabilitats molt més àmplies, com és el control gairebé total del conjunt d'aspectes de la higiene a les províncies i, sobretot, a l'àmbit rural. Entre les seves principals tasques es troben les de vetllar per les malalties infeccioses, fomentar uns bons hàbits de salut entre la població, controlar la higiene alimentària, millorar la qualitat dels habitatges, introduir campanyes de vacunació, o desenvolupar estadístiques sanitàries. A la pràctica, aquest ampli ventall d'atribucions dels inspectors no va ser sempre assolible, degut majoritàriament a la manca de pressupost. D'aquesta manera, "as they had a limited capacity for action, they became essentially a professional pressure group, denouncing health deficiencies and constantly urging improvements".³³ No va ser fins a mitjans de la dècada de 1920 quan els inspectors provincials i locals van esdevenir una peça clau en l'administració sanitària de la perifèria rural, amb la proliferació dels Instituts Provincials d'Higiene.

Abans d'això, però, es va intentar contrarestar l'escassa capacitat de maniobra dels inspectors, mitjançant altres òrgans que recolzessin la seva activitat sanitària. Així, el 1909 es va fundar la *Brigada Sanitaria Central*, amb l'objectiu de lluitar contra els brots de malalties infeccioses. Dins d'aquesta mateixa actuació, l'antic *Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología Alfonso XIII*, va ser reorganitzat com a *Instituto Nacional de Higiene* el 1914, en el que seria una nova fita cap a la modernització de la sanitat pública espanyola, al establir-se una xarxa de centres d'higiene a diversos nivells arreu del país, especialment a la dècada següent. En aquest context, les principals actuacions estaven destinades principalment cap a dos objectius: en primer lloc, a la defensa i prevenció d'epidèmies i malalties infeccioses; en segon lloc, d'acord amb els principis que paulatinament anava imposant la naixent medicina social, es van desenvolupar campanyes de salut i higiene, en pro d'una "educació sanitària", és a dir, la idea de que una malaltia es pot evitar mitjançant uns hàbits de vida saludables.

³³BARONA; BERNABEU-MESTRE; PERDIGUERO-GIL, "Health Problems...", p.74.

La Inspección de Sanidad del Campo

Totes aquestes mesures que hem vist fins ara, malgrat que mostrin un interès per l'àmbit rural, cal dir que és un interès secundari, indirecte, ja que la principal preocupació eren les ciutats. Com es pot comprovar, les mesures aplicades al camp formaven part d'un paquet més ampli d'actuacions que afectaven sobretot al món urbà. Així, per trobar la primera legislació específica dedicada exclusivament al món rural, es va haver d'esperar fins el 1910, quan es va establir per Reial Decret la *Inspección de Sanidad del Campo* (en endavant, ISC).³⁴ Crida l'atenció, en primer lloc, que dita inspecció fos creada des del *Ministerio de Fomento*, i no des del *Ministerio de la Gobernación*, que era el que s'encarregava de la sanitat. Per tant, aquesta dada és significativa de la política amb la que anava encarada la ISC. Així, per Reial Decret del 25 de novembre de 1910, quedava promulgada la ISC, dins de la *Dirección General de Agricultura*, amb l'objectiu de desenvolupar “la acción del Estado en cuanto se refiere a la higiene y la salubridad del suelo, subsuelo y aguas de las comarcas y terrenos rurales”.³⁵ La ISC estava formada per un inspector general i 16 inspectors regionals, instal·lats en les capitals de província, tots ells metges de formació. D'acord amb Rodríguez-Ocaña, la ISC formava part d'un pla d'obres públiques a desenvolupar en el medi rural, que a través d'aquest instrument d'higiene pública trobaria la seva justificació, com es pot veure en l'article 3 que defineix les seves funcions:

Esta Inspección estudiará, investigará, fiscalizará y propondrá al Ministro de Fomento las reformas y obras necesarias para evitar toda causa de insalubridad de los campos, de la propagación y diseminación de enfermedades endémicas o epidémicas al través de estos por sus vías fluviales, subterráneas y conducciones de aguas potables, o por las hortalizas y frutos regados con aguas impuras.³⁶

³⁴ Un treball recent sobre la ISC, que fins ara ha estat poc estudiada, és RODRÍGUEZ OCAÑA, E., “Salud pública y política agraria liberal en España. La Inspección de Sanidad del Campo (1910-1918)”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, vol.62;2 (2010), p.327-352. També en fa menció, el mateix autor, a “Trabajo campesino, enfermedad i prevención en la España del siglo XX” dins A. COHEN (ed.), *El trabajo y sus riesgos en época contemporánea: conocimiento, codificación, intervención y gestión*, Barcelona, Icaria Ed., 2012, p.29-56.

³⁵ RD 25 noviembre 1910, *Gaceta del 26*, p..459-461, citat per RODRÍGUEZ OCAÑA, E. “Salud pública y política agraria...” p.331.

³⁶ Citat per RODRÍGUEZ-OCAÑA, E. “Salud pública y política agraria...”, p.333.

Però el fet que al darrere de la ISC hi hagués un interès polític, no implica que aquesta no fos útil per a la sanitat rural. En realitat, la inspecció va donar uns resultats força productius, tenint en compte la seva breu existència —el 1918 va ser eliminada—. La seva tasca va anar dirigida cap aquells problemes de salut al món rural que més preocupaven, especialment els relacionats amb la salut laboral, com el paludisme, l'estat de les aigües potables, l'alimentació dels jornalers o l'ancilostomiasi. La primera tasca que va realitzar la ISC, i la més freqüent, va ser la tramesa de qüestionaris sobre diversos temes a les autoritats locals, uns qüestionaris que, per la seva complexitat, en poques ocasions obtenien resposta.³⁷

Pel que fa a la figura de l'inspector regional, en la majoria dels casos aquest no arribava a acomplir la seva missió principal —l'elaboració d'informes acurats sobre les problemàtiques més freqüents a la seva zona pertinent— ja fos per manca de temps o de recursos, ja que la mobilitat als llocs d'interès suposava unes despeses que en poques ocasions podien ser assolides. Com a excepció a aquesta inactivitat inspectora, destaca la feina realitzada per l'inspector a Catalunya, José Suárez de Figueroa, que a més de recollir informació sobre paludisme, aigües o alimentació, va elaborar un estudi molt rigorós sobre la neuritis associada al cultiu de l'arròs, i un sobre les alteracions patides pels treballadors del cànem.³⁸

El 1918, el govern Maura va decidir clausurar la ISC. Malgrat el seu marcat caràcter d'interès polític, i tot i la incapacitat d'alguns dels inspectors en dur a terme les seves tasques, Rodríguez-Ocaña fa un balanç positiu de la seva breu existència:

En términos de efectividad, el Ministerio de Fomento se mostró mucho más activo y resolutivo que la Inspección General de Sanidad [del Ministerio] de Gobernación [...]. La legislación protectora contra la anquilostomiasis en las minas (1912 y 1916) de Fomento fue absolutamente pionera en cuanto a la intervención en el medio laboral. Las descripciones cuantitativas del estado del servicio de abastecimiento de aguas, la

³⁷ Per al contingut dels qüestionaris, cf. RODRÍGUEZ OCAÑA, “Salud pública y política agraria...”, p.337-338.

³⁸ SUÁREZ de FIGUEROA, L. Diverses publicacions a la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*: “La neuritis de los obreros de los arrozales”, 1372 (1915), p.135-138; “Descripción clínica de las neuritis de los obreros de los arrozales”, 1373 (1915), p.169-172; “Algunos datos para el conocimiento de la geografía médica de la neuritis de los obreros de los arrozales en Cataluña”, 1379 (1915), p.412-413; “Los pequeños síntomas de las neuritis de los obreros de los arrozales”, 1382 (1915), p.49-50; “Distintos Trabajos en el cultivo del Arroz y su relación con las neuritis. Gráficos de las neuritis”, 1390 (1915), p.370-372; “Alteraciones nerviosas de los obreros trabajadores del cáñamo”, 1438 (1916), p.361-363; totes citades a RODRÍGUEZ OCAÑA, E. “Trabajo campesino...”, p.55-56.

prevalencia del paludismo y la alimentación campesina [...] sirvieron de puntos de apoyo para medidas de fortalecimiento de las infraestructuras municipales.³⁹

Primeres mesures efectives: les dècades de 1920 i 1930

Una de les conseqüències més importants de la ISC, és que aquesta va crear una consciència en la lluita contra la malària, donant lloc així a les posteriors campanyes antipalúdiques, que serien traslladades al món rural gràcies a l'ajut de la Fundació Rockefeller, a partir de mitjans de la dècada de 1920. Aquesta associació filantròpica nord-americana va establir un acord cooperatiu amb el govern espanyol el 1922, en el que s'acordava enviar un delegat expert en salut pública per avaluar la sanitat espanyola, a banda d'un programa de beques per a estudiants als Estats Units. L'enviat per la fundació va ser Charles A. Bailey, que entre 1924 i 1926 va realitzar un estudi sobre la situació general de la sanitat espanyola, en un informe que va enviar a Nova York l'abril de 1926.⁴⁰ En la seva anàlisi bastant completa de la sanitat espanyola —administració pública sanitària nivell central, provincial i local; dotació tecnològica i de personal de diferents centres que va visitar; compilació d'estadístiques demogràfico-sanitàries; i estudi de malalties transmissibles, entre altres— va determinar que la sanitat espanyola estava endarrerida, descuidada, i molts dels seus membres mancaven de la preparació necessària. Pel que fa als equipaments dels centres que va visitar, en la seva majoria eren moderns, però la seva utilització era escassa. Com veurem en les properes línies, la presència de la Fundació Rockefeller a Espanya, va influir a l'hora d'introduir algunes millores i iniciatives sanitàries a partir de la segona meitat de la dècada de 1920.

El 1921 es van crear les Brigades Sanitàries Provincials, amb les quals, sobre el paper, la sanitat perifèrica —i per tant, s'entén que també la sanitat rural— havia de rebre un impuls, especialment en matèria de control de malalties infeccioses. No va ser fins 1925, però, que aquesta va esdevenir efectiva, quan el Reglament de Sanitat provincial de 20 d'octubre va proposar la fusió de tots els organismes sanitaris que actuaven a nivell provincial —brigades sanitàries, laboratoris d'higiene, instituts de vacunació, etc.— en un únic Institut Provincial d'Higiene, sota la dependència de l'Inspector provincial. Les funcions d'aquesta nova institució eren les d'epidemiologia i

³⁹ RODRÍGUEZ OCAÑA, E. "Salud pública y política agraria...", p.350.

⁴⁰ BAILEY, C.A., *Report on Public Health in Spain*, Rockefeller Archive Center (RAC), Rockefeller Foundation, Record Group 1.1, Projects, Series 795 Spain, Box 1, Folder 2; citat a RODRÍGUEZ OCAÑA, "La Salud pública...", p.98.

desinfecció, anàlisis clíniques, higièniques i químiques, vacunacions, i propaganda sanitària i estadística. La seva extensió al món rural sorgeix del compromís amb la Fundació Rockefeller. “Although the Provincial Hygiene Institute were located in provincial capitals, most of their activities were focused upon rural districts, mainly involving the control of infectious diseases and health campaigns.”⁴¹

Amb la recent renovada funció de l'inspector, la seva figura va adquirir més prestigi, però també més responsabilitats. Es pretenia que l'inspector provincial es dediqués únicament a la seva tasca dins del seu respectiu Institut Provincial d'Higiene, per la qual cosa calia una remuneració econòmica que li ho permetés, amb el que es va donar una professionalització del càrrec. En aquest sentit, es va crear, el 1925, la *Escuela Nacional de Sanidad*, amb l'objectiu d'oferir una millor preparació als inspectors provincials. També sota la influència de la Fundació Rockefeller, el 1929 es va establir el Departament d'Estadística Sanitària, intentant donar solució a la manca d'institucions de caràcter estatal que haguessin considerat l'estadística sanitària amb caràcter sistemàtic —exceptuant les iniciatives particulars com les de Josep Nin i Pullés i el seu continuador Lluís Comenge a l'Institut d'Higiene Urbana de Barcelona⁴²—.

Amb l'adveniment de la Segona República, la sanitat pública, i la seva extensió al món rural, van experimentar un període breu però intens en matèria d'iniciatives sanitàries. Seguint les directrius de la trobada de Budapest (octubre de 1930) i la Conferència Internacional d'Higiene rural a Ginebra (juny-juliol de 1931) —que, a propòsit, s'havia organitzat a petició espanyola— es va proposar una nova organització de la sanitat provincial. Amb un marcat caràcter de medicina preventiva, Marcelino Pascua, al capdavant de la Direcció General de Sanitat de la República, va establir un sistema jerarquitzat, amb centres primaris, secundaris i terciaris. Els centres primaris s'ocupaven de l'atenció mèdica i la medicina preventiva mitjançant les campanyes sanitàries. Els centres secundaris tenien unes atribucions més àmplies: oferien serveis de prevenció i atenció sanitària, serveis d'atenció maternal i infantil, salut escolar, vacunació, odontologia i oftalmologia, coordinació de campanyes contra la tuberculosi, malalties venèries i altres que afectaven específicament la població rural —com la malària o el tracoma—, a més de supervisar i recolzar els centres primaris, ja que

⁴¹ BARONA; BERNABEU-MESTRE; PERDIGUERO-GIL, “Health problems...”, p.78.

⁴² A aquest respecte, cf. RODRÍGUEZ OCAÑA, E. “La labor estadística de Luis Comenge (1854-1916) en el Instituto de Higiene Urbana de Barcelona”, dins la seva obra *Salud pública en España...* p.49-83.

disposaven de més equipaments que aquests. Pel que fa als centres terciaris, es trobaven al nivell dels Instituts Provincials d'Higiene, i s'encarregaven de coordinar els centres primaris i secundaris, a més d'organitzar i fomentar les campanyes de medicina preventiva, i disposaven d'uns materials de laboratori més sofisticats, per als casos en que fos necessari.

Tot i que el govern del bienni conservador republicà tenia un caràcter menys reformista, el sistema creat anteriorment es va mantenir en línies generals, i pel que fa a la preocupació per la sanitat rural, també va continuar present en la nova etapa, únicament es va alentir relativament el ritme de la seva aplicació. Amb la victòria del *Frente Popular* a les eleccions de 1936, a més, s'obria un panorama esperançador respecte la sanitat pública al món rural, expectatives que es van veure frustrades amb l'esclat de la Guerra Civil, la qual va paraitzar totes les reformes i millores iniciades en les darreres dècades.

En conclusió, a l'endarreriment de la modernització de la sanitat espanyola en general, respecte els seus veïns europeus, cal sumar-hi uns anys més perquè aquesta arribés a la ruralia, i a més que fos efectiva. Així, durant les dues primeres dècades del segle XX es va institucionalitzar una administració sanitària, a un ritme relativament baix. No serà fins a mitjans de la dècada de 1920, com hem vist, que el panorama sociosanitari començarà a agafar la forma de la resta d'estats moderns, el que significa que és aleshores quan l'Estat intenta arribar a tota la població, incloent també les àrees rurals. En aquesta modernització que es va donar en la sanitat general, i també en la seva extensió al camp, és indubtable l'acció de la Fundació Rockefeller, així com les pressions internacionals. Finalment, les importants reformes organitzatives que es van iniciar durant la Segona República, i que pretenien ampliar encara més la base d'un sistema sanitari social, es van veure interrompudes amb l'esclat de la Guerra Civil.

4. LA REALITAT SANITÀRIA AL MÓN RURAL

Esta historia más bien larga de la sanidad en la Sociedad se basa en la premisa de que las iniciativas de salud pública llegaron de varias direcciones distintas. El “Estado” en cualquier forma [...] no fue nunca un agente insignificante, pero sería demasiado simplista considerar el empeño estatal como único promotor de la sanidad pública.⁴³

Aquest fragment de la interessant obra de Mary Lindemann il·lustra perfectament una de les tesis que vol defensar aquest treball: el fet de que la pràctica mèdica, en les seves diverses formes —el mencionat pluralisme mèdic— va funcionar i es va desenvolupar, en bona part, independentment de si l'Estat intervenia o no. No obstant això, no hem de menysprear el paper de l'acció estatal, en el sentit que quan aquest va intervenir ho va fer per donar un impuls decisiu a la modernització de la medicina i de la sanitat com a sistema d'assistència a la societat; però el que volem recalcar aquí és que considerar que la medicina era un “desert mèdic” quan —i on— l'Estat no hi va actuar seria un equívoc, tal com ha demostrat la historiografia de les darreres dècades.

Per defensar aquesta visió —recolzats per la diversitat bibliogràfica disponible, com hem apuntat anteriorment— és ara pertinent realitzar un enfocament a una escala més reduïda respecte la de l'apartat anterior, ja que per trobar indicadors de pràctica mèdica al món rural hom no pot fixar-se en la totalitat d'un estat, sinó que és necessari atendre als casos regionals o fins i tot locals.

4.1. EL PLURALISME MÈDIC

Com hem advertit en el primer capítol d'aquest treball, les dificultats metodològiques per una aproximació a la pràctica mèdica al món rural són molt grans; no obstant això, la varietat casuística ens permetrà en aquest cas comprovar les diverses vies d'accés a la medicina, ja fos aquesta més o menys professional. La millor forma d'intentar reproduir la realitat mèdica al món rural, no és una altra que realitzar una

⁴³ LINDEMANN, M. *Medicina y Sociedad...*, p.218.

aproximació a tots els indicadors que ens puguin donar testimoni d'una determinada activitat mèdica en un determinat indret. Per tant, serà important realitzar un estudi quantitatiu sobre el nombre de professionals que actuaven en aquest àmbit, però també és necessari parar atenció a altres aspectes més qualitatius, com és la formació dels diversos col·lectius, les seves condicions laborals, o la consideració que rebien per part de la societat. El concepte del pluralisme mèdic, doncs, estaria recolzat per l'existència d'una gran varietat de professionals al servei de la salut, en aquest cas al món rural; una oferta professional que en el món anglosaxó s'ha donat a conèixer com *medical market*.

4.1.1. El metge rural

El col·lectiu per excel·lència en el món de la medicina és el metge qualificat —conegut amb diferents noms com facultatiu, col·legiat, doctor, físic (anàlogament al *physician* anglès)— la formació teòrica del qual era la més completa, alhora que el seu estatus social i laboral. Aquesta figura professional va ser la que es va acabar imposant i perdurant, al contrari d'altres que exercien la medicina a un nivell no professional o regularitzat, que van acabar essent desplaçats cada cop més, a partir de principis del segle XX aproximadament.

Els doctors obtenien la formació a les universitats, d'aquí que el seu prestigi fos més gran que el de la resta de professions sanitàries, i a més es va anar especialitzant al llarg del segle XIX, i sobretot al XX. Cal dir, però, que a finals de l'Antic Règim, davant d'una determinada malaltia el metge no era una opció prioritària per al pacient i els seus familiars, sinó que era un recurs més dintre de la pràctica del pluralisme mèdic; per tant, és possible que el pacient primer acudís a algun sanador, curandero, xarlatà o semblant abans que al metge, ja fos per qüestions econòmiques, per creences personals o per la comoditat pròpia de disposar d'un diagnòstic més proper i ràpid. Aquest fet es va anar abandonant al llarg del segle XIX, per quedar gairebé obsolet a la centúria següent, en un nou panorama on metges i hospitals van passar a tenir el monopoli de la salut, fins i tot al món rural.

Provisió mèdica

La disponibilitat d'un doctor, doncs, era important a l'hora de determinar la tria per part del pacient. El nombre de doctors era molt variable d'un lloc a un altre, com ara veurem. En un estudi sobre la regió rural de l'Ànglia de l'Est, a la costa oriental d'Anglaterra, la ràtio de metges als comtats de Norfolk, Suffolk i Cambridgeshire és d'un doctor per 1.500-2.000 habitants, considerant el període de 1871 a 1901.⁴⁴ Cal dir que és una xifra força positiva, tenint en compte que es tracta d'una regió rural. Aproximadament la mateixa mitjana es dona a la ruralia valenciana, per a la segona meitat de segle XIX, l'organització sanitària de la qual es trobava estructurada en 18 districtes que agrupaven un total de 273 municipis.⁴⁵ A la província de Girona, seguint el cens de 1851, la relació entre doctors i població era també d'uns 1.500 habitants per metge, una mitjana bastant millor que al començament del segle següent.⁴⁶ Concretament a la Vall d'Aro,⁴⁷ aquesta ràtio és lleugerament inferior, d'uns 1.450 habitants per doctor, per mitjans de segle XIX.⁴⁸

A Alemanya, en canvi, tot i ser un dels primers països en disposar d'una administració sanitària, el nombre d'habitants per doctor al món rural era bastant més elevat: a les poblacions inferiors a 5.000 habitants, el 1876 la ràtio era d'un doctor per cada 5.400 habitants, mentre que ja el 1909, encara seguia essent de 4.200, també força elevada. La regió de Baviera, d'altra banda, disposava d'una millor mitjana respecte la resta del territori germànic, amb un doctor per cada 3.200 habitants durant el darrer terç de segle XIX.⁴⁹

Degut a que les diferències regionals són infinites, no tindria gaire sentit exposar aquí tota una col·lecció de dades numèriques referents al tema; però atenent als casos exposats —sempre considerats amb precaució, entenent que no té perquè ser igual a tots

⁴⁴ CHERRY, S. "General Practitioners, Hospitals and Medical Services in Rural England: the East Anglia Region c.1800-1948", dins BARONA i CHERRY (eds.), *Health and Medicine...*, p.171-194 [175].

⁴⁵ BARONA, C., "The Role of Rural Doctors in Valencian Society, 1855-1936", dins BARONA i CHERRY (eds.), *Health and Medicine...*, p.195-212 [199].

⁴⁶ A.A.V.V., *De les iguales a la cartilla: El regiment de la cosa pública, la medicalització i el pluralisme assistencial a la Vall d'Aro*, coordinat per COMELLES, J.M.; S. ALEMANY i L. FRANCÈS, Barcelona, Departament de Cultura de la Generalitat de Catalunya, 2013, p.100.

⁴⁷ Unitat natural i històrica formada pels municipis de Sant Feliu de Guíxols, Castell d'Aro i Santa Cristina d'Aro.

⁴⁸ Cf. ANNEX 1.

⁴⁹ FARR, I., "Medical Topographies in 19th Century Bavaria", dins BARONA i CHERRY (eds.) *Health and Medicine...* p.231-248 [238].

els indrets— podem veure que la presència d'un doctor per cada 1.500-2.000 habitants, en el millor dels casos, no és gens menyspreable, si a més hi afegim, com veurem més endavant, l'existència d'altres professionals. Fins i tot en el cas alemany, on la ràtio és bastant més alta, la presència de cirurgians i farmacèutics, i també de “guaridors folk”, segurament no va deixar desatessa la població rural davant la malaltia, amb la qual cosa l'atenció, fos del tipus que fos, quedava relativament coberta.

