

Entre miasmas y protectores de la salud: Las tensiones en el proceso de medicalización urbana durante la epidemia de tifus en Tarragona (1809-1810)

Between Miasmas and Protectors of Health: Institutional Conflicts in the Urban Medicalization of Tarragona During the Typhus Epidemic (1809–1810)

FECHA DE RECEPCIÓN: 27 DE NOVIEMBRE DE 2025

ACEPTACIÓN: 19 DE JUNIO DE 2026

*Josep Barceló-Prats^a***Palabras clave**

Microhistoria
Tarragona
Guerra de la Independencia
Tifus exantemático
Biopolítica
Medicalización
Policía sanitaria
Historia de la salud pública

Resumen

A partir de un enfoque microhistórico, este artículo analiza las estrategias de contención e intervenciones institucionales desplegadas ante la epidemia de tifus que asoló Tarragona entre 1809 y 1810. En el marco de la Guerra de la Independencia, la plaza se transformó en un espacio de experimentación biopolítica tras el colapso militar del ejército español. A través de la explotación de fuentes parroquiales y archivísticas, el trabajo examina la crisis demográfica –cuyo índice local de Dupâquier escaló hasta un valor extraordinario de 15–, fundamenta el diagnóstico retrospectivo del tifus exantemático y evalúa las tensiones de poder entre la policía sanitaria local y la irrupción de una administración centralizada suprainstitucional: los Protectores de la Salud. Los resultados demuestran que este episodio sirve como un observatorio privilegiado para discutir las lógicas de transición entre la primera y la segunda etapa del proceso de medicalización en el espacio urbano occidental, donde la gestión de la salud pública se convirtió en una coercitiva herramienta de poder cada vez más estatalizada.

Keywords

Microhistory
Tarragona
Peninsular War
Epidemic typhus
Biopolitics
Medicalization
Sanitary police
Public health history

Abstract

Using a microhistorical approach, this article analyzes the containment strategies and institutional interventions deployed in response to the typhus epidemic that devastated Tarragona between 1809 and 1810. Within the framework of the Peninsular War, the fortified city was transformed into a site of biopolitical experimentation following the military collapse of the Spanish Army. Through the exploitation of parish and archival sources, this study examines the demographic crisis –wherein the local Dupâquier index escalated to an extraordinary value of 15–, substantiates the retrospective diagnosis of epidemic typhus, and assesses the power tensions between the local sanitary police and the sudden incursion of a centralized, supra-institutional administration: the Protectors of Health (*Protectores de la Salud*). The findings demonstrate that this episode serves as a privileged vantage point from which to debate the transitional logic between the first and second stages of the medicalization process in the Western urban space, wherein public health management shifted toward a coercive, state-controlled technology of power.



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento - Compartir Igual 4.0 Internacional
© Josep Barceló-Prats. josep.barcelo@urv.cat
a Profesor Agregado Serra Húnter. Universitat Rovira i Virgili(Tarragona) – Departamento de Enfermería

1. INTRODUCCIÓN

Historiar las grandes crisis epidemiológicas del pasado constituye un objeto de interés permanente que trasciende la mera reconstrucción cuantitativa de curvas de mortalidad (Arrizabalaga, 1993; Ruffie y Sournia, 1995). La irrupción de una enfermedad colectiva de carácter agudo representa un momento extraordinario de fractura social, una coyuntura crítica que actúa como un analizador histórico de primer orden. Al sacudir las estructuras materiales e institucionales de una comunidad mediante la propagación del miedo, el desorden y la incertidumbre –dinámicas que convierten al hecho epidémico en un enemigo invisible que provoca el pánico colectivo (Cipolla, 1986; Delumeau, 1989)–, la epidemia pone al descubierto de manera inmediata tanto las debilidades estructurales de los sistemas de auxilio como los mecanismos de resistencia y las dinámicas de gobernanza de una sociedad en un tiempo y lugar determinados.

Frente a la tendencia de la historiografía tradicional a priorizar las aproximaciones macrohistóricas o de carácter estrictamente estatal –las cuales, a menudo, tienden a desdibujar las vivencias cotidianas y los resortes vernáculos de la gestión sanitaria–, las corrientes metodológicas más renovadoras de la historia de la salud y de la medicina defienden el valor heurístico de la mirada microscópica (Arrizabalaga, 2002). Centrar la atención en el denominado “espacio vivido” de una comunidad local –un municipio, una villa o una plaza fuerte sitiada– permite desgranar con minuciosidad analítica la secuencia de acontecimientos que suscita la irrupción, el desarrollo institucional y la remisión de una afección transmisible (Ferragud y Zarzoso, 2025). Este enfoque analítico resulta esencial para cartografiar, desde la *longue durée*, las respuestas de las sociedades mediterráneas, las cuales convirtieron históricamente a la administración local en el primer y principal escenario organizativo de lucha contra el caos de las pestilencias (Betrán, 1993). De este modo, se evidencia que las medidas de confinamiento, higiene ambiental e intervencionismo alimentario aplicadas en las crisis decimonónicas por el aparato estatal no nacieron como una abstracción centralizada, sino que hundían sus raíces en esta secular tradición de policía sanitaria propia de las ciudades de la Corona de Aragón (Betrán, 1996).

Para aproximarse con rigor a la salud, la enfermedad y la atención médica en las sociedades del pasado, este texto adopta como matriz interpretativa fundamental el concepto de “medicalización” (Foucault, 1977). Sin embargo, si se pretende emplear esta herramienta analítica de manera operativa en la investigación histórica, es necesario transitar desde las visiones estáticas y presentistas hacia la categoría diacrónica de “procesos de medicalización” (Perdiguero-Gil y Bueno, 2023). Esto es, la implantación de