Una excepció a aquesta confirmació, però, seria Rússia, on el doctor titulat escassejava, en major presència de l'auxiliar —col·lectiu que veurem més endavant—, fins al menys els primers anys de segle XX. Si al llarg de la major part del segle XIX la figura del doctor era, a les zones rurals, pràcticament inexistent, aquesta milloraria lleugerament amb la imposició del sistema *zemstvo*. En el citat estudi de cas de la província d'Olonets, es veu com durant els primers anys, el nombre de doctors era molt escàs. Com ja hem vist a l'anterior capítol, degut a aquesta manca de facultatius, la seva tasca havia de ser, generalment, la de supervisar els *feldshers*, itinerant pels diversos districtes. Aquest fet d'haver de supervisar la tasca dels practicants, limitava encara més la pràctica mèdica dels doctors. Un cas il·lustratiu va ser el del Dr. Lyubichankovsky, que va exercir alhora de metge titular del *zemstvo*, metge titular del districte i metge titular del municipi, tot això no només a un districte, sinó a dos.⁵⁰

Aquesta manca de facultatius va ser acusada al Primer Congrés de metges d'Olonets (1887), en la qual el Dr. Isserson va assegurar que va haver de supervisar sis centres de *feldsher*, que en un any havien tractat 6.212 pacients, dels quals gairebé 1.400 van ser atesos directament per ell mateix. Així, al congrés de 1887, hi havia un total de 15 doctors de districte, sense comptar els de la ciutat, que havien d'abastar un territori d'aproximadament 150.000 km², i atendre a una població de més de 300.000 habitants, el que deixa una mitjana de més de 20.000 habitants per doctor, la qual cosa és, sens dubte, paupèrrima. Tot i que aquesta escassetat de metges es va començar a contrarestar als primers anys de segle XX —comportant, a més, una relativa especialització en diversos àmbits de la medicina—, la seva proporció respecte els practicants i, sobretot, en relació als habitants, va continuar essent molt baixa.

⁵⁰ KING, *op.cit.*, p.91.

Posició socioeconòmica

Un altre aspecte important a tenir en compte són consideracions de caràcter més qualitatiu. Així, si fins ara hem vist la mitjana aproximada de metges per habitant, passarem ara a veure altres qüestions com la qualitat de vida dels doctors, a través sobretot de tres vectors que considerem importants, com són el prestigi social, el paper que jugava el metge en la higienització de la zona que li pertanyia, i aspectes relacionats amb la seva remuneració econòmica, que, a la pràctica, és allò que li permetia viure.

Des de l'Antiguitat, el paper dels doctors en la societat ha estat en un lloc prominent, en tant que persona que té la capacitat de guarir la resta; ha estat sempre, d'alguna manera, dipositari, custodi de la salut dels seus veïns. Malgrat que al món rural sempre hagin pogut tenir alguns detractors, degut a la incredulitat d'alguns sectors de la població rural, sovint els doctors s'han consolidat entre la societat, fent-se amb un renom i guanyant-se el respecte dels seus veïns, tal i com alguns testimonis literaris ens demostren.

En un estudi *sui generis* de John Berger, per exemple, trobem un testimoni brillant que recolza aquesta afirmació a *Un hombre afortunado*,⁵¹ tot i que cal prendre l'obra amb precaucions. En primer lloc, cal advertir que està basada en la dècada de 1960, que queda lleugerament desplaçada del període que estudiem aquí. En segon lloc, l'obra es tracta d'un assaig, en un estil entre la narració i l'estudi antropològic, per la qual cosa no pot ser considerada com un estudi històric, amb el rigor científic que aquest comporta. Compta, però, amb l'ímpetu narratiu que hi posa l'autor, que va conèixer de prop amb el doctor John Sassall, que exercia de metge a una regió rural d'Anglaterra,⁵² i l'obra ens mostra un doctor rural que s'enfronta ell sol a tota la problemàtica no només sanitària, sinó també psicològica, de la zona. Berger ens mostra en Sassall un doctor que s'implica per la salut dels pacients, per la seva vida, que participa de tots els afers de la societat. També explica que en les seves consultes s'ha de mostrar com una persona propera, transmetre als seus pacients una imatge de proximitat, gairebé de fraternitat. És per tot això que el doctor Sassall s'ha guanyat el respecte i l'admiració dels seus veïns; Berger ens dóna testimoni del valor social que suposa el metge rural, de la seva incalculable tasca al servei de la comunitat.

⁵¹ Cf. BERGER a la bibliografia.

⁵² Aquesta regió, però, no l'especifica l'autor; únicament ens diu que és a la comarca coneguda com *The Forest* ("el bosc").

Una altra font de semblants característiques és l'obra *Morfina. Relats d'un jove metge*, de Mikhaïl Bulgàkov. Aquesta és una obra amb diferents relats viscuts en primera persona per l'autor, entre 1917 i 1918, quan tot just obtenir la llicenciatura en medicina va ser destinat a un remot districte rural, per dirigir l'hospital rural de Múrievó.⁵³ Les vivències relatades són d'una versemblança molt il·lustrativa, que ens permet veure com actuava en els seus primers mesos de professió. El novell doctor Bomgard —que és el nom que rep al llibre— s'enfronta tot sol, amb nul·la experiència com a metge, a amputacions, casos de diftèria, malària, sífilis, parts amb complicacions, o fins i tot a una extracció de queixal. Totes aquestes experiències no només són relatades de manera detallada i il·lustrativa, sinó que a més l'autor va relatant els seus sentiments i pensaments, que en un principi eren d'inseguretat i por, però que cap als darrers capítols es va convertint en orgull.

Al principi, confessa que com a estudiant mai havia realitzat cap intervenció de cap mena a un cos real, i a més diu que la formació rebuda a la facultat és purament teòrica i insuficient. En un cas d'un part amb dificultats, Bomgard confessa que ha de sortir uns minuts de la sala per anar a consultar un famós manual d'obstetrícia,⁵⁴ el mateix li succeeix quan ha de tractar un cas de sífilis, malaltia altament contagiosa de la qual no en sabia gairebé res, i que a partir d'aquell cas s'hi va començar a interessar a través del registre de l'hospital, descobrint que la malaltia havia causat estralls a famílies senceres de la localitat.

Havent passat un any a la direcció del petit hospital rural —al servei del qual només hi tenia dues llevadores-infermeres i un practicant, però que tenien molta experiència— fa un balanç molt positiu, i el seu sentiment de satisfacció professional es pot veure sobretot quan parla del tracte de respecte que li ofereixen els seus pacients; pacients que en ocasions vénen de racons allunyats a la seva consulta, per la fama de bon metge que s'havia guanyat a la regió.

⁵³ Els capítols del llibre van ser escrits anys més tard, es van publicar entre l'agost de 1925 i l'octubre de 1926, quan feia uns anys que l'autor s'havia retirat de la medicina per dedicar-se a l'escriptura. Cal dir que a més no van ser re-unificats, per la qual cosa els noms dels llocs i les persones varien d'un capítol a un altre. Cf. BULGÀKOV a la bibliografia.

⁵⁴ “El petit Döderlein”, en diu, pel seu autor, i comenta que era el manual d'obstetrícia més llegit pels estudiants de medicina: DÖDERLEIN, A. *Resum d'operacions obstrètiques*, Leipzig, 1893.

Podem afirmar, doncs, que el metge rural gaudia d'un cert prestigi i reconeixement social, tant des d'un punt de vista professional com personal.⁵⁵ Seria aquest reconeixement professional, d'altra banda, el que li permetria exercir un cert paper en la presa de decisions dels assumptes sanitaris que afectessin el municipi o regió. I és que, juntament amb farmacèutics i veterinaris —col·lectius que veurem més endavant— els metges rurals eren part activa dins de les juntes locals de sanitat, en el cas espanyol, formaven part de la “policia mèdica” germànica, o eren els *medical officers of health* al Regne Unit. “For centuries doctors had some authority over their patients and had expressed views concerning the countryside and its people but, in the course of the 19th century, they wielded greater influence and developed different interpretations”.⁵⁶ Seguint amb Cherry, doncs, podem veure com, a partir de la segona meitat del segle XIX —primer al Regne Unit i Alemanya, més tard a Espanya— els doctors es van anar incorporant al sistema sanitari higienista.

De fet, molts autors de les obres literàries de l'higienisme eren metges de l'entorn rural, en el qual van començar a trobar certes deficiències sanitàries, en una clara situació de desigualtat respecte el món urbà, que es va anar higienitzant amb anterioritat, tot i que durant uns anys encara va persistir el mite d'un món rural saludable, tema que tractarem més endavant. Així per exemple, Mateo Seoane (1791-1870) va exercir de metge rural, ja que, per qüestions d'ideologia política, es va veure inhabilitat per les autoritats absolutistes. Després d'haver-se hagut d'exiliar a Londres, on va adquirir una gran influència del pensament utilitarista benthamià, va tornar portant els ideals que iniciarien la proposta de l'higienisme, convertint-se així en l'introduïdor i un dels pioners d'aquesta matèria a Espanya. Un dels seus deixebles, i continuador de l'obra higienista, Francisco Méndez Álvaro (1806-1883), també va exercir de metge rural en acabar els seus estudis, per després dedicar-se de ple a les publicacions relacionades amb la salut.^{57 58}

⁵⁵ A.A.V.V. *De les iguales a la cartilla...* p.187-208.

⁵⁶ CHERRY, S. “Medicine and Rural Health...”, p.36.

⁵⁷ Méndez Álvaro va fundar, el 1854, la revista *El Siglo Médico*, a partir del *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* i de *La Gaceta Médica*. A més, va col·laborar també en altres publicacions com *El Semanario de Medicina*, *Archivo de Medicina Española y Extranjera*, i la *Prensa Médica*.

Per a més informació sobre aquest higienista, cf. MORO AGUADO, J., *Francisco Méndez Álvaro. La higiene española del siglo XIX*, Valladolid, Junta de Castilla y León, 1986; i Fresquet Febrer, J.L., *Francisco Méndez Álvaro (1806-1883) y las ideas sanitarias del liberalismo moderado*, dins de la col·lecció *Textos clásicos de Salud Pública* (vol.14), Ministerio de Sanidad, 1990.

Finalment, pel que respecta als doctors del món rural, veurem un aspecte no menys important que els que hem exposat fins ara, que seria la forma que el metge tenia de guanyar-se els seus honoraris entre els pacients, ja que, com veurem, n’hi havia diverses. Una de les formes de pagament a les que pararem més atenció serà a les conductes o “iguales”, el sistema que hi havia més estès a les regions rurals de Catalunya i el País Valencià, i que té, com tot seguit veurem, diverses variacions locals. Aquesta fórmula es va donar a la resta d’Espanya, en menor mesura, i també a Itàlia, amb el “*medico condotto*”; a més, es va fer extensiva a totes les professions sanitàries de rang elevat —metges i cirurgians, farmacèutics i veterinaris—.

A trets generals, el sistema de conducta és una forma de pagament regular, normalment anual, en la que una família pagava una quota fixa —en diners o en espècie— al metge i aquest restava obligat a prestar atenció mèdica a dita família. La varietat casuística d’aquest sistema podria donar lloc a un estudi molt més complex i detallat; no essent aquesta la voluntat del present treball, considerem oportú veure les característiques més destacables d’aquest sistema, així com algun exemple.

La conducta era, doncs, un sistema de pagament oriünd dels territoris que formaven la Corona d’Aragó —doncs es tractava d’un sistema secular, conservat des d’època medieval— que va perviure especialment a Catalunya i València, bastant estès al món rural, on va perdurar moltes dècades després que a les ciutats s’hagués extingit. El procediment era senzill: “si el client optava per un sistema de crèdit, [...] prenia el seu llibre de conductes, anotava les dades i acordaven els termes d’aquesta modalitat: el nombre de persones [...] que cobria, la durada del servei i la quota anual a pagar.”⁵⁹ Tot i que aquesta afirmació està basada en els apotecaris, també seria extensiva als metges. Pel que fa al contingut del pagament, la reduïda monetització d’alguns indrets rurals, feia que fos el pagament en espècies el més freqüent; “si bé en cada zona s’utilitzava el producte dominant, en la majoria del territori era el blat el que tenia més acceptació, en

⁵⁸ Per més informació sobre aquests dos higienistes, i també sobre els seus successors en les primeres dècades de la disciplina a Espanya, cf. ALCAIDE, R., “La introducción y el desarrollo del higienismo en España durante el siglo XIX. Precursores, continuadores y marco legal de un proyecto científico y social”, a *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales* [revista en línia] Universitat de Barcelona, 50 (1999), <http://www.ub.edu/geocrit/sn-50.htm>.

⁵⁹ CLOSAS, R., “Les conductes d’apotecari. L’extinció d’un model de comerç i de professió”, a *Plecs d’Història Local*, Institut Ramon Muntaner, 137(2010), p.5.

ser un producte establert com a unitat de canvi i de compravenda de serveis per l'estabilitat del seu preu [...].”⁶⁰

Hi havia dos tipus de conducta, les del comú, i les privades. Pel nom, s'entén que a les primeres participaven les institucions locals, ja fos l'ajuntament, o alguna societat de socors mutu, i les segones eren directament negociades entre el doctor i la família; és evident que les conductes del comú beneficiaven de manera especial les famílies més humils, mentre que les privades eren utilitzades per les famílies més benestants. El fet de tractar-se d'un sistema de cobrament peculiar, comportava en ocasions impagaments, que portaven a litigis. Per intentar evitar això, les autoritats locals o comarcals podien regular-ne el seu ús, com per exemple va fer el districte del Sindicat de Metges de Catalunya de la Bisbal d'Empordà, en les quals quedaven molt clares les condicions, amb la finalitat d'evitar mals usos d'aquest sistema.⁶¹

Un sistema semblant va tenir lloc a València, on es va crear un model mixt, que combinava la contractació de metges per part de les autoritats locals, amb l'establiment de contractes amb la comunitat mitjançant les “iguales”, que a més eren supervisades pels ajuntaments. A nivell orientatiu, a la dècada de 1920 el sou dels doctors titulars contractats per l'ajuntament va ser establert entre 1.250 i 3.000 pessetes, amb un afegit d'entre 125 a 300 pessetes si el doctor formava part de les inspeccions de sanitat.⁶² Dins d'aquest sistema mixt—que es va iniciar al darrer quart del segle XIX— també es van donar situacions irregulars, ja que la pobresa generalitzada de moltes famílies pageses, sobretot en temps de crisi, va portar a aquestes a pagar la seva iguala en espècie en comptes de diners. A més a més, els ajuntaments també tenien problemes per pagar els doctors en algunes ocasions, amb la qual cosa aquest sistema presentava les seves mancances.

En línies generals, van ser aquests tipus de greuges, causats pels nombrosos impagaments, els que van portar al sistema de les iguales a desaparèixer, primer a les ciutats, més tard a la ruralia. Tot i que per a la societat el sistema de les conductes va suposar un pas endavant, en termes de major accessibilitat a l'atenció mèdica, la realitat per als doctors era molt més dura, ja que, com hem vist, en ocasions trobaven dificultats per cobrar els honoraris que s'havien guanyat amb el seu treball:

⁶⁰ *Ibid.*, p.6.

⁶¹ Cf. ANNEX 2.

⁶² BARONA, C., “The Role of Rural Doctors...”, p.201.

The important social role of the doctors was insufficiently recognised, in terms of payment, status or living conditions for doctors and their families, and this became a contentious issue for a growing number of them. [...] The medical press claimed that rural doctors generally had weak economic position and lacked political influence and were thus confined to their posts.⁶³

Una altra via, bastant diferent, per la qual els metges es guanyaven el seu sou era la que es va establir a Rússia, a l'últim terç del segle XIX: el sistema *zemstvo*, del que ja n'hem parlat. Únicament, destacar el *zemstvo* com a sistema sociosanitari, possiblement un dels primers estats en proporcionar una atenció sanitària gratuïta a l'abast de tots els ciutadans, sense entrar en si va arribar a funcionar o no. Com mostren clarament les paraules del Professor Kapustin, un doctor dels primers anys del *zemstvo*, “Russian *zemstvo* medicine is a purely social matter. Treatment by a doctor in the *zemstvo* is not a personal service to the patient at his expense, nor is it an act of charity. It is a social service”.⁶⁴

D'aquesta manera, era l'administració local, la que s'encarregava de contractar els metges, així com la resta de professionals, als quals retribuïa el mateix sistema *zemstvo*, oferint així als ciutadans una assistència sanitària gratuïta. No obstant, la situació dels metges de les regions rurals estava en clara desigualtat respecte els seus col·legues de les ciutats: mentre que, el 1867, un doctor de ciutat capital de districte cobrava uns 500 rubles, un metge rural cobrava aproximadament la meitat, poc més de 250.⁶⁵ Pel que sembla, la incipient administració *zemstvo* va preferir dedicar els seus —escassos— fons a altres aspectes, com l'adquisició de nous materials, abans que a millorar la retribució dels seus doctors, al menys durant els primers anys. De fet, durant els primers anys de la nova administració, molts habitants de les zones rurals ni tan sols sabien que el nou personal sanitari era d'assistència gratuïta, com es veu al llibre de Mackenzie Wallace, en el seu capítol sobre medicina.⁶⁶ El practicant que l'atén, li diu

⁶³ BARONA, C., “The Role of Rural Doctors...”, p.204.

⁶⁴ OSIPOV, E.A.; POPOV, I.V.; i KURKIN, P.I., *Russkaya zemskaya meditsina*, Moscou, 1899, p.96. Cita extreta de KING, F., “Rural Health Care in Russia...”, p.84.

⁶⁵ KING, F. “Rural Health Care in Russia...”, p.86.

⁶⁶ Sir Donald Mackenzie Wallace (1841-1919) va ser funcionari de l'Imperi britànic, editor i corresponent del diari *The Times*. Entre 1870 i 1876 va viure a Rússia, i a l'any 1877 va escriure un llibre amb tots els aspectes de la civilització russa que va veure durant la seva etapa allà. L'obra *Russia*, de gran èxit, va ser traduïda a diverses llengües, i va ser reeditada nombroses vegades, revisada per ell mateix el 1905, la versió de que disposem. El nostre interès en aquesta obra rau en que conté un capítol dedicat a medicina rural, de la qual fa un relat molt vívid de la situació sanitària dels primers anys del *zemstvo*: “A medical consultation”, dins Donald Mackenzie Wallace, *Russia*, Londres, 1905. Obra disponible en xarxa:

que al principi tenia pocs pacients, perquè la gent es pensava que hauria de pagar; però quan van saber que els seus serveis eren remunerats per l'Estat, van començar a visitar-se en gran nombre.

Durant els primers anys del segle XX, el sistema *zemstvo* ja s'havia perfeccionat, i el nombre de professionals sanitaris, entre ells els metges, havia augmentat considerablement, en paral·lel al seu prestigi, i a la confiança de la pagesia russa, que durant les dècades anteriors havia romàs ancorada al pensament tradicional, es va començar a obrir cap a un sistema sanitari que pretenia millorar la situació sanitària del país.

El darrer model que veurem serà el que hi havia a Anglaterra, on els doctors sovint compartien l'atenció mèdica gratuïta als pobres, amb l'exercici de la medicina privada a aquelles famílies més benestants, amb una remuneració que els permetia compaginar les dues pràctiques. El metge rural anglès rebia la denominació de GP — *general practitioner*—, i era un facultatiu format en un àmbit general de la medicina, en teoria sense cap especialització. Com veurem a continuació, a l'Anglaterra rural vuitcentista hi havia diversos tipus d'assistència mèdica, i els GP sovint havien de combinar-se la seva pràctica entre diversos d'aquests centres.

La feina menys desitjada pels GPs —per ser la menys remunerada, en ocasions gens— era la pràctica als *poor law hospitals*, que eren centres de beneficència, i allà solien anar a parar els recent llicenciats, per adquirir experiència i prestigi. A la dècada de 1830 signaven uns contractes d'unes 15 lliures anuals, i en general eren metges d'un estatus social baix. Aquest sou s'hauria incrementat, tres dècades després, a unes 60-70 lliures anuals.⁶⁷ És per això, que els doctors havien de disposar d'alguna alternativa que els permetés una estabilitat econòmica. Un altre mitjà pel qual es guanyaven la vida era com a metges als *clubs of medicine*, o *medical clubs*, on la remuneració era més alta que als *poor law*, però tampoc els permetia viure folgadamente. Aquests “clubs” eren associacions de socors mutu, fundades per obrers per tenir alguna cobertura en cas d'accident, on els membres hi contribuïen amb quotes mensuals, però també solien

Mackenzie Wallace, D., *Russia*. Project Gutenberg, 3 maig 2006 (29 gener 2014): <http://www.gutenberg.org/files/1349/1349-h/1349-h.htm>

⁶⁷ CHERRY, S. “General Practitioners...”, p.176.

rebre suport econòmic dels seus membres més benestants, i comptaven amb una part important dels metges de la regió. Per exemple, l'*Ipswich-Suffolk County Medical Club*, al comtat de Suffolk, a l'est d'Anglaterra, tenia 10.000 membres afiliats, tenien al servei a 55 doctors, una tercera part dels metges del comtat. Els doctors van veure, en aquestes societats, una bona oportunitat de negoci: el Dr. Hamill, a Burnham Thorpe, Norfolk, va arribar a formar part de fins a 14 “clubs”, mentre que molts doctors van arribar a fundar-ne el seu de propi.⁶⁸

Finalment, trobem els *voluntary hospitals*, que es recolzaven, en gran part, en els donatius d'associacions o personatges rics d'interès públic, de caràcter filantròpic. D'aquesta manera, “doctors saw in voluntary hospital work the advantages of prestige, [and] potential clientele among philanthropic supporters [...]”⁶⁹ És a dir, tot i que el sou tampoc era gaire elevat en aquests hospitals, sí que podia servir a molts doctors com a via de promoció, que de fet així va ser en molts casos, ja que l'adquisició de prestigi per part d'un metge era el seu trampolí a nous pacients/clients —entès en el sentit de *medical market*, tant sovint atribuït a la medicina britànica—. Aquesta constituiria, doncs, una altra via, segurament la més cobejada, de finançament dels GPs, l'atenció privada a les famílies benestants, que podien permetre's el pagament dels honoraris del doctor, que era, en última instància, la pràctica que els permetia viure amb relativa comoditat.

4.1.2. Farmacèutics i veterinaris

Més enllà del metge, els farmacèutics i els veterinaris també tenien la seva importància en la sanitat pública. Si bé la seva existència es pot remuntar, sobretot en el cas de farmacèutics —abans apotecaris—, a dècades abans del període que estem tractant, la seva professió es va anar transformant successivament, posant especial èmfasi en dos canvis significatius: el de finals de segle XVIII, on els avenços en química i la massificació de la professió van irrompre novetats determinants en el futur de la seva pràctica professional; i d'altra banda, els nous descobriments, ja sota el nou paradigma bacteriològic, en el camp dels antibiòtics, que van permetre curar, a gran

⁶⁸ MUNCASTER, M. “Medical Services and the Medical Profession in Norfolk, 1815-1911”, Tesis Doctoral, Universitat d'East Anglia, Norwich, 1976; citat a CHERRY, “General Practitioners...”, p.181.

⁶⁹ CHERRY, S. “General Practitioners...”, p.182.

escala, malalties infeccioses, gràcies a descobriments com els d'Alexander Fleming i Ernest Duchesne, en la penicil·lina, o Paul Ehrlich amb el salvarsan, que va oferir una cura eficaç contra la terrible sífilis.

Tot i aquests canvis, la pràctica del farmacèutic sempre ha tingut dues vessants. La primera d'elles era la de comercial o venedor, és a dir, la de donar sortida als seus productes, d'on prové la paraula "apotecari" —de l'arrel etimològica de botiguer—, i de fet la comercialització dels seus productes va anar lligada, cada cop més, al desenvolupament de tota una estratègia de màrqueting. D'altra banda, però, el farmacèutic havia de tenir uns amplis coneixements dels seus productes, la fabricació dels quals estava al seu càrrec. Així, al seu laboratori, sovint annex a la farmàcia, l'apotecari elaborava les fórmules magistrals que donarien lloc als medicaments que posteriorment venia als seus clients. En aquest aspecte, la col·laboració entre farmacèutics i metges havia de ser molt estreta, tal com mostra aquest testimoni de la Vall d'Aro:

El metge i el farmacèutic són col·laboradors que es deuen ajuda i estima recíproques. Enguany els estudiants de medicina treballaven a les oficines de farmàcia, amb la qual cosa veien i manipulaven els medicaments i s'evitaven errors: errors que el farmacèutic assenyalava al metge, i inclús per les dosis altes, era bo que abans d'executar la prescripció enviés algú al metge per confirmar la primera prescripció.⁷⁰

La seva responsabilitat, a més, quedava ampliada en moltes ocasions, en tant que formava part de les juntes locals de sanitat. Entre les seves tasques, s'hi trobava la d'inspeccionar la qualitat de les aigües, o formava part de la comissió encarregada d'activar els mecanismes de prevenció en cas d'alerta d'epidèmia. La disposició d'un laboratori, a més, feia que la seva participació a les juntes fos encara més profitosa en el sentit de poder realitzar les anàlisis més ràpidament, tot i que en la majoria d'ocasions s'havien d'enviar les mostres a l'Institut Provincial d'Higiene, que es trobava a la capital.

⁷⁰ A.A.V.V. *De les iguals a la cartilla...*p.181 [Grasset, 1882].

D'altra banda, els veterinaris també formaven part d'aquesta tríada de professions liberals sanitàries que hem vist fins ara, i de totes elles és, d'acord amb Lindemann, la que se'ns mostra com més eminentment rural.⁷¹ Això és, sobretot, per les seves característiques, en tant que la seva professió implica la presència d'animals, i aquesta es donava en major nombre al món rural. La seva pràctica inicial es remunta a l'exercici de manescal-ferrador, essent aquest un treballador poc qualificat —a nivell acadèmic— i amb menys reconeixement social que metges i farmacèutics. De fet, no va haver cap regulació per als seus estudis —realitzant-se aquests sota el procés tradicional d'aprenentatge gremial— fins la creació, el 1793, de la *Real Escuela de Veterinaria* a Madrid, tot i que durant més de cinc dècades, les dues vies d'accés a la professió eren vàlides i, d'acord amb Puigvert, si tenim en compte “que obtenir el títol de manescal-ferrador a través del vell sistema era molt més fàcil i barat [...] és del tot comprensible que cada any sortís un nombre molt més superior de manescals-ferradors que no pas de veterinaris.”⁷²

Així, la professionalització de la nova veterinària tot just començava a mitjans de segle XIX, quan es van crear les primeres escoles a Saragossa (1847), Còrdova (1847), Lleó (1852) i Santiago de Compostela (1882); tot i que els requisits acadèmics eren inicialment força lleus, es van anar incrementant, i per exemple, la durada dels estudis va passar de tres anys a quatre, i finalment a cinc —el 1871—. A més, la voluntat de la disciplina era la d'atribuir més competències i coneixements al titulat que únicament la de ferrar el cavall. Seguint, novament, amb Puigvert:

Seria a partir d'aquests moments (quan l'exigència acadèmica per entrar a les escoles de veterinària era la mateixa que es demanava a futurs metges i farmacèutics, el títol de batxillerat) que començaria a produir-se de manera efectiva un canvi gradual en la percepció social de la professió veterinària, culminant el 1923 amb el reconeixement dels estudis de veterinària com a ensenyança superior; el 1931, amb l'obertura de la possibilitat d'obtenir els veterinaris el títol d'enginyer pecuari (equivalent al de doctor) i el 1943 amb l'assoliment de les escoles de Veterinària de la categoria de facultats universitàries.⁷³

⁷¹ LINDEMANN, M. *Medicina y sociedad*...p.193-194.

⁷² PUIGVERT, J.M., “De manescals a veterinaris. Notes per a una sociologia històrica de la professió veterinària a Catalunya”, dins *Estudis d'Història Agrària*, 17 (2004), p.732.

⁷³ PUIGVERT, op.cit. p.734.

En aquest nou estatus assolit pels veterinaris, la seva aparició dins dels cercles higienistes no trigaria a aparèixer, així com en les institucions sanitàries. D'aquesta manera, podem veure com, a partir de la segona meitat de segle XIX, els veterinaris es van incorporant a les juntes de sanitat —paral·lelament a la seva professionalització—, amb atribucions importants, com la d'inspector de mercats, que havia de vetllar per productes com la llet, la carn, i el peix. A més, a mesura que va anar augmentant el consum de llet —un important canvi de pauta social— la demanda de veterinaris va anar en augment, en tant que s'havia d'encarregar del control sanitari de les vaqueries o centres de producció de llet, com ho testimonia, per exemple, el veterinari malgratenc Josep Turon.⁷⁴ Una altra funció dels nous veterinaris, també molt important, estava relacionada amb coneixements més amplis en patologies i bacteris, en tant que havien de lluitar contra les malalties contagioses d'origen animal —conegudes com epizoòties—.

Veiem, per tant, un canvi significatiu en l'ofici tradicional de manescal a la nova professió de veterinari, pel que fa a prestigi social, acadèmic, i també generalment a la seva pràctica. El 1906, a Catalunya el nombre de veterinaris ja era molt superior al de manescals (482 i 86, respectivament), amb la qual cosa el segon estava clarament en vies d'extinció.⁷⁵ La qual cosa no significa que la pràctica dels nous veterinaris fos exempta del “rudimentari art” de ferrar; ans al contrari, molts d'ells, de fet, van haver de realitzar aquesta tasca per poder-se sostenir econòmicament i, tot i que el 1917 va quedar prohibit l'exercici de ferrar als veterinaris, el més probable és que molts d'ells seguís dedicant-s'hi d'estraperlo.

4.1.3. Cirurgians, infermeres i practicants

Seguidament de metges, farmacèutics i veterinaris, els altres dos col·lectius de professionals sanitaris titulats són el de la infermera i el del practicant, la funció dels quals també va ser molt important, especialment en aquells indrets en que havien de contrarestar el dèficit de doctors.

⁷⁴ PUIGVERT, J.M., “Veterinaris i salut pública en el món rural”, dins *Plecs d'Història Local*, Institut Ramon Muntaner, 137 (2010), p.8-10.

⁷⁵ PUIGVERT, *ibid.* p.9.

En un altre nivell, però, trobaríem els cirurgians, col·lectiu que perfectament es podria incloure en el dels metges, pel que fa a la seva formació, i a la seva funció i estatus professional. De fet, d'acord amb Lindemann, ambdues professions van quedar unificades a principis del segle XIX, pel que fa a la base dels seus estudis,⁷⁶ com va passar a Barcelona el 1827, quan es van unificar ambdós estudis al Reial Col·legi de Medicina i Cirurgia, l'any 1827.⁷⁷ La cirurgia, però, durant l'època moderna, es tractava d'una professió regulada per gremi, l'ensenyament de la qual no es donava doncs, com la medicina, a les universitats. Amb tot, d'ençà la creació el 1760 del Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona, els cirurgians començarien a avantatjar als metges al practicar una medicina basada molt més en l'observació clínica que no pas en la pura teoria i especulació.

Aquest dèficit formatiu no l'hem de veure, segons Lindemann,⁷⁸ en clau de jerarquització; és a dir, no hem de pensar que els estudis de medicina, per ser impartits a les universitats, eren més complets, més vàlids o més importants que els de cirurgia. Ans al contrari, els cirurgians podien arribar a adquirir un alt grau de destresa en la seva pràctica i, desfet un mite —el del cirurgià d'època moderna com un “torturador” sense escrúpols instal·lat en un taller fosc i deixat— Lindemann creu que la majoria d'aquests cirurgians es mostraven força prudents a l'hora d'executar una amputació, o qualsevol altre operació important que impliqués una conseqüència greu, i que la seva opció preferent era sempre la que mostrés menys risc. Així, “casi todas las prácticas quirúrgicas probablemente se redujeran a sajar diviesos, arreglar fracturas, encajar huesos dislocados, curar contusiones y otras parecidas.”⁷⁹

Un aspecte que ens interessa especialment dels cirurgians, és que aquests van estar molt estesos al món rural, especialment als inicis del període que estem tractant — a la segona meitat del segle XVIII—, abans de que es produís la mencionada unificació en l'aprenentatge. Segurament degut al seu status socioprofessional més baix, un gran nombre de cirurgians van haver de fugir de les ciutats —lloc preferit pels metges per exercir la seva professió—, i instal·lar-se al camp, on trobarien millor acollida, gràcies a la manca de competència. Seria aquest fet el que permet a Zarzoso desfer un altre mite,

⁷⁶ LINDEMANN, M. *op.cit.* p.126-127.

⁷⁷ PUIGVERT, “Els professionals de la sanitat...”, p.179.

⁷⁸ Per una completa explicació de la formació dels cirurgians a finals d'època moderna, cf. LINDEMANN, M, *Medicina y Sociedad...*, p.118-127.

⁷⁹ LINDEMANN, M. *Medicina y Sociedad...*, p.247.

—al·legoritzat per J.P. Goubert com un “desert mèdic”⁸⁰— al trobar un alt nombre de cirurgians exercint la seva pràctica a la França rural, en una proporció de 10 a 1 respecte els metges, per a cada 10.000 habitants. “D’aquesta manera, l’assistència mèdica dispensada a l’aleshores predominant món rural francès restava a les mans, sobretot, dels cirurgians, així com d’altres sanadors també regulats, si bé d’inferior qualificació.”⁸¹ Basant-se en l’alt nombre de graduats en el Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona per al període 1764-1794, Zarzoso intueix per a la Catalunya rural, una situació semblant a la del cas francès.⁸²

En qualsevol cas, hem vist com al llarg del segle XIX es va donant a Europa una integració progressiva en les dues professions de metge i de cirurgia, que acabaria amb una unificació total, en la qual la segona esdevindria una especialització de la primera. Al llarg d’aquest camí hauria anat quedant al marge —tot i que cal advertir d’antuvi que mai va ser el mateix que el cirurgià— la professió de barber-cirurgià, que aquesta sí que va quedar totalment obsoleta amb la implantació dels ideals il·lustrats, aplicats en aquest cas en matèria sanitària, que condemnarien ràpidament la seva pràctica totalment irregular.

Les professions d’infermera i la de practicant també van ser molt importants per al desenvolupament de la salut pública, i per establir una xarxa d’atenció sanitària d’abast social. Atribuïda històricament a la figura femenina, la professió d’infermera ha estat sovint la de realitzar cures de poca dificultat als pacients, i la d’auxiliar al metge en les seves tasques diàries. Pel que fa al practicant, figura més institucionalitzada, al menys, fins a principis del segle XX a Espanya, es tractava d’un home, i gaudia de major reconeixement professional —a l’existir la plaça de practicant titular, la qual cosa no era així per a l’infermera—. Les dones, però, van poder accedir al títol de practicant

⁸⁰ GOUBERT, J.P. *Malades et médecins en Bretagne, 1770-1790*, París, Klincksieck, 1974. Altres obres de l’autor: “The extent of medical practice in France around 1780”, a *Journal of Social History*, 10 (1977), p.410-427; com a editor, *La médicalisation de la Société française, 1770-1830*, Ontario, Historical Reflection Press, 1982; GOUBERT, J.P. i F. LEBRUN, “Médecins et chirurgiens dans la Société française du 18e siècle”, a *Annales Cispalpine d’Histoire Sociale*, 4 (1973), p.119-136.

⁸¹ ZARZOSO, *La pràctica mèdica...*, p.267.

⁸² ZARZOSO, *ibid*, p.283-286.

des d'un Reial Decret l'any 1904.⁸³ Els practicants, doncs, acompanyaven al metge, i aprenien de la seva pràctica diària, però també podien arribar a actuar en cas d'emergència o absència del metge. A més, també podien fer-se càrrec d'algunes visites rutinàries a pacients, posar injeccions i subministrar els medicaments prescrits pel doctor.

Al cas abans tractat de Rússia, la figura del practicant mereix una especial atenció. Si bé cal, primer, diferenciar aquí entre les funcions de practicant o infermera que hem vist ara, i la molt diferent tasca de *feldsher*, anteriorment explicada. En efecte, un *feldsher* és un professional titulat inferior, amb uns estudis molt menys regulats que els de medicina, especialment durant les primeres dècades. Els seus orígens els trobem a la medicina militar, que és una medicina d'urgències, i on la necessitat de guarir ferides i traumatismes de manera urgent, va crear aquesta pseudo-professió, que posteriorment seria adoptada a la ruralia russa, en moltes ocasions arribant a exercir en solitari, sense l'acompanyament ni la supervisió de cap metge.

Aquesta realitat mèdica la podem veure en el testimoni abans citat de Mackenzie Wallace, quan al demanar per un metge li diuen que el més semblant que hi ha és el *feldsher*, davant la seva desconexença sobre aquest. En la conversa que manté Mackenzie amb el *feldsher*, quan li relata el motiu mèdic de la seva consulta, el nostre narrador ens el descriu com una persona rígida, amb actitud militarista, que no transmet confiança, sense la part més "humana" que ha de tenir un metge. A més, es revela que els seus coneixements de medicina són gairebé nuls, i ell mateix confessa que en ocasions no sap ben bé el que recepta als seus pacients, però que en general els funciona: "And everything I give them —though sometimes I don't clearly understand what the matter is— seems to do them good. I believe that faith does as much as physic."⁸⁴

La manca de doctors a la ruralia russa va facilitar la propagació dels *feldshers* al territori, i el seu nombre va créixer entre finals de segle XIX i principis del XX. Seguint en el cas d'Olonets estudiat per King, el 1891 hi havia 75 *feldshers* donant cobertura als set districtes de la província, i el 1903 s'havia incrementat fins a 98, repartits en 91

⁸³ A.A.V.V. *De les iguales a la cartilla...*, p.179-180; MONTESINOS, F. *Practicantes, matronas y cirujanos dentistas en la España contemporània (1855-1932)*, Girona, Universitat de Girona, Departament d'Història i Història de l'Art, 2011, <http://www.tdx.cat/handle/10803/31835>

⁸⁴ MACKENZIE WALLACE, D., *Russia...*p.3.

centres: “By then almost everyone had access at least to *feldsher* treatment, except in the most remote areas.”⁸⁵

Tot i aquest increment quantitatiu, la preocupació dels metges no va disminuir, ja que consideraven que els seus “subordinats”, en general, tenien una preparació deficient. Les constants queixes dels facultatius respecte els seus auxiliars, especialment al congrés de 1896, on els doctors van assenyalar que entorn a dues terceres parts dels *feldshers* estaven poc formats i tenien escassos coneixements, van portar al govern *zemstvo* a crear una escola per a aquest col·lectiu, amb dos objectius principals: contrarestar l’escassetat de *feldshers*, i augmentar la qualitat de la seva formació, per professionalitzar així l’ofici dels auxiliars, dues qüestions que anirien lligades. Aquesta escola es va instaurar a Petrozavodsk —la principal ciutat de la província— i va obtenir un resultat positiu: el 1914, els *feldshers* d’Olonets havien esdevingut un grup professional respectable i ben format, i un 75% d’ells va establir la seva pròpia societat d’assistència mútua, independitzant-se relativament dels metges.⁸⁶

4.1.4. Medicina “subalterna”

Dins d’aquest apartat passaran a considerar-se aquells col·lectius sanitaris que no exercien de forma “oficial”, és a dir, el que es coneix com a medicina irregular, medicina popular, etc., i que, en aquest treball —en al·lusió al prefaci de l’obra mestra de Ginzburg—⁸⁷ hem considerat anomenar medicina “subalterna”. Com ja s’ha apuntat anteriorment, és molt difícil arribar a descobrir en tota la seva complexitat un aspecte, qualsevol, de les classes subalternes, i no és l’excepció, en aquest cas, de la medicina al món rural: “La escasez de testimonios sobre los comportamientos y actitudes de las clases subalternas del pasado es fundamentalmente el primer obstáculo, aunque no el único, con que tropiezan las investigaciones históricas”⁸⁸.

⁸⁵ KING, *op.cit.*, p.88.

⁸⁶ KING, *op.cit.*, p.89.

⁸⁷ GINZBURG, C. *Il formaggio e i vermi*, Torí, Einaudi, 1976; l’edició tractada aquí és *El queso y los gusanos*, Barcelona, Ed. Península, 2010. El que ens interessa són els punts 2 i 3 del prefaci, en els quals parla de la “cultura popular”, i defineix què és allò de “clases subalternas”, bàsicament per oposició a les classes dominants, i la informació de les quals ens hauria arribat “a través de filtros intermedios i deformantes”, GINZBURG, *op.cit.*, p.15.

⁸⁸ GINZBURG, *op.cit.*, p.13.

Cal advertir, d'altra banda, que aquesta dicotomia entre medicina “oficial” i “subalterna” —o “acadèmia” i “profana”, “regular” i “irregular”, etc.— no és tan simple, com ja ha apuntat Lindemann,⁸⁹ i que la idea d'un pacient, davant d'una malaltia, no era la d'acudir exclusivament a un professional del primer grup, o a un del segon, sinó que, dins del mencionat pluralisme mèdic, la via triada podia ser en múltiples direccions, sense ordre de jerarquització. Per tant, la línia que separa aquestes dues formes de fer medicina és molt fina i difusa.

Amb tot, és ben conegut un gran nombre de professions relacionades, en menor o major grau, amb l'exercici de la medicina a un nivell subaltern. De fet, el nombre que es coneix d'aquests professionals arreu d'Europa és molt gran, especialment a les zones rurals, i les varietats regionals i locals són infinites. A continuació, per tant, exposarem aquí una breu relació de diversos d'aquests col·lectius, ja que és un fenomen que és impossible tractar en la seva totalitat.

La llevadora

En primer lloc, però, parlarem d'una professió que, per alguns aspectes, podríem classificar dins de la “medicina oficial”, però que degut a algunes característiques —en alguns indrets, i en alguna època— s'ha vist desplaçada de la sanitat regulada, i s'ha tendit a menysprear la seva contribució, tant coetàniament a la seva existència, com més tard des d'una perspectiva històrica. Estem parlant de la llevadora, una professió eminentment femenina,⁹⁰ i que, contràriament al que s'hagi pogut afirmar, va estar força estesa; segons Lindemann, “los europeos trataban más a las comadrones que a ningún otro profesional sanitario.”⁹¹ Seguint amb la mateixa autora, ella creu que la literatura històrica sobre la salut, i en relació als naixements, aquesta s'ha centrat excessivament en el moment de la “desaparició” de la llevadora, en substitució del metge especialitzat

⁸⁹ LINDEMANN, M. *Medicina y sociedad...* p.4-5, 219-221, 243.

⁹⁰ Per al paper de la dona a la sanitat i l'atenció mèdica, veure l'interessant monogràfic que li dedica la revista *Dynamis*, 19 (1999), sota el títol de dossier “Mujeres y salud: Prácticas y saberes”, (CABRÉ, M. i ORTIZ, T.); a aquest respecte, veure també GONZÁLEZ CANALEJO, C., “Cuidados y bienestar: el trabajo sanitario femenino en respuesta a la «cuestión social» (1857-1936)”, a *Dynamis*, 27 (2007), p.211-235.

⁹¹ LINDEMANN, M. *Medicina y sociedad...*, p.250.

—l'obstetre, o el tocòleg—, condemnant la llevadora i atorgant així “una imatge literària de la partera ignorant, sucia, borracha e incompetent.”⁹²

La substitució de la llevadora no es donaria de forma immediata a tot arreu, ni a totes les classes socials: els primers països en comptar amb metges especialitzats en obstetrícia van ser França i Anglaterra, entre finals del segle XVIII i principis del XIX. De fet, era anglesa la família que havia inventat els fòrceps, tot i que els van mantenir com un secret familiar durant dècades: Peter Chamberlen va inventar, a la dècada de 1620, aquest instrument que, gairebé un segle després, sortiria a la llum per ajudar en els parts difícils. Als Estats alemanys i italians, així com a Espanya i Rússia, trigaria més a arribar l'obstetre i desplaçar la llevadora. Pel que fa a les classes socials que accedien a l'obstetre, sembla ser que aquesta era bastant reduïda, únicament l'aristocràcia, i més tard potser la burgesia acomodada; no obstant, podem intuir que l'obstetre gairebé no hi existia.

Tot i que sembla una obvietat, la funció de la llevadora era la d'assistir al part. Abans, però, també s'encarregaven de fer un seguiment de l'embaràs. Quan s'apropava el part, les llevadores sempre havien d'estar preparades per quan les reclamessin. Entre les seves tasques estaven les de comprovar la dilatació del coll uterí, i facilitar el naixement del nadó, emprant si era necessari olis i greixos. Els estava prohibit l'ús de fòrceps i altres utensilis, així que si sorgia alguna complicació, havien de fer demanar l'ajut d'un cirurgià o un obstetre. Un cop naixia el nadó, la llevadora havia de tallar el cordó umbilical, rentar el nونات, i observar el seu estat de salut. Seguidament s'havia de dedicar a netejar el coll uterí de la mare, i si hi havia hemorràgies o esquinçaments, les havia de guarir.

La posició social de les llevadores era, en general, força baixa, i en conseqüència també ho eren els seus honoraris; al món rural, a més, és molt probable que cobressin en espècies, per la qual cosa la ocupació de llevadora no els podia donar per un sou complet, així que en ocasions era un complement salarial, per compatibilitzar-lo amb altres feines, o per afegir-lo al sou familiar. Pel que fa al seu aprenentatge, aquest era tradicionalment el de la pràctica quotidiana al costat d'una altra llevadora molt més experimentada, sovint la llevadora mestra, i aquest va ser sovint el mètode d'aprenentatge arreu. Malgrat que a partir del segle XVIII —amb les ordenances

⁹² *Íbid.*, p.51.

municipals primer, i la normativa estatal més tard— es va intentar regular la formació i l'exercici professional de les llevadores, amb un examen de qualificació previ a la titulació i a l'accés a la professió, això gairebé no es va donar, i aquest col·lectiu seguia el mateix aprenentatge tradicional. Així, a Espanya, des de 1750 es va ordenar que totes les llevadores fossin controlades i examinades pel *Real Protomedicato*, per a la qual cosa havien d'haver estudiat quatre anys.⁹³ A la pràctica, com hem dit, aquesta regulació va tenir molt poc èxit, i el percentatge de llevadores titulades va ser molt baix, com per exemple va ocórrer a la província de Girona, que el 1851 només comptava amb 13 llevadores titulades.⁹⁴ La regularització d'aquest col·lectiu va arribar, a Espanya —amb unes tres dècades de retràs respecte altres països com Anglaterra o Alemanya— als primers anys del segle XX, simultàniament al moment en què van poder accedir al títol d'infermera o practicant.⁹⁵

Curanderos i guaridores folk

En un nivell més baix de la “piràmide sanitària”, ja trobaríem professions d'un rang i d'una naturalesa molt diferent a les que hem vist fins ara, i també molt diverses entre elles. La medicina popular es basava, en part, en la credulitat dels pacients, en la superstició, fins i tot en el poder de la naturalesa, o d'una entitat “divina”, amb poders guaridors.⁹⁶ N'hi havia, però, que també eren força empíriques, i es basaven en l'experiència, com podien ser els col·locadors d'ossos, els barbers-cirurgians —que, com ja hem apuntat, gairebé s'extingeix amb l'ensorrament de l'Antic Règim—, o els metges de banys.

Així, dins de tota aquesta amalgama, el nom genèric que solen rebre és el de *curanderos*, tant en català com en castellà. Una altra denominació, per influència de

⁹³ CARRILLO, A.M., “Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México”, dins *Dynamis*, núm.19, 1999, p.167-190.

⁹⁴ PUIGVERT, J.M., “Els professionals de la sanitat...” p.184.

⁹⁵ GONZÁLEZ CANALEJO, C., “Cuidados y bienestar...”, p.218-223.

⁹⁶ La relació entre medicina y religió es un tema molt complex, per al que cal una profunda reflexió, i que no pot ser tractat aquí. En aquest aspecte, cf. GELABERTO, M. “Culto de los santos y sociedad en la Cataluña del Antiguo Régimen (s. XVI-XVIII)”, *Historia Social*, 13 (1992), p. 3-20; LINDEMANN, M. “Religión, magia y curaciones”, dins del seu llibre, ja citat, *Medicina y sociedad...*p.235-241; o WEAR, A., “Religious Beliefs and Medicine in Early Modern England”, dins H. MARLAND i M. PELLING (eds.), *The Task of Healing: Medicine, Religion and Gender in England and the Netherlands, 1450-1800*, Rotterdam, 1996, p.145-169.

l'antropologia, seria la de *guaridor folk*, en relació a la medicina folk o folklòrica. La seva denominació en alemany, *empiriker*, és molt aclaridora sobre la seva manera d'actuar.⁹⁷

Una d'aquestes professions empírica era la de litotomista, la tasca dels quals era l'extracció de càlculs de la bufeta, procés bastant dolorós. Com diu Ballesteros Sampol, “los litotomistas, como es sabido, comúnmente no eran médicos sino gentes poco formadas, incluso pícaros, que de forma ambulante iban por las poblaciones ofreciendo sus servicios no sin una buena dosis de atrevimiento. Las intervenciones tenían lugar habitualmente en lugares públicos como las plazas o mercados y especialmente escenificadas por el corajudo litotomista.”⁹⁸ La família francesa Colot va desenvolupar, al segle XVI, una nova forma d'extreure càlculs amb menys risc de complicacions i menys dolor, però també la va mantenir en secret, al llarg de vuit generacions, fins a principis del segle XVIII.⁹⁹

D'altra banda, trobem també els “arreglaossos”, “adobadors” (“*hueseros*”, en castellà), col·locadors o acobladors d'ossos, que tractaven problemes traumatològics, com luxacions, dislocacions, entortolliments, esquinços. A Catalunya, com a altres regions, els adobadors eren en moltes ocasions pastors, que al viure aïllats i conèixer l'anatomia del bestiar, van aprendre a fer aquestes petites operacions: “l'adobador només té sentit en condicions d'aïllament social i allunyament dels altres recursos.”¹⁰⁰

Pel que fa als “metges de banys”, és important ressaltar els principis hipocràtics en els que es basaven, i l'atribució curativa que feien a les propietats salutíferes de l'aigua, que segurament va tenir influència en la conformació de l'higienisme a finals del segle XVIII i durant la centúria següent, en la seva vessant més afí als balnearis. Els metges de banys d'època moderna realitzaven diversos tipus d'activitats: a banda d'oferir els banys d'aigua freda i calenta, tallaven els cabells als seus clients, arreglaven els calls i les durícies, i aplicaven ventoses i sangoneres amb la finalitat de realitzar

⁹⁷ Per un estudi sobre general a Espanya, cf. PERDIGUERO, E., “Protomedicato y curanderismo”, a *Dynamis*, 16 (1996), p.91-108.

⁹⁸ BALLESTEROS SAMPOL, J.J. “William Cheselden, singular litotomista y gran ilustrador inglés del Siglo XVIII”, *Arch. Esp. Urol.* [recurs en xarxa]. 2007, vol.60 (7) [citat 06-02-2014], p.723-729. Disponible a:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142007000700001&lng=es&nrm=iso. ISSN 0004-0614. <http://dx.doi.org/10.4321/S0004-06142007000700001>.

⁹⁹ LINDEMANN, M. *Medicina y sociedad*...p.125.

¹⁰⁰ A.A.V.V. *De les iguales a la cartilla*...p.161.

sangries.¹⁰¹ A Espanya, el 1816, Ferran VII creava per decret el *Cuerpo de Médicos de Baños*, que va permetre la institucionalització i professionalització d'aquest col·lectiu, molt diferent del seu antecessor d'època moderna que hem vist, i que pretenia “poner los principales balnearios españoles de la época bajo la dirección de un médico capaz de analizar las aguas y obtener los mejores resultados en la clínica hidrológica.”¹⁰²

A banda d'aquests sanadors, que potser podrien mostrar una base més empírica, també existien tot tipus de curanderos, amb denominacions diverses. Existien venedors ambulants —venedors d'olis, d'antídots—, molts coneguts com xarlatans, que en general oferien remeis casolans, i tendien a vendre els seus productes com únics, esdevenint en la majoria de casos farsants o estafadors. Cal dir que aquests personatges van decaure generalment entre els segles XVIII i XIX, a mesura que la ciència avançava, i per tant amb el desenvolupament de la “protoindústria” farmacèutica. Amb tot, en alguns casos fins fa relativament poc han perdurat pràctiques de venda ambulants de remeis, a base d'herbes i unguents, com es el cas de les trementinaires a Catalunya.¹⁰³ També existien sagnadors, que solien practicar sangries i purgues, que ja hem vist anteriorment, i que havien de dominar “el arte acerca del conocimiento de las venas, cuáles y cuántas son y en qué lugares se reparten, y de los nombres de ellas y del modo de sangrar, sajar, hechar ventoses, sanguijuelas, sacar dientes y muelas [...]”¹⁰⁴

També existien altres guaridors folk, les pràctiques dels quals ja entrarien més en la dimensió d'allò “espiritual” o “místic”. Amb tota la tirallonga de bruixes, xamans, encantadors, i un llarg etcètera de varietats regionals, en destacarem alguns. Els *endevinadors*, per exemple, tenien la facultat d'endevinar el mal del pacient, gràcies a un do natural, i sabien com guarir-lo, mitjançant tècniques diverses —alguns només amb mirar-los, amb oracions, amb preparats a base d'herbes, etc.—. També curaven

¹⁰¹ Les sangries són purgues de sang, que les societats d'Antic Règim creien que eren necessàries de forma periòdica per netejar-la. Per als metges de banys, cf. LINDEMANN, M., *Medicina y Sociedad...* p.248-250.

¹⁰² RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, J.A., “Institucionalización de la Hidrología Médica en España”, a *Anales de Hidrología Médica – Balnea*, 1(2006), p.27.

¹⁰³ FRIGOLÉ, J. *Dones que anaven pel món: Estudi etnogràfic de les trementinaires de la Vall de Vansa i Tuixent (Alt Urgell)*, Barcelona, Generalitat de Catalunya, -Departament de Cultura, 2005.

¹⁰⁴ Paraules textuales del “Título de sangrador flebotomiano de Juan Hervás. Natural de Iznalloz [Granada], 1686”, annex al treball d'AMEZCUA, M., “Barberos y sangradores flebotomianos en Granada: norma y sociedad en los siglos XVII y XVIII”, a *Cultura de los cuidados*, 1(1997), p.31-36.

l'*airada*, algun mal físic però que no era ben bé cap malaltia, com la torticoli, i feien desaparèixer les berrugues. Els *il·luminats*, d'altra banda, tenien una força interior sobrenatural de caràcter benèfic, que li havia atorgat un sant protector, i feien creure als seus "pacients" que el mal li havia provocat un esperit maligne. Actuaven sovint amb un ajudant, i les tècniques guaridores eren variades, normalment tocant el malalt o fent-li un massatge. Els *oracioners*, com el seu nom indica, guarien mitjançant el poder de l'oració, de les quals en tenien una varietat, per als diferents tipus de mals; invocaven sants, Déu, la Verge Maria, Jesús, etc., i o bé elements astronòmics com el Sol o la Lluna. Els oracioners havien d'haver nascut per Dijous Sant. Finalment, trobaríem els *saludadors*, que també tenien uns poders sobrenaturals relacionats amb el dia del seu naixement. Aquests asseguraven curar la ràbia als animals i persones, mitjançant el seu alè i la seva saliva, que aplicaven a la ferida infectada, xuclant i lliurant així el malalt. El do els venia de naixement, si eren el setè fill que havia tingut un matrimoni essent la resta de germans del mateix sexe; haver nascut un Dijous Sant, Divendres Sant, o la nit de Nadal; haver plorat al ventre de la mare, i que aquesta no ho hagi comunicat a ningú; haver nascut amb la bossa amniòtica.¹⁰⁵

En conjunt, aquests guaridors folk s'aprofitaven de la credulitat de la gent i, en moltes ocasions, de la seva desesperació davant de la malaltia. Com hem pogut veure, especialment en aquest darrer grup, la dimensió espiritual o religiosa és molt important: "els elements religiosos són presents en tots els rituals curatius que porten a terme per demanar l'ajuda del sant protector (sobretot la Creu de Caravaca) i principalment la fe del pacient."¹⁰⁶

Tot i que, per raons que ja hem explicat, no podem determinar l'abast que van tenir aquests sanadors, ni podem quantificar-ne la seva existència, sí que podem saber que van gaudir, en moltes ocasions, d'un cert respecte entre la comunitat, arribant molts a adquirir fama com a guaridors. Un cas il·lustratiu és del curandero alacantí José Cerdá Baeza, conegut com «El Baldaet», que va tenir molt èxit en la seva "professió", i que

¹⁰⁵ PERIS, A., "Los Saludadores", a *Revista de Folklore* [revista a Internet], 2009 [citada el 07/02/2014], núm.339, p.75-79. Disponible a <http://media.cervantesvirtual.com/jdiaz/rf339.pdf>

¹⁰⁶ A.A.V.V. *De les iguales a la cartilla...*, p.93.

fins i tot tenia un horari establert de consulta, a jornada completa, atenent diàriament desenes de malalts dels municipis de tota la província.¹⁰⁷

No obstant això, aquests no despertaven el mateix respecte entre els doctors. Si durant l'època moderna el Protomedicat va permetre l'exercici d'aquests sanadors, controlant-los sota examinació, al segle XIX sorgeix un sentiment d'aversion respecte aquestes pràctiques.¹⁰⁸ En efecte, els professionals sanitaris "oficials", van maldar amb determinació per intentar desplaçar de l'atenció mèdica aquests curanderos —o xarlatans, com eren anomenats en la majoria dels casos—, la qual cosa va ser molt difícil aconseguir. Si bé els doctors van rebre el suport estatal, i aquest va dificultar cada cop més la pràctica dels curanderos, la realitat va ser que aquests van seguir actuant als seus domicilis, de forma il·legal o secreta, especialment a les regions rurals.

4.2. L'ASSISTÈNCIA MÈDICA

En aquest apartat fixarem l'atenció, un cop vista la varietat de professionals que donen lloc al pluralisme assistencial, als diversos aspectes relacionats amb l'atenció mèdica, com són els diferents centres que podien donar cobertura sanitària a la població, les característiques de l'atenció domiciliària i les seves especificitats en el metge rural.

4.2.1. Hospitals

Els hospitals són els centres de l'atenció sanitària per excel·lència, però no són els únics. Tot i que tradicionalment els hospitals s'han mostrat com un fet eminentment urbà i, en efecte, així és, no per això hem de creure que el món rural estava completament mancat d'hospitals, o d'altres centres que poguessin oferir assistència mèdica a la població malalta. Cal advertir, però, que quan ens referim a hospitals rurals, en la seva majoria estan situats a viles grans, o fins i tot ciutats mitjanes; el que considerem "rural" d'aquell hospital és el seu *hinterland*, és a dir, que un gran nombre dels pacients que hi podien acudir vivien a les proximitats, rurals, d'aquella ciutat. La disponibilitat de metges, a més, que poguessin oferir assistència domiciliària,

¹⁰⁷ PERDIGUERO, E., "A propósito de «El Baldaet»: Curanderismo y asistencia ante la enfermedad", a *Dynamis*, 12 (1992), p.307-321-

¹⁰⁸ Sobre la visió dels curanderos per part dels metges, cf. ANNEX 3.

abandonant de forma puntual la consulta, faria encara més assolible la sanitat a moltes famílies rurals.

Pel que fa a la seva definició i evolució, la història dels hospitals és molt extensa, i segurament ens hauríem de remuntar als seus antecedents medievals, per intentar trobar una evolució lineal, amb canvis i continuïtats, fins arribar a les institucions hospitalàries contemporànies. Tenint en compte la nombrosa bibliografia que tracta la història d'aquestes institucions —a la qual remetem—¹⁰⁹ veurem aquí únicament el paper que aquests van jugar en la medicalització que va experimentar la societat europea entre els segles XVIII i XX, considerant les diferents tipologies d'institucions d'atenció hospitalària arreu del continent.

A grans trets, dins d'aquesta evolució de la que parlàvem, la institució hospitalària se'ns mostra a Espanya en tres formes diferents entre els segles XVIII i XX: l'hospital de finals d'Antic Règim era un hospital d'hospici, que es dedicava a l'atenció als pobres i als desemparats; aquest va donar lloc a l'hospital “domèstic” vuitcentista, en el que seria “una etapa hospitalària de trànsit”, cap a l'hospital jerarquitzat del segle XX.¹¹⁰

El canvi més substancial que va haver entre els dos primers models d'hospital és que els primers es basaven en la caritat, on les entitats religioses jugaven un paper important, i el nou hospital del vuit-cents funciona a través de la beneficència, en base a les aportacions de les institucions locals —ja fos amb el finançament de les municipalitats, o bé amb donacions generoses de ciutadans destacats—. Cal dir que les desamortitzacions van influir notablement en aquest canvi, ja que va reduir molt la capacitat econòmica de les institucions religioses, desproveint-les de molts dels seus béns, per la qual cosa, les institucions locals laiques, per contrarestar aquest dèficit, van

¹⁰⁹ Per ampliar la informació sobre història dels hospitals, cf. ACKERKNECHT, E. *La Médecine Hospitalière à Paris*, Paris, Payot, 1986; CARASA SOTO, P. *El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*, Valladolid, Universidad de Valladolid, 1985; CHERRY, S. *Medical Services and the Hospitals 1860-1939*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996; EMRYS ROBERTS, M. *The Cottage Hospitals 1859-1990*, Motcombe, Tern, 1991; MARTÍN, E.; COMELLES, JM; ARNAU, M. “El proceso de medicalización de los hospitales catalanes: el caso del Pío Hospital de Valls”, a *Dynamis*, 13 (1993), p.201-234; SALMÓN MUÑIZ, F.; ARRIZABALAGA, J.; GARCÍA BALLESTER, L. “La introducción del hospital contemporáneo en España: la quiebra del modelo originario de organización de la Casa de Salud Valdecilla de Santander”, *Dynamis*, 7-8 (1987-88), p.249-273.

¹¹⁰ A.A.V.V. *De les iguals a la cartilla...*p.112-113.

haver d'assumir el paper que havien exercit els seus predecessors religiosos amb l'atenció sanitària.

Tant o més significatiu seria el canvi que es produiria entre el finals del segle XIX i les primeres tres dècades de la centúria següent. L'hospital de beneficència vuitcentista és, sobretot, un centre basat en la cura i la protecció, que cercava pal·liar les molèsties dels malalts, més que no pas guarir-lo. La infermera esdevé la principal protagonista d'aquests centres, l'activitat dels quals queda relegada gairebé en la seva totalitat a aquest col·lectiu. En aquest tipus de centres, els principals pacients són aquelles classes més humils —que no poden pagar-se un metge, ni tan sols subscriure's a una associació de socors mutu, que van començar a eixir al darrer terç de segle—, minusvàlids i impedits, indigents, etc.

Això va fer que hom veiés els hospitals de beneficència com una “avantsala de la mort”, degut en part al perfil dels pacients que s'hi hostatjaven, i també en part a que, en moltes ocasions, les condicions reals d'aquells llocs eren força deficientes, en termes de condicions higièniques, en termes arquitectònics, en la forma d'ubicar els pacients, sovint sense aïllar aquells afectats de malalties contagioses. Tot això, va fer que, durant molts anys, la major part de la població refusés l'atenció hospitalària com un recurs assistencial, i preferís l'atenció domiciliària. Un exemple de la crítica a aquesta disposició dels malalts la fa Lechón, en la seva visita a l'Hospital Provincial de València, el 1879:

[...] Asombra ver en la misma sala y en camas contiguas al viejo, al niño, al varioloso, al neurósico, al tífico, al pulmoníaco y a otros afectos de lesiones graves o leves, agudas o crónicas, contagiosas o no. No se dispone de departamentos especiales y no es posible evitar esta falta tan enorme, proscrita por la ciencia y atentatoria a los intereses sociales, pues con sobrada frecuencia sucumbe víctima del contagio quien ingresó por aliviarse de alguna ligera indisposición [...].¹¹¹

¹¹¹ LECHÓN. “Una visita al hospital civil de Valencia”, a *La Crónica Médica*, 2, 1879, 338-341, 360-364, 391-395, 428-430, 461-462, citat per BARONA, C. *Organización sanitaria y de la higiene pública en la provincia de Valencia (1854-1936)*, [tesi doctoral en línia], València, Universitat de València, Departament d'Història de la Ciència, 2002, <http://www.tdx.cat/handle/10803/9989> [citat febrer 2014], p.388.

Això, però, va canviar entre les darreries del segle XIX i els primers anys del segle XX. L'hospital es va anar convertint, progressivament, en un lloc de formació i adquisició de nous coneixements científics, incorporant avenços tècnics i desenvolupant les especialitzacions sanitàries. La seva funció ja no era únicament tenir cura dels pacients, sinó que ara també pretenia diagnosticar i guarir. La proporció dominant d'infermeres decaurà, en major presència, i cada cop més, de doctors titulats, que són els que aporten l'especialització mèdica. Les condicions higièniques d'aquests establiments aniran millorant, per influència dels nous postulats higienistes que s'havien estès, i també gràcies a la nova teoria microbiana del contagi de les malalties. Aquest seria, d'acord amb Carmen Barona, el precursor de l'hospital jerarquitzat que sorgiria més tard,¹¹² i la integració dels seus serveis en el si de la societat ja seria molt més àmplia que no pas en el cas dels seus antecessors.

El model anglès dels *cottage hospitals* —equivalent a un consultori rural— va començar a emergir des de mitjans de segle XIX, sota la forma inicial dels *voluntary hospitals*, basats en la beneficència. Eren centres bastant petits —la majoria comptaven amb una dotzena de llits— i estaven dirigits per un GP (*general practitioner*). Al darrer quart de segle el seu nombre va créixer en gran mesura; a la regió d'Ànglia de l'Est, entre 1875 i 1895, va arribar a doblar-se, passant de 148 *cottage hospitals*, a gairebé 300. La provisió de llits que oferien, seguia essent molt reduïda, amb un total aproximat d'uns 4.500 llits en tota la província. Durant les tres dècades següents, es va a tornar a doblar la proporció, passant a existir més de 600 hospitals rurals a la regió el 1934, amb una provisió d'uns 10.000 llits.¹¹³ Paral·lelament a aquest creixement, també es va donar una modernització de les seves instal·lacions i equipaments i, en conseqüència, un encariment del seu manteniment, per la qual cosa la fórmula del *voluntary hospital*, es va intentar combinar, cada cop més, amb l'atenció privada, i amb el pagament d'aquests serveis poder mantenir econòmicament els centres. La voluntat dels GPs, en general, sempre va ser la de conservar la seva part de *voluntary hospital*, motiu pel qual no es va substituir un model per l'altre, sinó que es van intentar acoblar ambdós.¹¹⁴ També era

¹¹² BARONA, C. *Organización sanitaria...*, p.379.

També es tracta a MARTÍN, E.; COMELLES, J.M.; ARNAU, M. "El proceso de medicalización...", p.201-234.

¹¹³ CHERRY, S. "Change and continuity in the cottage hospitals c.1859-1948: the experience in East Anglia", a *Medical History*, 36 (1992), p.271-289 [273].

¹¹⁴ CHERRY, S. "General Practitioners...", p.184.

habitual apel·lar a la generositat dels pacients, i esperar “donatius” a canvi dels seus serveis.¹¹⁵

Alguns d'aquests centres van arribar a adquirir certa reputació en alguna especialització, com per exemple l'hospital de Cromer, al comtat de Norfolk, l'activitat quirúrgica del qual va rebre gran fama i acceptació al seu comtat.¹¹⁶ Altres destacaven per l'atenció infantil, per oftalmologia, etc., per la qual cosa, en realitat molts podrien ser considerats com dispensaris.

Una altra de les característiques que van adquirir durant les primeres dècades del segle XX va ser una major dotació tècnica, a nivells d'equipament. En tant que aquests nous hospitals ja naixien amb la pretensió de poder atendre completament els seus pacients en tots els problemes de salut que aquests poguessin presentar, per acomplir tal missió havien d'estar ben equipats. Tot i que no es poden comparar amb els grans hospitals de les ciutats, com serien els hospitals provincials, molts hospitals rurals — que, evidentment eren més modestos, i de dimensions més reduïdes— tenien el material estrictament necessari. Un canvi significatiu seria l'ampliació dels edificis, amb la creació de noves seccions destinades a afectats de malalties concretes, normalment contagioses, i també amb la instal·lació de quiròfans, dotats del material necessari per realitzar operacions quirúrgiques: “As sites of treatment cottage hospitals presented the imatge of the ‘modern’ or ‘higienic’ institution offering care rather than bacteriological research, blood counts or cytoscopy. New Technology was often acquired but not always used effectively.”¹¹⁷

Els dos testimonis “literaris” abans citats, també ens mostren les característiques tècniques dels seus modestos consultoris rurals: segons Berger, en referència al doctor Sassall, “la sala de curas está muy bien equipada [...]. Hay un equipo de esterilización y el instrumental necesario para realizar suturas de tendones, amputaciones menores, extirpación de quistes, cauterización del cuello del útero y escayolado de pequeñas fractures. Además cuenta con un equipo de anestesia, una camilla osteopática y un sigmoidoscopio.”¹¹⁸ Pel que fa als relats de *Morfina*, les referències són contínues al

¹¹⁵ CHERRY, S. “Change and continuity...”, p.276.

¹¹⁶ CHERRY, S. “Changes and continuity...”, p.277.

¹¹⁷ CHERRY, S. “General Practitioners...”, p.187.

¹¹⁸ BERGER, J. *Un hombre afortunado*, Madrid, Santillana, 2008 [1a ed. 1967], p.51.

llarg de l'obra, detallant en ocasions els utensilis concrets que empra en les seves tasques.

4.2.2. Dispensaris

A un nivell inferior respecte dels hospitals, trobaríem els dispensaris, que són centres especialitzats en una malaltia determinada. Així, durant el primer terç del segle XX, arreu de l'Espanya rural es va intentar implantar una xarxa de dispensaris, que anirien destinats a malalties que afectaven greument a grans índexs de població, que eren contagioses, o els signes físics de les quals eren especialment traumàtics, com podia ser la sífilis. Els tipus de centres més habituals al món rural van ser els antituberculosos, els antiveneris, els antitracomatosos, els antipalúdics, i centres de lluita contra la mortalitat infantil. Un exemple d'aquest tipus de centres és la colònia-sanatori de San Francisco de Borja per a leprosos, a Fontanilles, situada en una vall a la comarca de la Marina Alta, limítrofa de les províncies d'Alacant i València. Ubicada en una zona aïllada, i amb disposició de moltes edificacions —va arribar a comptar amb fins a vint-i-cinc edificis— la seva funció era la de “cubrir la necesidad de recoger a los desgraciados leprosos que la Sociedad humana tenia abandonados, y a la vez librar de focos a los pueblos contaminados del mal.”¹¹⁹

La construcció de dispensaris es veuria impulsada amb el context de reforma que arribaria amb la Segona República, que ja hem vist al capítol anterior, i on a la xarxa de dispensaris passarien a integrar-se els centres primaris, supervisats i en estreta col·laboració en molts aspectes amb els centres secundaris. La direcció d'aquests centres, tant abans com durant la Segona República, aniria a càrrec de les autoritats provincials, és a dir, dels Instituts Provincials d'Higiene, situats a la capital de província, que passarien a ser els centres terciaris de l'administració sanitària republicana. Els dispensaris, en un nou intent de modernitzar la sanitat espanyola i amb voluntat d'arribar a tots els ciutadans, es van configurar com a serveis d'assistència gratuïta, destinats especialment a prestar atenció a afectats de malalties especials i, si era possible, les seves actuacions havien d'anar encarades al diagnòstic precoç de la

¹¹⁹ BALLESTER, J. “Fontilles bajo su aspecto histórico”, a *Fontilles*, 239 (1924), p.2.914; citat per BERNABEU MESTRE, J. i BALLESTER ARTIGUES, T. “Lepra y sociedad en la España de la primera mitad del siglo XX: La Colonia Sanatorio de Fontilles (1908-1932) y su proceso de intervención por la Segunda República”, a *Dynamis*, 11 (1991), p.287-344 [cita a p.298].

malaltia i, en la mesura del possible, en limitar l'expansió de la mateixa. Una altra funció important d'aquests centres havia de ser la d'educar la població sota un punt de vista sanitari, proporcionant-los coneixements bàsics de prevenció i profilaxi de les malalties.¹²⁰

Un tema que despertava molta preocupació entre els professionals sanitaris, ja durant tot el segle XIX, però que persistia encara als primers anys del segle XX —ja que, lluny de pal·liar-se, aquest s'havia incrementat en alguns casos— era l'alt grau de contagi de les malalties venèries. El control de la prostitució era un problema que portava anys a discussió, sense gaires resultats, i que anava molt lligat al contagi de malalties venèries. La malaltia que més preocupava, tant a doctes com a profans, era la sífilis, en primer lloc pel seu alt nombre de casos i, en segon lloc per les dures formes en que es manifestava físicament, deixant la pell marcada amb úlceres que arribaven a ser molt doloroses. Degut a això, en un dels sentits que més es va treballar durant les dècades de 1910 i les dues següents, en l'àmbit dels dispensaris, va ser en aquells centrats en malalties venèries, amb especial èmfasi en els dispensaris antisifilítics. Aquests centres no només tractaven els infectats d'alguna malaltia, sinó que a més maldaven per controlar la prostitució —així com intentar tenir controlats els “clients” de les meretrius, potencials portadors d'alguna malaltia—, i també s'establien mesures de profilaxis d'aquesta pràctica social.¹²¹

4.2.3. L'atenció domiciliària

A banda dels centres que oferien assistència sanitària a “règim tancat”¹²², com es coneixen els hospitals, dispensaris o asils, una forma molt important d'assistència al pacient era la visita a domicili per part del metge. De fet, aquest va ser el model assistencial més habitual durant gran part de la història per a la població que podia “evitar” acudir a un hospital que, com hem vist, era la voluntat de la majoria. És a dir,

¹²⁰ BARONA, C. *Organización sanitaria...*, p.290.

¹²¹ Per més informació sobre la lluita antivenèria a Espanya, cf. BARONA, C. “Los dispensarios antivenéreos”, dins la seva tesi *Organización sanitaria...*, p.296-314; CASTEJÓN, R. “Enfermedades venéreas en la España del último tercio del siglo XIX. Una aproximación a los fundamentos morales de la higiene pública”, a *Dynamis*, 11 (1991), p.239-261; PORRAS GALLO, I. “La lucha contra las enfermedades «evitables» en España y la pandemia de gripe de 1918-19”, a *Dynamis*, 14 (1994), p.159-183.

¹²² BARONA, C. *Organización sanitaria...*, p.377.

que aquells que econòmicament s'ho podien permetre, refusaven la hospitalització, per la qual cosa la visita domiciliària per part del doctor era la norma, tot i que avui ens pugui semblar llunyà. Aquest recurs assistencial va ser encara més freqüent al món rural que a les ciutats, en la mesura que resultava necessari en moltes ocasions en les que el pacient no podia desplaçar-se.

Al llarg del segle XIX va haver-hi un llarg i intens debat sobre si era millor l'atenció hospitalària en règim tancat, o si podria ser més beneficiosa l'assistència domiciliària, discussió centrada especialment en l'atenció sanitària a les classes més humils, —atesa la seva escassa capacitat econòmica— i que va tenir ressonància en les publicacions mèdiques amb més ressò del moment.¹²³ Aquells que van defensar la beneficència domiciliària es basaven, sobretot, en les males condicions higièniques de molts hospitals, com ja hem citat anteriorment amb Lechón. Així, molts malalts podrien evitar empitjorar les seves condicions de salut —argumentaven aquests— restant a casa, que no si acudien a un hospital. Un altre factor que era defensat de la cura a domicili era la major proximitat entre el pacient i els seus familiars, la qual cosa era un avantatge important en l'aspecte psicològic de cares a la recuperació de la malaltia.

El posicionament que va adoptar l'Estat liberal en aquest debat al llarg del segle XIX va ser força ambigu, i fins i tot podríem dir que intranscendent, ineficaç. Si bé la *Ley de Beneficencia* de 1822 introduïda pel govern liberal del trienni va fer recaure gran part de la responsabilitat en afers sanitaris sobre les municipalitats, amb la intenció de promoure l'assistència domiciliària, a la pràctica no va arribar a acomplir-se. Posteriorment, la *Ley de Sanidad* de 1855 va intentar vagament impulsar el desenvolupament d'aquest model assistencial, però va ser un fracàs, especialment a les ciutats.¹²⁴ Relegada així a un segon pla, l'atenció domiciliària va restar reservada en la majoria dels casos, com hem apuntat, a aquella clientela que s'ho pogués permetre, deixant el radi d'acció de l'assistència benèfica reduït al model de “règim tancat”, fins a finals de segle XIX. Únicament l'establiment de conductes amb les famílies, així com l'emergent model d'associacions de socors mutu dels darrers anys de la centúria, van

¹²³ Veure el discurs pronunciat a l'Acadèmia de Medicina Valenciana per LÓPEZ RAMÓN, V. “Examen médico comparativo entre la beneficencia nosocomial y la domiciliaria”, dins *Boletín del Instituto Médico Valenciano*, 13 (1873), p.11-22. 39-44, 111-116, 138-141; disponible en línea: <http://hicido.uv.es/IMV/IMV/index.html#trece>; veure també GAVIOLA, J. “Beneficencia Municipal”, dins *La Crónica Médica*, 2 (1879), p.424-428, 454-460, 486-493, 526-530; citats per BARONA, C. *Organización sanitaria...*, p.378.

¹²⁴ BARONA, C. *Organización sanitaria...*, p.378.

poder garantir una assistència sanitària que abastés gran part de la població de forma econòmicament assumible.

D'altra banda, pararem atenció a un aspecte bastant significatiu i que, malgrat que sovint s'ha tendit a ignorar o a obviar, ha esdevingut una imatge molt representativa del metge rural, com és el seu desplaçament fins al pacient. En efecte, aquests desplaçaments formen tot un "ritual" rutinari al que s'havia d'enfrontar el metge rural, una pràctica que molt rarament hauria de realitzar el seu col·lega de ciutat. Això podia arribar a ser un handicap en aquells "territoris més dispersos com a la Vall d'Aro amb moltes masies rurals més o menys llunyanes, la qual cosa feia del metge un personatge que havia de viatjar de casa en casa i que limitava el significat del despatx mèdic."¹²⁵ Les característiques d'aquesta atenció portaven a una relació més estreta entre el metge i les famílies, ja que, en moltes ocasions el doctor s'havia de quedar fins a altes hores de la matinada en la visita.

Pel que fa als mitjans de transport, el cavall o la mula eren els més "primitius", i va ser els únics mitjans disponibles durant molts anys,¹²⁶ fins arribar la bicicleta a inicis del segle XX. Amb el progressiu desenvolupament de la indústria la locomoció motora, alguns metges van poder adquirir un vehicle motoritzat per tal de veure facilitat el seu accés. Així, es van utilitzar motocicletes com la Moto Guzzi, que era la que tenia el doctor Martí Casals,¹²⁷ o des de la dècada de 1950 el Citroën 2CV, el disseny del qual, el 1934, a càrrec de l'enginyer Pierre Jules Boulanger, va estar pensat en part per a ser útil per aquells professionals que s'havien de desplaçar al medi rural.¹²⁸ No obstant, moltes masies encara restaven aïllades de les carreteres i principals camins, per la qual cosa, depenent del seu estat i del mitjà de transport, el doctor no podia fer la totalitat del

¹²⁵ A.A.V.V. *De les iguales a la cartilla...*, p.191.

¹²⁶ Cf. ANNEX 4.

¹²⁷ Martí Casals i Echeagaray va ser metge rural a la Vall d'Aro. La donació del seu llegat material i documental ha possibilitat la creació de l'Espai del Metge i de la Salut Rural al Museu d'Història de Sant Feliu de Guíxols, institució té un compromís amb la promoció de la recerca, la difusió i la preservació de la història de la salut al món rural: <http://www.metgerural.cat/ct/>; sobre Martí Casals, cf. A.A.V.V. *Home i tècnica enfront d'una realitat deprimida: El metge rural a la postguerra. Sant Feliu de Guíxols i la Vall d'Aro*, Sant Feliu de Guíxols, Ajuntament de Sant Feliu de Guíxols, 2003.

¹²⁸ PUIGVERT, J.M. "Veterinaris i salut...", p.10. Respecte el Citroën 2CV, cf. RICARD, A. *Hitos del diseño. Cien diseños que hicieron época*, Barcelona, Ariel, 2009.

trajecte amb un sol vehicle.¹²⁹ El desplaçament del metge rural fins al seu lloc de visita podia arribar a ser, doncs, tota una travessia, a la que s’ha d’afegir la soledat a la que s’enfrontava el doctor en les seves actuacions, sobretot si sorgien dificultats.

4.3. LA SALUT AL MÓN RURAL

Com hem vist al llarg d’aquest capítol, la presència de professionals de la salut —“professionals” en el sentit estricte de la paraula, el de pertànyer o exercir una professió, i no el de dominar-la o practicar-la amb gran capacitat— en diferents àmbits i nivells, va assegurar una cobertura mèdica acceptable, en termes generals, al món rural. Ara bé, ens hem de plantejar la següent qüestió: aquesta presència de personal sanitari, garantia realment una vida saludable als habitants del món rural?

4.3.1. Condicions de vida reals

La resposta a la pregunta plantejada és, sens dubte, negativa. Certament, les condicions higièniques de l’entorn rural van ser força deficientes, la qual cosa va preocupar els metges higienistes i altres professionals. Tal com apunten Galiana i Bernabeu-Mestre, l’estat de salut de la societat espanyola dels anys a cavall dels segles XIX i XX va ser diagnosticat com “un organismo enfermo y degenerado”, portant als professionals a parlar del “problema sanitario de España”.¹³⁰

Sota aquestes circumstàncies, ràpidament reaccionarien els doctes en matèria d’higienisme, disciplina aleshores incipient.¹³¹ De fet, un dels primers higienistes a Espanya, el prolífic divulgador barceloní Pere Felip Monlau (1808-1871) —deixeble de Mateo Seoane (1791-1870), principal introductor de l’higienisme a la literatura mèdica espanyola— es va preocupar per alguns aspectes deficientes de la sanitat al món rural, a

¹²⁹ Cf. ANNEX 5.

¹³⁰ GALIANA, M.E. i J. BERNABEU-MESTRE, “El problema sanitario de España: saneamiento y medio rural en los primeros decenios del siglo XX”, a *Aclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 63 (2006), p.139-164 [cites p.139 i p.142, respectivament].

¹³¹ Cal advertir que el nombre d’higienistes que es van preocupar pel món rural no inclou la totalitat d’aquest col·lectiu socioprofessional. Per a una visió general de l’higienisme, cf. ALCAIDE, “La introducción y el desarrollo del higienismo en España...”.

la seva obra *Elementos de Higiene Pública o Arte de conservar la salud de los pueblos* (1847). Tretze anys més tard, Joan Giné i Partagàs (1836-1903) publicava una obra dedicada exclusivament a aquest entorn, al seu *Tratado de higiene rural, o sea Arte de conservar la salud, alargar la vida y perfeccionar el ejercicio de las funciones de los labradores* (1860), en el qual aprofitava la seva experiència com a metge rural.

Altres metges higienistes, molts dels quals eren autors de topografies mèdiques, van seguir advertint durant les darreries del segle XIX de les males condicions higièniques que regnaven als entorns rurals;¹³² malgrat això, a principis de la centúria següent gairebé tot seguia en la mateixa línia. En aquesta perspectiva ancorada, estava clar que era necessari un canvi, que va sorgir, com a altres àmbits de la societat espanyola, de la teoria regeneracionista, des d'on “la Higiene espanyola asumió un importante papel como disciplina capaz de paliar los males del país”.¹³³ Aquest regeneracionisme, aplicat a la higienització, va anar dirigit sobre dos eixos: d’una banda, en l’educació —molt en línia amb una de les màximes d’aquest moviment, *escuela y dispensa*—, principalment prenent una moralització de les classes més humils, un ensenyament enfocat en una millor higiene domèstica i pública; de l’altra, en la millora sanitària dels espais, tant públics com privats.¹³⁴

Va ser aquest darrer aspecte, el que va portar al sorgiment d’una nova disciplina que, articulada entre l’higienisme i l’enginyeria, va aportar un nou enfocament al tractament de la millora de les condicions d’habitatge i llocs públics i d’oci, influïda també pels nous preceptes imposats pels avenços de la bacteriologia. Estem parlant de l’enginyeria sanitària, que va suposar la progressiva incorporació de noves figures professionals —enginyers, arquitectes i altres tècnics— al servei de la higienització de l’arquitectura, millora que era necessària sobretot al món rural, ja que en la majoria de ciutats ja s’havia donat alguns anys abans. Galiana i Bernabeu-Mestre fan una interessant anàlisi d’aquesta confluència entre enginyeria i sanitat, en base a l’estudi de les obres de dos dels seus exponents a la dècada de 1920, cadascun d’ells procedent dels dos àmbits esmentats. Així, Francisco G. de Membrillera i Luis Muñoz de Antuñano, en

¹³² Cf. PUIGVERT, J.M. “Higienismo y salud pública en el mundo rural catalán (1855-1936)”, dins A. COHEN (ed.), *El trabajo y sus ...*, p.57-90.

¹³³ GALIANA i BERNABEU-MESTRE, “El problema sanitario...”, p. 141.

¹³⁴ *Íbid.* p. 141-142.

els seus respectius treballs,¹³⁵ en els que analitzen la situació de la sanitat espanyola, assenyalen com a principals causants de la mala situació sanitària la incultura i la manca de moralitat de la població —la qual cosa la empenyia a unes males condicions de vida—, sumat a la inactivitat de les autoritats governamentals.

Ambdós autors, a l'hora de centrar la seva atenció sobre la demografia a Espanya —la qual cosa no els degué resultar gens fàcil, degut a l'escassetat de fonts estadístiques— van cercar una taxa de natalitat mitjana de 30.5‰, mentre que la de mortalitat era del 20‰.¹³⁶ Segons G. de Membrillera, ambdues taxes superaven a la de la majoria dels països europeus, alentint així el seu creixement vegetatiu. Pel que fa als grups d'edat, destaca l'alt percentatge de mortalitat en la franja de 0 a 5 anys, és a dir, que hi havia una mortalitat infantil elevada; quant a la distribució geogràfica, per al període estudiat, van ser significativament més baixes les dues taxes al món rural que a les ciutats, situació que s'invertiria en els següents anys. D'altra banda, com a causes de mort, les malalties infeccioses i “evitables” apareixien amb un paper destacat,¹³⁷ considerat excessiu, no només per aquests dos autors, sinó per la majoria d'higienistes espanyols de l'època, la qual cosa queda palesa a les dècades de 1920 i 1930 amb les campanyes sanitàries, enfocades bàsicament a aquestes malalties, així com la difusió de dispensaris, que ja hem esmentat anteriorment.

La preocupació higienista per l'arquitectura

Aquestes dades demogràfiques, certament preocupants, van dur els autors a realitzar una crítica que carregava durament contra les condicions dels habitatges de la ruralia espanyola. Aquests, segons G. de Membrillera, i molts altres higienistes, no complien els requisits mínims d'habitabilitat. D'una banda, les pròpies cases presentaven problemes al seu interior, com podrien ser la mala distribució, l'amuntegament de persones en espais petits i tancats, la qualitat deficient dels

¹³⁵ G. de MEMBRILLERA, F. *El problema sanitario de España. Exceso de mortalidad. Causas que la producen. Influencia de la Higiene en la economía nacional. Medidas de gobierno y acción de los ciudadanos para higienizar España y arrebatar a la muerte más de 100.000 vidas por año*, Madrid, Sarriá, J. Viñals Editor, 1921; MUÑOZ ANTUÑANO, L. *Saneamiento e higienización de España*, Madrid, Sucesores de Rivadeneyra, 1921.

¹³⁶ El període analitzat va ser el de 1911 a 1917, degut a la manca d'informació per a altres anys. A GALIANA i BERNABEU-MESTRE, “El problema sanitario...”, p. 146.

¹³⁷ Cf. ANNEX 6.

tancaments i, en general, de tota l'edificació. Però un fet que contribuïa notablement a l'empitjorament de les condicions de vida a una casa rural era la convivència d'animals en el mateix edifici que les famílies, els excrements i les olors dels quals passaven a l'habitatge, fent respirar als habitants "el aire enrarecido".¹³⁸ El mal estat de l'interior dels habitatges era extensiu, a més, a altres aspectes exteriors com l'emplaçament, l'estat de carrers i camins, etc.

Davant d'aquesta problemàtica, estesa a tota la ruralia espanyola, el metge Muñoz Antuñano proposa una solució:

Todas las edificaciones rurales deben ser sometidas a un reglamento social y a un bien entendido saneamiento; aguas, retretes, lavaderos, inmundicias, establos,... [...] La casa agrícola debe separar los animales de las habitaciones humanas, [...]; el pozo debe ser cubierto, si le hay, y los retretes se construirán obligatoriamente.¹³⁹

A banda dels habitatges privats, l'enginyeria sanitària de principis de segle XX també va mostrar preocupació per l'arquitectura pública al món rural. Si bé aquesta havia estat un aspecte molt present al món urbà, la morfologia del qual s'havia transformat al darrer segle, amb notables millores urbanístico-sanitàries, la seva extensió al món rural no es faria fins a començaments del nou-cents. Els principals equipaments a considerar aquí van ser escoles, mercats,¹⁴⁰ cementiris i, sobretot, escorxadors, a més de millores en la xarxa de subministrament d'aigües potables i en la de clavegueram. La col·laboració d'arquitectes i enginyers amb metges i veterinaris seria ara un aspecte necessari.

En efecte, els escorxadors van ser un focus d'atenció dels higienistes durant la segona meitat del segle XIX i primer terç del següent. Testimoni d'aquesta importància és la reial ordre de 1859, el reglament de la qual, a través de 28 articles, obligava a realitzar les operacions relacionades amb la manipulació animal als escorxadors, i a més a que tot el procés fos supervisat per l'inspector de carns, que havia de ser un veterinari qualificat. No obstant, durant les següents dècades no es va fer del tot efectiva, i més tenint en compte un costum força arrelat a la ruralia, com era la matança del porc,

¹³⁸ Cf. ANNEX 7.

¹³⁹ MUÑOZ ANTUÑANO, L. *Saneamiento e higienización...* p.128; citat per GALIANA i BERNABEU-MESTRE, "El problema sanitario...", p.151.

pràctica domèstica que realitzaven les famílies al seu domicili, i que va alarmar els higienistes.¹⁴¹

A més a més, les condicions higièniques de molts d'aquests escorxadors no eren les adequades, per la qual cosa l'enginyeria sanitària regeneracionista va dirigir-hi també les seves mires. Aquí, d'acord amb el veterinari Sanz Egaña,¹⁴² la seva professió havia de participar en la construcció dels escorxadors, per la qual calia la col·laboració no només de veterinaris i arquitectes, sinó també d'enginyers, tenint en compte la instal·lació de maquinària que era necessària a l'edifici.¹⁴³ Entre les directrius de construcció, trobem la necessitat de ventilació, de disponibilitat d'aigua per a la neteja, evacuació d'aigües residuals, grans naus que proporcionessin espais amplis i, si era possible, pavellons diversos per els diferents processos, des de la matança fins a l'especejament. Pel que fa a la seva ubicació, per raons higièniques s'havia de trobar allunyat dels nuclis urbans, però per raons de conservació de la carn, tenint en compte el seu transport, aquesta distància no havia de ser excessiva.¹⁴⁴

Les escoles van ser un altre tema d'interès de l'enginyeria sanitària, degut a les males condicions que es trobaven en la majoria d'ocasions, situades en soterranis d'edificis d'altres usos, per exemple. La seva importància raïa, a més, en els principis regeneracionistes, en els quals l'educació era un pilar fonamental en la societat de futur que volien construir; es pretenia una joventut més culta, però també calia ensenyar-los valors morals higiènics, per la qual cosa la seva escola havia de donar-los exemple: “ese edificio escolar, sencillo y armonioso, limpio y cómodo, le dirà [al nen de la ruralia] a todas horas, en todos los instantes, cómo debe ser la vivienda moderna y le hará caer en la cuenta de que su casa es mala y que debe tener otra mejor”.¹⁴⁵ Com hem vist, les escoles havien de ser senzilles, és a dir, havien d'estar caracteritzades per la seva funcionalitat, tant a l'interior com a l'exterior. Havien de disposar d'àmplies finestres per on entrés la claror, a una altura considerable; les escales també havien de ser àmplies, però aquestes haurien d'evitar-se en la mesura del possible, per als més petits.

¹⁴¹ PUIGVERT, J.M. “Higienismo y salud pública...”, p.65.

¹⁴² SANZ EGAÑA, C. *El matadero público. Construcción. Instalación. Gobierno*, Barcelona, Revista Veterinaria de España, 1921; citat a PUIGVERT, *ibid.* p.89.

¹⁴³ PUIGVERT, *ibid.* p.81.

¹⁴⁴ CAPEL, H. *La morfología de las ciudades. II Aedes Facere; técnica, cultura y clase social en la construcción de edificios*, Barcelona, Ediciones del Serbal, 2005, p.564-565.

¹⁴⁵ MARTÍ ALPERA, F. *Las escuelas rurales. Enseñanza-organización-construcción-instalación*, Girona, Dalmau i Carles i C^a, 1911, p.145; citat a PUIGVERT, *ibid.*, p.83.

La ubicació ideal de l'edifici era a un lloc elevat, el més assolellat possible, i relativament apartat d'altres edificis.

En aquest àmbit de l'enginyeria sanitària, un nou col·lectiu tindria cabuda, com són els pedagogs. Un exemple és el de Francisco Giner de los Ríos, fundador de la Institución Libre de Enseñanza, i que en 1889 va publicar “El edificio de la Escuela”, o Manuel B. Cossío, de la mateixa institució, amb les seves “Notas sobre construcciones escolares”, de 1911. D'altra banda, és destacable la situació concreta que experimentà Catalunya, on primer la Mancomunitat (1914-1923) i després la República (1931-1936) van donar un impuls a la creació d'escoles arreu del territori català, amb especial consideració del món rural. Així, durant aquestes tres dècades, sota la influència del noucentisme, es va pretendre imposar un estil arquitectònic “que combinava la funcionalitat amb la tendència al classicisme i un cert monumentalisme”.¹⁴⁶

En darrer lloc, cementiris i mercats també es van situar en la llista d'equipaments a millorar. Dels cementiris, la principal preocupació era que molts encara es trobaven massa a prop dels nuclis de població, i a més no complien unes bones condicions higièniques. Pel que fa als mercats coberts, que es van difondre arreu d'Europa al segle XIX, i que a Espanya arribarien amb retard, sobretot a les ciutats mitjanes i petites —en aquestes es van construir durant el primer terç del segle XX, el que seria el tercer període de difusió dels mercats coberts, caracteritzat per la utilització de l'estructura metàl·lica a l'estil Baltard, d'acord amb Castañer—¹⁴⁷ aquests també van participar de les teories higienistes. Tot i que, com hem dit, aquests edificis són un fet exclusivament urbà, la seva presència a ciutats petites, el *hinterland* de les quals era un entorn rural —com hem apuntat anteriorment en la definició de rural—, sí que ens permet parlar d'una influència d'aquests edificis sobre el seu radi més immediat, en tant que promovia una xarxa comercial entre la ciutat i els pagesos del seu voltant.

¹⁴⁶ PUIGVERT, J.M. “Arquitectura escolar noucentista en el món rural”, a *Mestall. Butlletí de l'Associació d'Història Rural de les Comarques Gironines*, 16 (2004), p.3-6.

¹⁴⁷ CASTAÑER, E. “La difusió dels mercats de ferro a Espanya (1868-1936)”, dins GUÀRDIA i OYÓN (eds.), *Fer ciutat...*p.233-262.

4.3.2. La visió dels professionals: les topografies mèdiques

Com hem vist, l'estat de la salut al món rural va ser, la majoria de les vegades, molt deficient. Diverses obres, com les esmentades de Monlau, o Giné i Partagàs, donen testimoni d'aquesta situació paupèrrima i deixada. Però a banda d'aquestes obres, que eren molt generals, també va sorgir un gènere literari, que es va estendre notablement entre els metges higienistes: les topografies mèdiques, en les quals els metges d'una localitat realitzaven un estudi mèdico-topogràfic de la seva localitat, centrant la seva atenció sobre nombrosos aspectes referents al seu municipi. Aquests treballs podien arribar a ser autèntiques obres erudites, amb hores de treball inesgotable, en les que apareixien aspectes molt variats d'una societat local. En ocasions, fins i tot podien arribar a transcendir el límit de la localitat, seguint amb Puigvert, quan diu que no només “estudian una sola localidad sino también otros pueblos de su alrededor o área de influencia, de manera que, en rigor, se pueden considerar verdaderas topografías comarcales”.¹⁴⁸

Les topografies mèdiques van sorgir a la segona meitat de segle XVIII com a intent de donar una explicació a les causes de les malalties epidèmiques. Amb el desenvolupament de la societat industrial i, paral·lelament de les ciutats, aquestes van experimentar una progressiva degeneració, tant en els aspectes morals dels seus habitants —alcoholisme, prostitució, etc.— com en les condicions higièniques de les seves vides quotidianes, especialment en la població obrera. L'evolució de l'higienisme com a disciplina de servei públic, es va fer ús d'aquest tipus d'estudis, que uns anys més tard es farien extensius al camp. De fet, amb la introducció de millores urbanístiques en la que ja hem esmentat «ciutat dels equipaments»¹⁴⁹, les preocupacions dels higienistes van passar, cada cop més, al món rural, mancat encara de dites millores. Així, al llarg del segle XIX, prolifera aquest tipus d'estudis, que es van produir arreu d'Europa —són principalment conegudes les d'Anglaterra, França, Alemanya i Espanya— i que van comptar, al llarg dels seus anys de màxima difusió, amb el mecenatge de les institucions i organismes responsables del desenvolupament de la higiene com a disciplina acadèmica, com per exemple la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona, o l'Institut Mèdic Valencià.

¹⁴⁸ PUIGVERT, J.M. “Higienismo y salud...”, p.60.

¹⁴⁹ Cf. cita 15 en aquest treball.

A Espanya, Urteaga n'ha comptabilitzat un total de 212 topografies, per al període 1800-1940, que considera que són els anys que aquests estudis van tenir més influència, tot i que hi distingeix tres fases ben diferents. Per al període 1800-1870, es van produir menys d'un 25% del total, i a més amb força irregularitat cronològica. Per contra, el darrer terç de la centúria és el període de major publicació: gairebé la meitat de les obres en només tres dècades. Urteaga veu aquí, precisament, una influència del recent descobriment de la teoria microbiana: “los avances de la microbiología transformaron por completo las concepciones epidemiológicas, y ello influyó necesariamente en la orientación de la geografía médica”.¹⁵⁰ El canvi de paradigma, però, desembocaria en un descens important d'aquest gènere, que es va produir entre 1900 i 1940. A partir de llavors, la influència de les topografies mèdiques gairebé desapareix, i cada cop se'n publiquen menys, la qual cosa no significa que deixessin d'existir completament.¹⁵¹

Basades en els principis neo-hipocràtics —explicats al primer capítol del present treball—¹⁵², les topografies mèdiques solien seguir un guió general, i els seus continguts eren semblants a tots els treballs. En primer lloc, una introducció sobre la localitat i la seva història, seguida d'un estudi geogràfic de l'àrea compresa, que podia contenir mapes fets a mà pels mateixos autors,¹⁵³ de diverses temàtiques, tals com toponímies, relleu físic, etc. Apareixia aquí informació atmosfèrica, climatològica, tot complementat amb reculls de dades, i classificacions detallades de la flora i la fauna presents al territori. En un altre capítol apareixia informació sobre les activitats econòmiques de la zona, com la producció agrària, les activitats comercials, les professions, i aspectes de la societat, com els costums dels habitants o el seu “temperament”.

També es feia referència a l'estat dels carrers i camins, dels habitatges, de l'abastament d'aigües, del clavegueram, i els edificis importants des d'un punt de vista sanitari —hospitals, cementiris, presons, etc.—. Un capítol al qual es dedicava molta

¹⁵⁰ URTEAGA, “Misericordia, miasmas...”, p.16.

¹⁵¹ Un exemple proper de topografia mèdica tardana és la *Topografía Médica de Viloví de Oñar*, del doctor Àngel Latorre Rios, de 1953.

¹⁵² L'article citat d'Urteaga també ens aporta una gran varietat d'informació de les topografies mèdiques, des del seu sorgiment, evolució i desaparició, una àmplia contextualització en l'època i en l'higienisme, remuntant-se fins i tot a precedents del segle XVII, el paper de les societats científiques, un estudi quantitatiu de les topografies a Espanya, una descripció temàtica general dels seus continguts, i la seva relació amb la revolució bacteriològica.

¹⁵³ Cf. ANNEX 8.

importància era el de demografia, amb series estadístiques de natalitat, mortalitat, nupcialitat, piràmides de població, etc. Finalment, s'analitzava la situació patològica de la localitat, parant l'atenció sobre les malalties més comunes del lloc, suggerint mesures terapèutiques o de prevenció.

Com a casos regionals, en destacarem tres. El cas català, que ha estat força estudiat, presenta diferències geogràfiques. D'una banda, trobem una presència molt densa de professionals sanitaris, confinats sobretot a Barcelona, a l'entorn de l'Institut d'Higiene i d'altres institucions relacionades amb la salut, i que a més exercien un rol de pressió política de cares a intentar aconseguir millores higièniques. Ara bé, d'altra banda, com demostren les topografies mèdiques i altres estudis continguts a publicacions com la *Gaceta Médica Catalana*, les condicions de vida reals van estar molt allunyades d'aquests propòsits higienistes, especialment al món rural, al llarg de tot el segle XIX, i durant els primers anys del XX. En un estudi molt complet, Llorenç Prats mostra una visió deteriorada de la vida quotidiana de la Catalunya de la Restauració, repassant, a cavall entre l'estudi antropològic i l'enfocament històric, aspectes tan peculiars com variats, des de la higiene corporal i la neteja de la roba fins al lleure, els vicis i les passions com l'alcoholisme.¹⁵⁴

Quant al cas valencià, es troba en unes circumstàncies semblants, com ha demostrat Josep L. Barona, també a través del testimoni de les topografies mèdiques dels metges rurals de l'horta valenciana.¹⁵⁵ Finalment, un cas que seria excepcional a Espanya, seria el de Mallorca, on els municipis presenten —al menys per al període de 1870 a 1930— uns índexs de mortalitat més baixos que a la resta del país, gairebé a l'altura d'altres països europeus. Aquest fet, segons alguns higienistes, es devia a un clima més benigne, al major sanejament dels espais, i a que els seus habitants portaven una “vida sosegada y tranquila”. No obstant això, els higienistes mallorquins no van restar exempts de preocupacions, i van seguir treballant en la mateixa línia que a la resta de l'Estat, impulsant la confecció d'estadístiques demogràfico-sanitàries, instant els

¹⁵⁴ PRATS, Ll. *La Catalunya rànica...*

¹⁵⁵ BARONA, J.L. “Condicions de vida a l'horta valenciana: el testimoni dels metges”, a *Afers*, 47 (2004), p.67-92.

governos locals a promulgar ordenances municipals referents a sanitat, i intentant millorar les condicions higièniques en tots els aspectes de la societat balear.¹⁵⁶

En suma, veiem com les topografies són un gènere literari molt actiu al segle XIX, que no fa sinó testimoniar les males condicions higièniques en les que es trobava la ruralia, en termes generals. Aquest mal estat de salut ens el transmet, en primer lloc, el contingut d'aquestes topografies i, d'altra banda, ens ho confirma l'alt nombre d'estudis que van proliferar al llarg de la península, especialment en uns anys concrets. Aquesta fase de màxima producció literària, doncs, la podem entendre com un moment de preocupació per part dels experts en matèria sanitària, que degueren veure unes condicions pèssimes de vida, tant als centres urbans com a l'entorn rural, i que ens llegarien aquests estudis típics, que s'han convertit en una font històrica de gran utilitat.

4.3.3. El mite del món rural saludable

Crida l'atenció, un cop vist l'estat real de les condicions de vida al món rural, que en alguns sectors de la societat encara persistís la idea de que el món rural conservava millors condicions higièniques que les ciutats. Si bé això podia haver estat cert durant els primers anys de la industrialització, en els que moltes ciutats es van convertir en nuclis insalubres, els governos il·lustrats del set-cents, i els Estats liberals del vuit-cents van treballar en la millora, precisament, dels nuclis urbans, descuidant completament les condicions de vida de la ruralia. Per tant, a mesura que avança el segle XIX, la vida a les ciutats va passar a ser més saludable que al camp. Tot i que, com hem vist, els higienistes de finals de la centúria i principis de la següent van advertir de que aquesta tendència havia canviat, i que calia atendre, també, a les necessitats del món rural, les seves veus no van arribar a tots els estaments de la societat, donant lloc al que s'ha anomenat "mite del món rural saludable"¹⁵⁷.

Aquest mite va ser perpetuat, sobretot, per les classes burgeses i mitjanes de les ciutats. D'una banda, era molt estesa, des del pensament més conservador, la visió de la

¹⁵⁶ MOLL, I., SALES, P. "La gestión de la higiene y la salud en los municipios mallorquines, 1870-1924", dins J.M. BEASCOECHEA, M. GONZÁLEZ i P.A. NOVO (eds.), *La ciudad contemporánea, espacio y sociedad*, Bilbao, Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco, 2005, p.221-247.

¹⁵⁷ A aquest respecte, cf. GALIANA i BERNABEU-MESTRE, "El problema sanitario...", p.139-143; i PUIGVERT, "Higienismo y salud pública...", p.57-78.

ciutat com un entorn carregat de connotacions negatives, com la degeneració moral dels seus habitants, o els seus vicis i lascívies. De l'altra, el costum de la burgesia, cada cop més institucionalitzat, d'acudir a estiuajar als pobles del món rural, on creien que hi havia unes condicions benèvols com el sol, la puresa de l'aire lliure, i els atribuïen propietats salutíferes, sobretot a les aigües, a les vil·les amb balnearis.

Així, aquestes classes altes reproduïen al camp els mateixos avenços i luxes de què gaudien a les ciutats que, de cap manera existien entre els habitants locals. En efecte, les torres o xalets i les vil·les van esdevenir, progressivament, una alternativa temporal per a la burgesia que vivia en l'ambient carregat de les ciutats. Municipis de muntanya com Camprodon o Puigcerdà, i d'altres amb existència de balnearis com Caldes de Malavella, Viladrau o Sant Hilari Sacalm, van adquirir cert prestigi com a llocs d'estiuajig per a aquesta burgesia adinerada. Allà hi van recrear "ciutats-jardí", passeigs, fonts monumentals, bancs, i s'hostatjaven en hotels i balnearis que estaven molt lluny d'assemblar-se, pel que fa a condicions higièniques, a les masies o cases de pagès.

Cal entendre aquest fet una època en què l'excursionisme, les colònies d'estiuajants, i el tipisme o "exotisme" d'aquells considerats, d'alguna manera, inferiors van estar tant de moda entre les classes benestants. Seria aquesta la visió *etic*, que va despertar la curiositat pel folklore durant la segona meitat del segle XIX, la que portaria a veure les poblacions pageses sota una altra perspectiva, com així ho demostren les postals que s'enviaven aquells estiuajants, imatges que volien representar allò "primitiu" o pintoresc dels pobles, i que, sota cap concepte, representaven la realitat d'aquells indrets.¹⁵⁸

¹⁵⁸ PUIGVERT, "Higienismo y salud...", p.70-75; veure també SÁNCHEZ, I. i VILLENA, R. "La tarjeta postal en la historia de España", dins B. RIEGO (ed.), *España en la tarjeta postal. Un siglo de imágenes*, Barcelona, Lunwerg, 2010, p.11-51; VEGA, C. "Fotografía y turismo en España. Políticas para una imagen de la diferencia", a *Estudis Baleàrics*, 94/95 (2009), p.193-206.

5.CONCLUSIONS: VA SER EL MÓN RURAL UN DESERT MÈDIC?

Hem pogut veure, al llarg d'aquestes planes, que l'aproximació a un estudi d'aquestes característiques comporta una complexitat múltiple —que ja ha estat revisada amb les dificultats metodològiques— degut a la multiplicitat de factors que hi intervenen. Com hem pogut comprovar, el recolzament de l'Estat resulta clau per al desenvolupament de la sanitat pública, i fins que aquest no hi actua al respecte, les iniciatives dels metges higienistes i altres professionals resulten, en certa manera, nul·les, en el sentit de què la seva capacitat d'actuació és molt limitada, mancats dels recursos econòmics i del marc legislatiu propi.

Aquests estats, com hem vist, es van incorporar progressivament a la mentalitat higienista, començant per Regne Unit, França i Alemanya, des de finals de segle XVIII i principis del XIX; a Rússia, per exemple, o Espanya, això arribaria amb força retard, a les acaballes del vuit-cents, i en alguns indrets fins ben entrada la tercera dècada del segle XX. A la seva tesis sobre la Catalunya de finals d'Antic Règim, Zarzoso afirma que el creixement demogràfic i econòmic del segle XVIII faria augmentar la demanda dels serveis relacionats amb la salut, produint una “medicalització de la societat”¹⁵⁹. Això quedaria demostrat per la presència d'extenses xarxes comercials de metges i apotecaris, que es van donar al llarg de la centúria. D'acord amb el mateix autor, aquests serveis degueren arribar a la major part de la població rural degut al sistema que hem vist de les conductes, gràcies a les quals la pràctica mèdica “no va restar reservada de forma exclusiva a les elits de les ciutats sinó que mitjançant el mecanisme de les conductes també arribà a la població de l'aleshores predominant món rural”¹⁶⁰.

Si el sistema de les conductes permetia l'accés de gran part de la població a metges i farmacèutics, el mencionat pluralisme mèdic, l'existència de nombrosos col·lectius que exercien la medicina a altres nivells, també els assegurava algun tipus

¹⁵⁹ ZARZOSO, A. *La pràctica mèdica...* p.266.

¹⁶⁰ ZARZOSO, A. “La medicina a la ruralia...”, a *Plecs d'Història Local*, Institut Ramon Muntaner, 137 (2010), p.3

d'atenció que, lluny de ser menyspreada per la població, gaudia de la confiança dels seus pacients i la seva visita era un recurs molt freqüent: “Malgrat que la consulta mèdica fou molt comuna en aquest període [segle XVIII] per part de la població de les viles, d'aquells que sovint vivien en el llindar de la pobresa, fou encara més habitual el recurs als serveis del cirurgià, el barber, l'apotecari i la llevadora”¹⁶¹.

D'altra banda, una de les causes que explica la presència cada cop més freqüent de col·lectius que exercien la medicina al món rural, d'acord novament amb Zarzoso, és que allà molts hi trobaven una sortida professional fàcil, on els requisits d'exercici de la professió eren inicialment menys exigents que a les ciutats. Va ser llavors, quan la convivència entre la medicina “oficial” i la “irregular” van topar, en una clara situació de competència, i va ser quan la primera va començar a mostrar la desaprovació d'aquells que exercien sense cap titulació universitària ni formació específica, als quals van intentar, juntament amb els poders governatius, desplaçar de l'exercici de la medicina. Així, d'acord amb Cherry, al segle XIX “processes of negotiation, mediation and overlap, rather than simple transmission and reception, thus featured in an uneven medicalisation of the countryside”¹⁶².

Aquesta situació de competència aniria desapareixent a mesura que avançava la ciència mèdica, i com hem vist, el canvi de paradigma que es produeix a la dècada de 1880 és una fita clau per a la medicina i totes les ciències en general. Llavors s'imposaria la teoria microbiana, desplaçant la medicina “subalterna” a una posició, ara sí, realment marginal —tot i que no podem gosar dir que aquesta va desaparèixer, car encara a ple segle XXI existeixen curanderos i personatges similars que viuen de la “medicina” o “pseudo-medicina”—, quedant al costat dels nous professionals titulats únicament alguns higienistes que encara es negaven a abandonar del tot el paradigma miasmàtic, com es pot veure en l'existència de topografies mèdiques fins a mitjans de segle XX.

¹⁶¹ ZARZOSO, A. *La pràctica mèdica...* p.270.

¹⁶² CHERRY, S. “Medicine and Rural Health...”, p.46.

Finalment, i havent vist un ampli ventall d'aspectes que crec que ens ho permeten, passarem a valorar la reflexió que ens plantejàvem a l'inici del treball: va ser el món rural dels segles XVIII, XIX i XX un desert mèdic? La resposta a aquesta qüestió amaga una certa complexitat, en tant que la seva resposta és doble.

Hem de respondre que sí que era un desert mèdic si atenem a dos factors, que hem vist en aquest treball. Primerament, i sobretot pel que fa al cas d'Espanya, cal criticar les actuacions estatals, que van arribar de forma tardana, i quan ho van fer, aquestes van resultar insuficients, i sovint ineficients, l'aplicació de les quals no va tenir, en la majoria dels casos, millores ràpidament palpables, fins al període de la Segona República, amb les tímides iniciatives de mitjans de la dècada de 1920 i l'ajut de la Fundació Rockefeller. Malgrat que els higienistes van mostrar les seves preocupacions, i les van comunicar a les autoritats locals o provincials, aquestes van passar en bona part inadvertides, en la mesura que van topar gairebé sempre amb les oligarquies i els cacics locals, la qual cosa frustrava qualsevol intent d'higienització.¹⁶³

En segon lloc, també hem d'afirmar que el món rural era un desert mèdic si tenim en compte les condicions de vida reals que, com hem vist, s'estenien a gran part de la ruralia, i que presentaven uns problemes que no van passar inadvertits pels professionals de la higiene. La problemàtica a abordar era gairebé sempre la mateixa, com hem pogut comprovar a través dels testimonis de les topografies mèdiques: estat deficient de les xarxes d'aigües potables i de clavegueram; mala higienització de molts espais públics com escorxadors, escoles o cementiris; pèssimes condicions de vida a les cases rurals, no només per l'estat deficient de les construccions, sinó també pels costums antihigiènics dels seus habitants. Totes aquestes deficiències provocarien unes conseqüències sanitàries que serien detectades pels experts en base, sobretot, a dos indicadors estadístics, com serien l'alta mortalitat, també general, però especialment la infantil, i l'alt nombre i proporció de malalties contagioses, que es van considerar "evitables", en el sentit que llavors ja es coneixia la seva profilaxi.

¹⁶³ PUIGVERT, "Higienismo y salud pública...", p.65; i "Els professionals de la sanitat...", p.182.

Contràriament a això, a la pregunta de si el món rural era un desert mèdic, podem respondre amb determinació que no. Com s'ha demostrat al llarg d'aquestes pàgines, l'extensa oferta de professionals de la salut al món rural donava una cobertura més que suficient a la seva població en matèria sanitària, garantint-los en gairebé totes les circumstàncies l'atenció mèdica en mans d'un col·lectiu o altre. Aquesta extensa xarxa de personal sanitari, que va donar lloc a l'anomenat "pluralisme mèdic", o "pluralisme assistencial", va suposar una peça clau, doncs, per entendre el mencionat procés de medicalització de la societat. Si bé intentaren exercir un paper cada cop més influent, no van restar exempts de dificultats, com hem vist. Un aspecte del que se'n beneficiaria la seva existència al món rural, és que aquests doctors, en el cas de que no disposessin dels mitjans necessaris per atendre un cas determinat, a més de la seva atenció mèdica també servien com a nexes entre la població i altres centres a nivell provincial, que estaven més equipats. En ocasions, per tant, el metge rural va ser una figura molt important per fer arribar el progrés de la medicina a uns indrets prou allunyats de les ciutats.

6. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

A.A.V.V. *Home i tècnica enfront d'una realitat deprimida: El metge rural a la postguerra. Sant Feliu de Guíxols i la Vall d'Aro*, Sant Feliu de Guíxols, Ajuntament de Sant Feliu de Guíxols, 2003.

A.A.V.V., *De les iguales a la cartilla: El regiment de la cosa pública, la medicalització i el pluralisme assistencial a la Vall d'Aro*, coordinat per COMELLES, J.M.; S. ALEMANY i L. FRANCÈS, Barcelona, Departament de Cultura de la Generalitat de Catalunya, 2013.

ACKERKNECHT, E. *La Médecine Hospitalière à Paris*, Paris, Payot, 1986.

ALCAIDE, R., “La introducción y el desarrollo del higienismo en España durante el siglo XIX. Precursores, continuadores y marco legal de un proyecto científico y social”, a *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales* [revista en línia] Universitat de Barcelona, 50 (1999), <http://www.ub.edu/geocrit/sn-50.htm>.

AMEZCUA, M., “Barberos y sangradores flebotomianos en Granada: norma y sociedad en los siglos XVII y XVIII”, a *Cultura de los cuidados*, 1(1997), p.31-36.

BALLESTEROS SAMPOL, J.J. “William Cheselden, singular litotomista y gran ilustrador inglés del Siglo XVIII”, *Arch. Esp. Urol.* [recurs en xarxa]. 2007, vol.60 (7) [citat 06-02-2014], p.723-729. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142007000700001&lng=es&nrm=iso. ISSN 0004-0614. <http://dx.doi.org/10.4321/S0004-06142007000700001>.

BARONA, C. *Organización sanitaria y de la higiene pública en la provincia de Valencia (1854-1936)*, [tesi doctoral en línia], València, Universitat de València, Departament d'Història de la Ciència, 2002, <http://www.tdx.cat/handle/10803/9989> [citat febrer 2014].

BARONA, C., “The Role of Rural Doctors in Valencian Society, 1855-1936”, dins BARONA i CHERRY (eds.), *Health and Medicine...*, p.195-212.

BARONA, J.L. “Condicions de vida a l’horta valenciana: el testimoni dels metges”, a *Afers*, 47 (2004), p.67-92.

BARONA, J.L. i S. CHERRY (eds.), *Health and Medicine in Rural Europe (1850-1945)*, València, Seminari d’Estudis sobre la Ciència – Universitat de València, 2005.

BARONA, J.L.; J. BERNABEU-MESTRE i E. PERDIGUERO-GIL, “Health Problems and Public Policies in Rural Spain (1854-1936)”, dins BARONA i CHERRY (eds.), *Health and Medicine...*p.63-82.

BERGER, J. *Un hombre afortunado*, Madrid, Santillana, 2008 [1a ed. 1967].

BERNABEU-MESTRE, J. i BALLESTER ARTIGUES, T. “Lepra y sociedad en la España de la primera mitad del siglo XX: La Colonia Sanatorio de Fontilles (1908-1932) y su proceso de intervención por la Segunda República”, a *Dynamis*, 11 (1991), p.287-344.

BULGÀKOV, M. *Morfina. Relats d’un jove metge*, Barcelona, Edicions de 1984, 2012.

CAPEL, H. *La morfología de las ciudades. II Aedes Facere; técnica, cultura y clase social en la construcción de edificios*, Barcelona, Ediciones del Serbal, 2005.

CARASA SOTO, P. *El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*, Valladolid, Universidad de Valladolid, 1985.

CARRILLO, A.M., “Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México”, dins *Dynamis*, núm.19, 1999, p.167-190.

CASTAÑER, E. “La difusió dels mercats de ferro a Espanya (1868-1936)”, dins GUÀRDIA i OYÓN (eds.), *Fer ciutat a través dels mercats. Europa, segles XIX i XX*, Barcelona, Ajuntament de Barcelona, 2010, p.233-262.

CASTEJÓN, R. “Enfermedades venéreas en la España del último tercio del siglo XIX. Una aproximación a los fundamentos morales de la higiene pública”, a *Dynamis*, 11 (1991), p.239-261.

CHERRY, S. “Change and continuity in the cottage hospitals c.1859-1948: the experience in East Anglia”, a *Medical History*, 36 (1992), p.271-289.

CHERRY, S., *Medical Services and the Hospitals 1860-1939*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996.

CHERRY, S. “General Practitioners, Hospitals and Medical Services in Rural England: the East Anglia Region c.1800-1948”, dins BARONA i CHERRY (eds.), *Health and Medicine...*, p.171-194.

CHERRY, S. “Medicine and Rural Health Care in 19th Century Europe”, dins BARONA i CHERRY (eds.), *Health and Medicine...*, p.19-61.

CLOSAS, R., “Les conductes d’apotecari. L’extinció d’un model de comerç i de professió”, a *Plecs d’Història Local*, Institut Ramon Muntaner, 137 (2010), p.5-7.

CROSLAND, M. “The *Officiers de Santé* of the French Revolution: A Case Study in the Changing Language of Medicine”, a *Medical History*, 48 (2004), p.229-244.

FARR, I., “Medical Topographies in 19th Century Bavaria”, dins BARONA i CHERRY (eds.) *Health and Medicine...*p.231-248.

FRIGOLÉ, J. *Dones que anaven pel món: Estudi etnogràfic de les trementinaires de la Vall de Vansa i Tuixent (Alt Urgell)*, Barcelona, Generalitat de Catalunya, -Departament de Cultura, 2005.

GALIANA, M.E. i J. BERNABEU-MESTRE, “El problema sanitario de España: saneamiento y medio rural en los primeros decenios del siglo XX”, a *Aclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 63 (2006), p.139-164.

GINZBURG, C. *Il formaggio e i vermi*, Torí, Einaudi, 1976; [ed. Castellà], *El queso y los gusanos*, Barcelona, Ed. Península, 2010.

GONZÁLEZ CANALEJO, C., “Cuidados y bienestar: el trabajo sanitario femenino en respuesta a la «cuestión social» (1857-1936)”, a *Dynamis*, 27 (2007), p.211-235.

GOUBERT, J.P. *Malades ét médecins en Bretagne, 1770-1790*, París, Klincksieck, 1974.

GOUBERT, J.P. “The extent of medical practice in France around 1780”, a *Journal of Social History*, 10 (1977), p.410-427.

GOUBERT, J.P. (ed.), *La médicalisation de la Société française, 1770-1830*, Ontario, Historical Reflection Press, 1982.

GOUBERT, J.P. i F. LEBRUN, “Médecins et chirurgiens dans la Société française du 18e siècle”, a *Annales Cisalpine d’Histoire Sociale*, 4 (1973), p.119-136.

GUÀRDIA, M. i OYÓN, J.L. “Introducció: els mercats europeus com a creadors de ciutat”, dins GUÀRDIA i OYÓN (eds.), *Fer ciutat...*, p.11-71.

KING, F. “Rural Health Care in Russia, 1864-1914: a Northern Case-Study”, dins BARONA i CHERRY (eds.), *Health and Medicine...*p.83-102.

LATORRE RIOS, A. *Topografía médica de Viloví de Oñar* [mecanoscrita], 1953, p.141-142; obra digitalitzada a la web de l’Espai del Metge i de la Salut Rural del Museu d’Història de Sant Feliu de Guíxols: <http://www.metgerural.cat/ct/topografies.php>

LINDEMANN, M. *Medicina y Sociedad en la Europa Moderna*, Madrid, Siglo XXI de España Editores, 2001.

MACKENZIE WALLACE, D. “A medical consultation”, dins *idem.*, *Russia*, Londres, 1905. Obra disponible en xarxa: Mackenzie Wallace, D., *Russia*. Project Gutenberg, 3 maig 2006 (29 gener 2014): <http://www.gutenberg.org/files/1349/1349-h/1349-h.htm>

MARTÍN, E.; COMELLES, J.M.; ARNAU, M. “El proceso de medicalización de los hospitales catalanes: el caso del Pío Hospital de Valls”, a *Dynamis*, 13 (1993), p.201-234.

MOLL, I., SALES, P. “La gestión de la higiene y la salud en los municipios mallorquines, 1870-1924”, dins J.M. BEASCOECHEA, M. GONZÁLEZ i P.A. NOVO (eds.), *La ciudad contemporánea, espacio y sociedad*, Bilbao, Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco, 2005, p.221-247.

MONTESINOS, F. *Practicantes, matronas y cirujanos dentistas en la España contemporánea (1855-1932)*, Girona, Universitat de Girona, Departament d’Història i Història de l’Art, 2011, <http://www.tdx.cat/handle/10803/31835>

PELLING, M. "Medical practice in early modern England: trade or profession?" dins W. PREST (ed.), *The professions in early modern England*, Londres, Croom Helm, 1987, p. 90-128.

PELLING, M. "Medical practice in the early modern period: trade or profession?", a *The Society for the Social History of Medicine Bulletin*, 32 (1983), p.27-30.

PERDIGUERO, E., "A propósito de «El Baldaet»: Curanderismo y asistencia ante la enfermedad", a *Dynamis*, 12 (1992), p.307-321.

PERDIGUERO, E., "Protomedicato y curanderismo", a *Dynamis*, 16 (1996), p.91-108.

PERIS, A., "Los Saludadores", a *Revista de Folklore* [revista a Internet], 2009 [citad el 07/02/2014], núm.339, p.75-79. Disponible a <http://media.cervantesvirtual.com/jdiaz/rf339.pdf>

PORRAS GALLO, I. "La lucha contra las enfermedades «evitables» en España y la pandemia de gripe de 1918-19", a *Dynamis*, 14 (1994), p.159-183.

PORTER, R. (ed.), *Patients and practitioners. Lay perceptions of medicine in pre-industrial society*, Cambridge, Cambridge U.P., 1983.

PORTER, R. "Doing medical history from below", dins *Theory and Society*, 14 (1985), p.175-198.

PORTER, R. i WEAR, A. (eds.), *Problems and methods in the history of medicine*, Londres, Croom Helm, 1987.

PRATS, LI., *La Catalunya rànica: Les condicions de vida materials de les classes populars a la Catalunya de la Restauració segons les topografies mèdiques*, Barcelona, Ed. Alta Fulla, 1996.

PUIGVERT, J.M. "Els professionals de la sanitat a la Catalunya de mitjan segle XIX", dins *Barcelona Quaderns d'Història*, 6 (2002), p.175-188.

PUIGVERT, J.M. "Arquitectura escolar noucentista en el món rural", a *Mestall. Butlletí de l'Associació d'Història Rural de les Comarques Gironines*, 16 (2004), p.3-6.

PUIGVERT, J.M., “De manescals a veterinaris. Notes per a una sociologia històrica de la professió veterinària a Catalunya”, dins *Estudis d’Història Agrària*, 17 (2004), p.729-750.

PUIGVERT, J.M. "La Junta de Sanitat de la província de Girona (1834-1868) o l'ombra allargada del "paradigma miasmàtic" dins J. CLARET (coord.), *Miscelània a Ernest Lluch i Martí*, Barcelona, Fundació Ernest Lluch, 2006, p. 481-488.

PUIGVERT, J.M., “Veterinaris i salut pública en el món rural”, dins *Plecs d’Història Local*, Institut Ramon Muntaner, 137 (2010), p.8-10.

PUIGVERT, J.M. “Higienismo y salud pública en el mundo rural catalán (1855-1936)”, dins A. COHEN (ed.), *El trabajo y sus riesgos en época contemporánea: conocimiento, codificación, intervención y gestión*, Barcelona, Icaria Ed., 2012, p.57-90.

RODRÍGUEZ OCAÑA, E. *Salud Pública en España. Ciencia, profesión y política, siglos XVIII-XX*, Granada, Editorial Universidad de Granada, 2005.

RODRÍGUEZ OCAÑA, E. “La labor estadística de Luis Comenge (1854-1916) en el Instituto de Higiene Urbana de Barcelona”, dins la seva obra *Salud pública en España...*p.49-83.

RODRÍGUEZ OCAÑA, E. “La Salud pública en la España de la primera mitad del siglo XX”, dins la seva obra *Salud pública en España...*, p.87-112.

RODRÍGUEZ OCAÑA, E., “Salud pública y política agraria liberal en España. La Inspección de Sanidad del Campo (1910-1918)”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, vol.62;2 (2010), p.327-352.

RODRÍGUEZ OCAÑA, E., “Trabajo campesino, enfermedad i prevención en la España del siglo XX” dins COHEN (ed.), *El trabajo y sus riesgos...*, p.29-56.

RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, J.A., “Institucionalización de la Hidrología Médica en España”, a *Anales de Hidrología Médica – Balnea*, 1(2006).

SIGERIST, H. *A History of Medicine*, Nova York-Oxford, Oxford University Press, 1951 (vol.1) i 1961 (vol.2).

URTEAGA, L. “Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX”, a *Geo-crítica*, 29 (1980) [consulta en línia, febrer 2014], <http://www.ub.edu/geocrit/geo29.htm>

WEBSTER, C. (ed.), *Health, medicine and mortality in the sixteenth century*, Cambridge, Cambridge U.P., 1979.

WOODWARD, J. i RICHARDS, D. “Towards a social history of medicine” dins *Health care and popular medicine in nineteenth-century England*, Londres, Croom Helm, 1977, p. 15-55.

ZARZOSO, A. “El pluralismo médico a través de la correspondencia privada en la Cataluña del siglo XVIII”, a *Dynamis*, 21 (2001), p.409-433.

ZARZOSO, A. *La pràctica mèdica a la Catalunya del segle XVIII* [tesi doctoral en línia]. Barcelona, Universitat Pompeu Fabra, Institut Universitari d’Història “Jaume Vicens Vives”, 2003, <http://www.tdx.cat/handle/10803/7460> [10/02/2014].

ZARZOSO, A. “La medicina a la ruralia catalana contemporània”, a *Plecs d’Història Local*, Institut Ramon Muntaner, 137 (2010), p.2-4.

ANNEXOS

Annex 1

Relació de doctor per habitants i extensió a la Vall d'Aro.

	Extensió (km2)	Habitants**	Doctors***	Ràtio doctor/habitants
Sant Feliu de Guíxols	15,6	5.487	4	1/1.372
Castell d'Aro	21,9	2.113	2	1/1.056
Sta. Cristina d'Aro*	67,8	1.177	0	-
VALL D'ARO (total)	106'3	8.777	6	1/1.463

Taula: Elaboració pròpia, a partir de COMELLES; ALEMANY; FRANCÈS (eds.), *De les iguales a la cartilla...*, p.99-100; i GAITX, J. i FOGUERAS, G. *El naixement del municipi de Santa Cristina d'Aro (1854-1868)*, Santa Cristina d'Aro, Ajuntament de Santa Cristina d'Aro, p.39.

* L'ajuntament de Santa Cristina incloïa els termes de Solius, Romanyà i Bell-lloc.

** Els habitants són per a 1845, excepte a Santa Cristina d'Aro, que són els de 1857.

*** El nombre de doctors és el que figura al cens de 1851.

Annex 2

Regulació del sistema de les conductes i la seva pràctica, per al districte de la Bisbal d'Empordà, aprovades pel Sindicat de Metges de Catalunya, el 1920¹⁶⁴:

1. La forma d'*igualta* serà la del contracte mutu entre metge i família.
2. Cap metge abonarà a cap família si no presenta un document que acrediti estar al corrent del pagament amb els altres companys.
3. No té dret a ésser visitat el client que degui més d'un any, si no satisfà prèviament el deute.
4. Fruiran de la *igualta* els individus que resideixin en el domicili de l'acondat; queden exclosos els que, per qualsevol causa, estiguin fora per espai de sis mesos, i els emancipats.
5. El preu mínim d'*igualta* serà el de 15 pessetes per família i 10 pessetes si és un sol individu. El preu mínim de les visites extraordinàries als abonats serà de 2 pessetes si és de dia, i 6 pessetes si és de nit. Els no abonats pagaran 3 pessetes si és de dia i 10 pessetes si és de nit. Les consultes se cobraran com a mínim a 10 pessetes si és entre dos metges de la població i 5 pessetes més per cada altre metge que hi hagi. A les tingudes amb metges de fora s'hi afegirà com a mínim un 10% de lo que cobri el metge foraster. Les consultes, així com les intervencions, s'abonaran a l'acte.
6. Dóna dret d'*igualta* a una visita diària en cas ordinari i dues en cas de gravetat, a judici del metge. Tota altra visita serà extraordinària i deurà abonar-se.
7. Les visites d'*igualta* no comprenen les de cirurgia major ni menor, reconeixements o cures d'especialitats, massatges, sondatges, vacunacions, malalties secretes, injeccions de tota mena, aplicacions elèctriques, accidents de treball, parts o conseqüències dels mateixos, operacions, anàlisis de tota classe, etc, extensió de documents, que es regiran per preus especials.
8. Per major ordre en la visita diària dels abonats deurà passar-se avís abans de les nou del matí per les que fan referència al mateix i abans de les quatre de la tarda per les d'aquesta. Els avisos posteriors a les nou passaran a la visita de la tarda i els que avisin més tard de les quatre, passaran al matí següent. Totes les visites que es supliquen no avisades en aquestes hores seran considerades com a extraordinàries i per lo tant deurán abonar-se. Les visites compreses des de les 10 de la nit a les 8 del matí s'abonaran al triple preu d'una visita extraordinària.

¹⁶⁴ *L'Avi Muné*, 9 d'octubre de 1920, p.1. Hemeroteca Arxiu Municipal de Sant Feliu de Guíxols; citat a A.A.V.V. *De les igualtes a la cartilla...*p.203-205.

9. Els diumenges per la tarda seran considerats com descans i, per tant, no deurà passar-se visita, deixant a criteri del metge els casos que, per sa gravetat, ho requereixin. Els demés i tot nou avís seran considerats com a extraordinaris, i per lo tant de pagament.

10. El client que poguent assistir a les hores de despatx establertes pel metge a son domicili exigeix ésser visitat en el seu particular, abonarà la visita com si no fos igualat.

11. Contractes en cases de camp:

a. El preu mínim de conducta serà el de 20 pessetes. Si es tracta d'un agrupament superior a 500 habitants, el preu mínim podrà ser el de 15 pessetes.

b. La visita ordinària serà en dies alterns.

c. En concepte de visita extraordinària abonaran, además del preu de la mateixa, si és de dia 2 pessetes per quilòmetre de distància i 5 pessetes si és de nit.

d. La visita serà feta lo més prompte possible después de l'avís, si les ocupacions ho permeten i sens que el client pugui exigir sia feta la visita aquell dia o el següent.

e. Al coincidir dos o més avisos per punt distints, el criteri del metge imperarà, amb el ben entès que si un d'ells vol ésser preferent, serà considerat coma a avís de visita extraordinària.

f. Tota visita feta en dies que no pertoqui o bé les suplicades urgentes seran extraordinàries i de pagament.

12. En cas d'absència o malaltia del metge abonat la substitució la farà el company que designi el metge, sens qu'el client tingui dret a elegir el substitut; salvant sempre l'assistència accidental en casos de necessitat que no permetin l'espera.

13. En vas d'epidèmia, a judici dels metges o del metge de la localitat, té el dret de modificar o anul·lar el contracte mentre aquella duri.

14. Si un mes abans de l'acabament del contracte no dóna qualsevol d'ambdues parts avís per a rescindir-lo, es considerarà prorrogat.

Annex 3

Visió dels metges respecte els curanderos

Doctor Barreiro, 1885¹⁶⁵:

«¿Cómo, pues, en nuestras plazas públicas, en las ferias y santuarios, el ciego, juglar degenerado de nuestros tiempos en hi esto el estandarte que representa los crímenes y los milagros más estólidos pregona y vende entre sus coplas detestables libro de recetas para curar toda clase de enfermedades, sin la aprobación necesaria de las juntas de Sanidad? La estafa que se ejerce embruteciendo y engañando al pueblo con las coplas milagrosas no debe consentirse, pero mucho menos aún la venta de tal género de folletos, y también la propugnación de ciertas teorías y el ejercicio público de los curanderos suelen ocasionar considerables perjuicios. Un peligro más grave nos amenaza continuamente, los curanderos, esos apóstoles oscuros de siempre y que salen a la luz de cuando en cuando en España, marcando con sus milagros y su aparición las épocas de retroceso, son enemigos poderosos de quienes no nos solemos reír irreflexiblemente, para caer en sus manos sin saberlo, a la priemra ocasión y tanto más fácilmente cuanto a las personas que nos rodearen fueren más adictas y cariñosas. Aunque no carezcan de instrucción, sus pesares por nuestra dolencia las arrastrarán a buscar ocultamente los remedios espirituales y supersticiosos que les indican». (iguales, p.90).

Doctor alacantí E. Manero Molla¹⁶⁶:

«[...] Otro punto que ruboriza sólo el pensarlo: hemos de tratar intimamente ligado al ejercicio de la medicina, pero que es a la vez el enemigo más encarnizado de los médicos, el rival declarado de la civilización y el progreso, la intrusión, en una palabra, que solivianta el ánimo de las gentes inexpertas, seducidas por el charlatanismo [. . .] i Qué pobreza de cultura revela una sociedad que solivianta con su concurso tanta farsa sarcástica!. . . i Que baldón para un pueblo que permite con impasible desdén la producción de fenómenos milagrosos, propios exclusivamente de épocas levíticas y de oscurantismo! [...]»

¹⁶⁵ Citat a A.A.V.V. *De les iguales a la cartilla*...p.90-91.

¹⁶⁶ MANERO MOLLÁ, E. (1883). *Estudios sobre la Topografía Médica de Alicante*, Alicante, Imprenta de Carratalá y Gadea, 1883, p.127-128; citat a PERIGUERO, “A propósito de «El Baldaet»...”, p.313.

Narcís Fages de Romà, hisendat, advocat i agrònom gironí¹⁶⁷:

«Si pels bous vols manescal,
metges als homes los hi cal;
lo bruixot i el curandero
son sols un papadinero.
Si amb estudi el metge s'erra
¡Quants més lo bruixot n'enterra!
Procura el mal evitar
Me si't ve, t'el cal curar»

¹⁶⁷ FAGES de ROMÀ, N. *Higiene rural o Reglas de Sanitat al us dels homes del camp*, Figueres, Imp. de L. de Miègeville, 1888, p.41; citat a PUIGVERT, “Higienismo y salud pública...”, p.59-60.

Annex 4

Testimonis de mitjan de segle XX sobre els mitjans de transport del metge rural en les seves visites a domicili¹⁶⁸:

«Quan algú recorda el doctor Miquel Bosch o vol imaginar-se'l, no cal que oblidí mai el vell cavall del metge, una espècie de rocinant d'aquelles valls, company inseparable del nostre doctor, que li feia de suport i companyia en les seves llargues excursions. [...] L'extensió de territori que aquest metge cobria amb la seva assistència era immens, un tros enorme de la província i en una de les zones més abruptes. De llevant fins a ponent els malalts l'esperaven des de Sant Gregori al costat de Girona fins a les rodalies d'Olot, incloent-hi Sant Martí de Llémna i els pobles de la muntanya del Far i de la Salut; i totes les cases de pagès d'aquesta enorme superfície plena de boscos, rius, torrents i accidents orogràfics, que l'acostava a la fita dels 500 quilòmetres quadrats. Sovint quan arribava prop del llit del pacient, la partera ja havia parit o el malalt, si no havia mort, estava a punt de deixar aquest món, i aleshores calia ressuscitar-lo. Saber que aquell metge que venia de tan lluny ja era allà, els donava força i esperança suficient per a fer miracles. Els dons de Pan, o l'ajuda de la providència, es prodigaven en les seves arribades i els malalts es guarien i quedaven contents».

«Em van avisar al matí que anés a visitar un malalt en una casa de pagès que en diuen Penyacans, i que està situada sota mateix del Turó de l'Home; vàrem marxar a les onze del matí de casa ja previnguts, perquè allà dalt havia fet una nevada molt grossa; m'acompanyaven en Ramon i en Guimet, dos servidors que tenia. En arribar a Ridaura, vàrem deixar el cotxe, i ens vàrem enfilegar corriol amunt camí de la casa; també es varen oferir per acompanyar-me el masover de Can Pla i un altre home que es diu Miquel que s'estava a Can Verdaguer Gros, i que actualment resideix en el veïnat del Pont Trencat. Amb moltes penes i treballs vàrem arribar a la casa; vaig fer la visita al malalt i ens disposàrem a baixar tot seguit, ja que el temps ens feia molta por. Quan anàvem baixant es va posar a nevar; al cap de pocs moments ja ens arribava als genolls, i el pitjor és que es feia de nit; els cinc homes que érem ens vam haver de donar les mans, fent-nos cadena perquè si ens deixàvem de la mà ens perdiem. Va arribar un moment que no sabíem què

¹⁶⁸ Citats a A.A.V.V. *De les iguals a la cartilla...* p.192-194; ambdues cites són inexactes pel que fa a la font i a les dates.

fer, per tal com estàvem molt espantats; l'un va proposar que ens ajuntéssim tots en un piló i ens anéssim donant l'alè de la boca durant tota la nit, i així potser en sortiríem; jo vaig ser contrari a aquesta idea, i vaig dir que si ens apilonàvem tots en un grup, l'endemà ens trobarien tots glaçats i morts. Va prevaler, doncs, que ens anéssim movent, i vàrem estar fent voltes durant tres hores seguides sense moure'ns del lloc, la neu ja ens arribava a les cuixes, i de dir la veritat, ja ens vàiem ben perduts. De sobte molt lluny; vàrem veure una llum que s'anava movent contínuament i quasi no parava mai; ens vam decidir que, morts per morts, anàvem cap a la llum, vàrem estar tres hores caminant, aquí caic, aquí m'aixeco i la neu ens arribava al ventre. Per fi vam poder arribar a la casa on hi vàiem la claror, era Can Plana de Font Martina, i la llum que es movia era que la quadra on hi havia les vaques estava separada de la casa; una vaca anava de trànsit, i la gent aquella s'anava desplaçant contínuament d'un lloc a l'altre, amb un llum de carbur a la mà, i això era el que vàiem, i potser el que ens va salvar a tots. Un cop menjats, beguts i escalfats vàrem baixar cap a Can Riera de Gaturet, d'allà a la carretera per agafar el cotxe, i a Sant Celoni altra vegada; vàrem arribar a les dotze de la nit; després vàrem saber que en veure que tardàvem molt a arribar, s'havia format una colla d'homes, que en pla d'auxili s'havien ofert per recórrer la muntanya, i per veure si ens trobaven».

Annex 5

Imatges del doctor Àngel Latorre, de Vilobí d'Onyar, en l'assistència domiciliària amb la seva motocicleta.¹⁶⁹



¹⁶⁹ LATORRE RIOS, A. *Topografía médica de Vilobí de Onyar* [mecanoscrita], 1953, p.141-142; obra digitalitzada a la web de l'Espai del Metge i de la Salut Rural del Museu d'Història de Sant Feliu de Guíxols: <http://www.metgerural.cat/ct/topografies.php>

LOS PELIGROS DEL CAMINO EN LA VISITA MÉDICA A LAS
MASIAS



Atravesando el río Onyar
por la pasarela de "can
Rovira"



Un atajo peligroso
de Estanyol, con doble
talud



El amigo del hombre es
enemigo del motorista.
(Salitja al fondo izquierda)



Cruzando el Onyar en las inme-
diaciones de "can Pelach"

Annex 6

Relació entre les malalties i la seva mortalitat a Espanya

TAULA 1. CONTRIBUTIÓ DE LES DIFERENTS MALATIES
A LA MORTALITAT. 1906-1910

MALATIA	Mitjana anual per 1000 defuncions	MALATIA	Mitjana anual per 1000 defuncions
Diarrea i enteritis (menors de dos anys)	95	Bronquitis crònica	26
Hemorràgia i reblaniment cerebrals	65	Grip	25
Malalties orgàniques del cor	65	Càncer i altres tumors malignes	20
Tuberculosi pulmonar	55	Nefritis aguda, mal de Bright	17
Bronquitis aguda	54	Xarampió	16
Altres malalties respiratòries (excepte tisis)	53	Morts violentes (excepte suïcidi)	15
Meningitis simple	43	Febre tifoide	13
Senilitat	41	Altres tuberculosis	12
Pneumònia	38	Afeccions estomacals (excepte càncer)	11
Debilitat congènita i vicis de conformació	37	—	—

Font: G. de MEMBRILLERA, *El problema sanitario de España...*p.5; taula continguda a GALIANA i BERNABEU-MESTRE; “El problema sanitario de España...”, p.147.

TAULA 2. EVOLUCIÓ DE LA MORTALITAT PER
MALATIES INFECCIOSES. 1906-1910

MALALTIES INFECCIOSES	1906	1907	1908	1909	1910	MITJANA ANUAL
Febre tifoide	16.17	14.46	14.77	11.54	10.05	13
Verola	8.70	6.86	6.07	8.43	4.61	7
Xarampió	17.43	14.48	15.57	16.60	15.07	16
Escarlatina	2.80	4.99	4.75	3.69	3.55	4
Tos ferina	8.88	7.20	10.50	7.60	5.46	8
Diftèria i crup	6.79	7.70	8.52	9.11	9.29	8
Grip	20.99	39.32	19.65	22.37	21.39	25
Tuberculosis pulmonar	55.11	57.23	57.80	53.02	53.88	55
TOTAL	136.8	152.2	137.6	132.3	123.2	136

Font: G. de MEMBRILLERA, *El problema sanitario de España...*p.6; taula continguda a GALIANA i BERNABEU-MESTRE; “El problema sanitario de España...”, p.148.

Annex 7

Descripció de l'habitatge rural des del punt de vista crític de l'higienisme.

Francisco G. de Membrillera, *El problema sanitario de España...*p.24-25¹⁷⁰:

«Suele tener dos pisos: el superior, y la planta baja, compuesta de dos departamentos, utilizándose uno para comedor, cocina y depósito de los aperos de labranza, y el otro de cuadra [...]; si subís, encontraréis dos o tres lóbregas habitaciones, y dos únicas y míseras camas, una para dormir los padres, y en la otra todos los demás hijos [...] las ventanas suelen ser reducidas, y en invierno permanecen casi siempre cerradas [...] el retrete o no existe, o está en comunicación directa con el dormitorio, y en voladizo para verter sobre el estercolero; en donde el estiércol, fermentando, aromatiza a los habitantes. Además, éstos aspiran, el aire enrarecido por la respiración y secreciones del ganado, que penetran en la habitación, que es templada con esta calefacción insana».

Pere Felip Monlau, *Elementos de Higiene Pública...*(ed. de 1862, vol.I, p.113.)¹⁷¹:

«las habitaciones rurales tienen en su favor una gran condición, pero si están mal distribuidas, si se cierran con malas puertas, si no están acristaladas las ventanas, si los pavimentos no están enladrillados, si el humo del hogar mantiene nebulosa la atmósfera de las viviendas, si se crían en ésta muchos animales domésticos, o se conservan grandes depósitos de la cosecha, si están rodeados de estercoleros y de las charcas, si los habitantes no cuidan de su limpieza personal ni de la doméstica (defectos todos muy comunes) entonces quedan altamente menoscabadas las ventajas de vivir en el campo».

¹⁷⁰ Citat a GALIANA i BERNABEU-MESTRE, “El problema sanitario de España...”, p.149.

¹⁷¹ Citat a PUIGVERT, “Higienismo y salud pública...”, p.58.

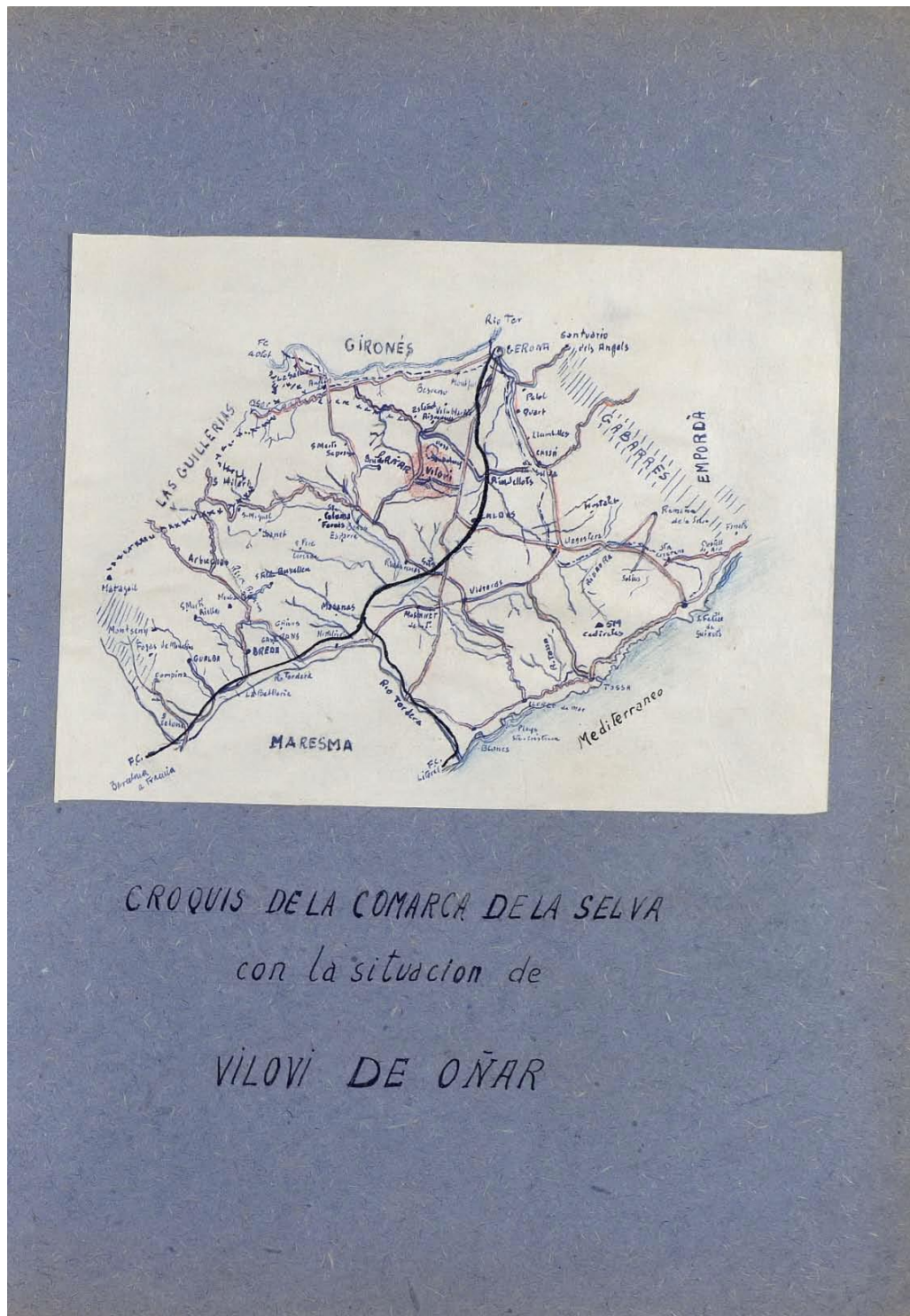
Josep Falp, *Topografía médica de Solsona y distritos adyacentes Clariana, Llobera, Riner, Naves, Pinell, Lladurs, Castellar, Olius*, Solsona, Solsona Comunicacions, 2000 [1a ed. 1901], p.136¹⁷²:

«Les cabanes o masos que serveixen d'allotjament als masovers són de construcció molt rudimentària. Consten de quatre parets de color terrós, mal cobertes per una teula voladissa. Davant l'entrada, on s'emmagatzemen les eines o arreus pel cultiu, hi ha l'era amb els seus pallers i, als dos costats de l'edifici, el corral i el femer. No gaire lluny s'albira l'hort, company inseparable de la bassa. La cuina, el menjador i l'estable es troben cara a cara en la planta baixa. Una escala de fusta corcada o de rajoles mal ajustades porta al primer pis, que està sota el sostre i s'aireja pels forats del paviment i de la teulada que deixen passar la llum de les estrelles i l'aigua de la pluja, alhora que l'aire entra per les finestres esbalandrades que fan balancejar les rames de la parra o de la figuera. Allà hi ha els dormitoris i el graner, tot en una peça. Tot fent palès l'estat ruïnós d'aquests habitatges, es veuen tot sovint sota l'entrada troncs de roure o d'alzina que serveixen de crossa al sostre que de tan vell tremola a cada pas».

¹⁷² Citat a PUIGVERT, "Higienismo y salud pública...", p.61.

Annex 8

Mapes temàtics de la topografia mèdica de Vilobí d'Onyar



F

Figura 1. Mapa de la comarca de La Selva, amb la situació, ressaltada en vermell, de Vilobí d'Onyar (p.2).

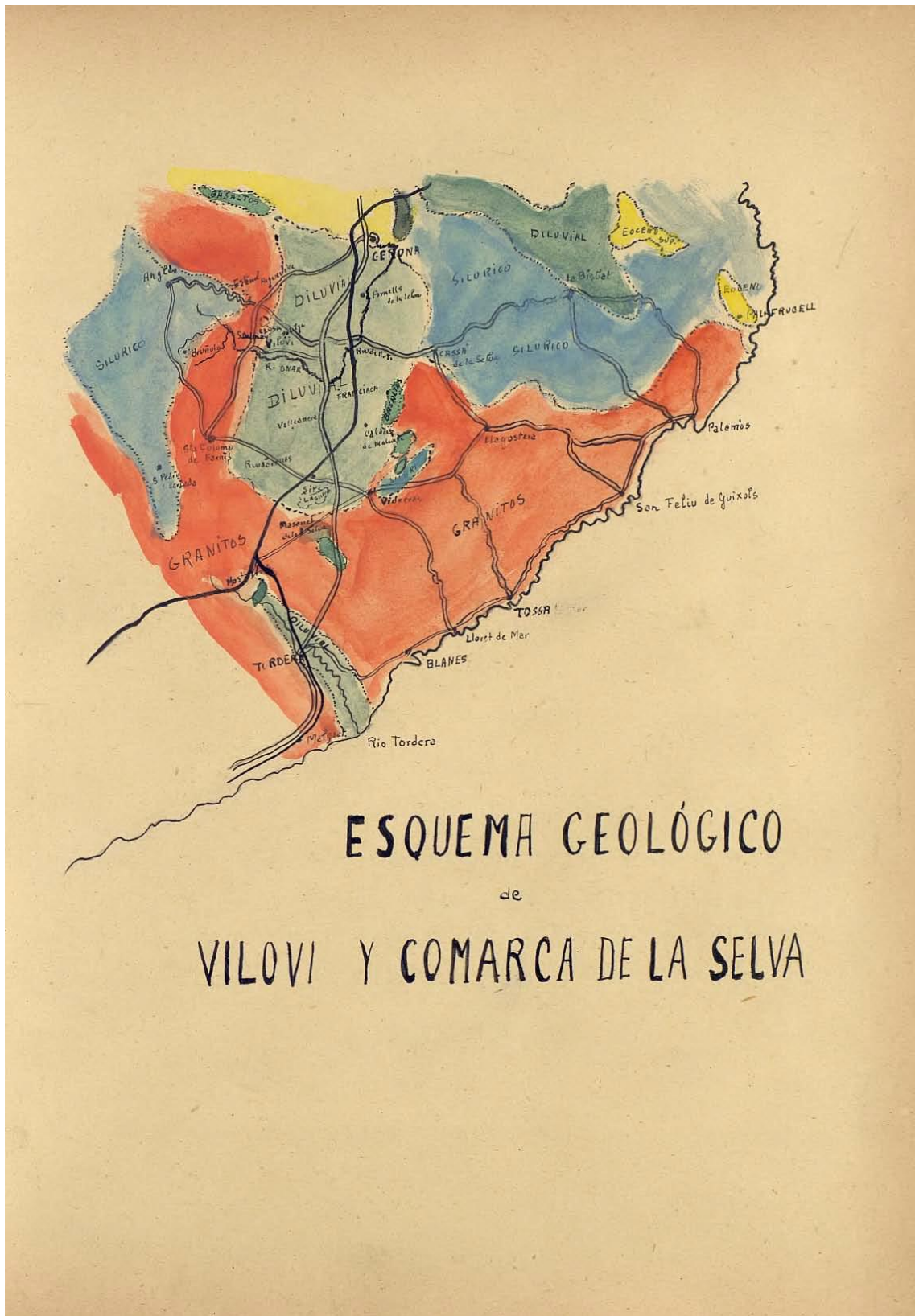


Figura 2. Esquema geològic de Vilobí d'Onyar i la comarca de La Selva (p.4)

CROQUIS CON LA EPIDEMIA DE FIEBRE TIFOIDEA DE S. DALMAI
AÑOS 1941 - 1942

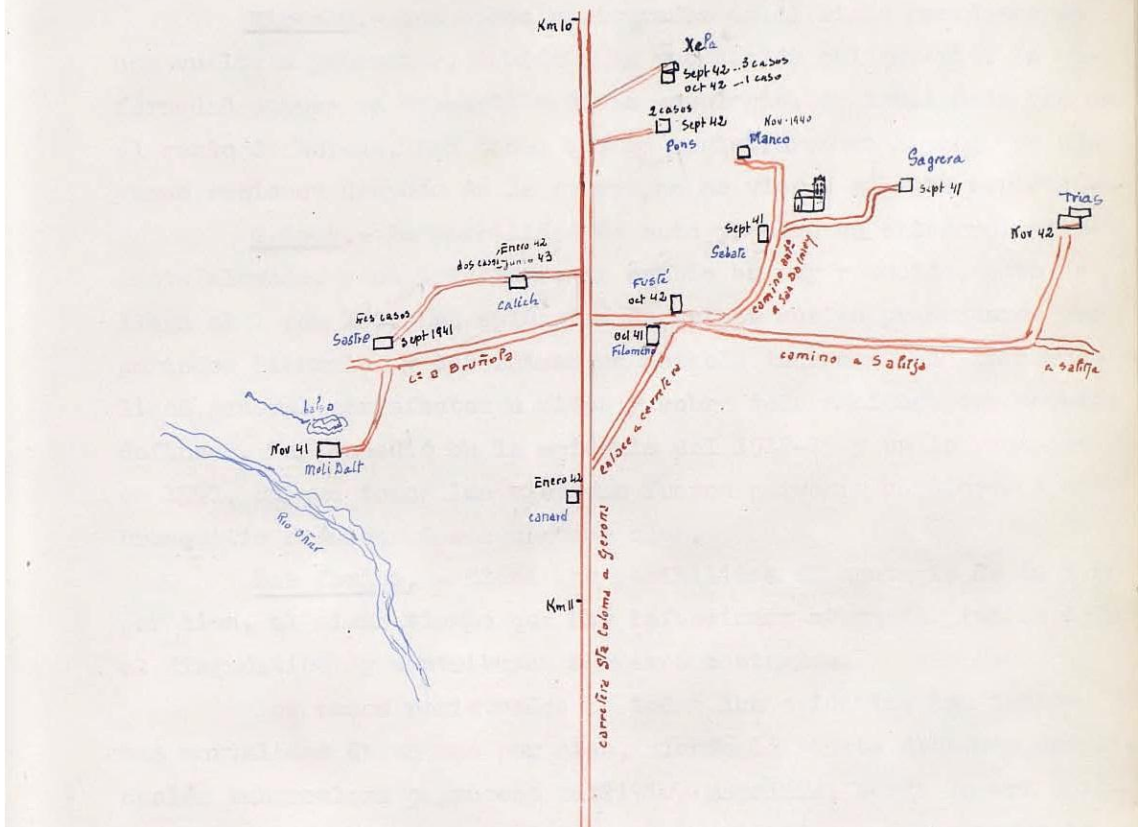


Figura 3. Croquis amb l'epidèmia de febre tifoide a Sant Dalmai els anys 1941-1942 (p.123)



Figura 4. Mapa de Vilobí d'Onyar i les seves proximitats en les que s'assenyalen les masies on hi ha hagut un brot de goll en els darrers 10 anys. (p.136).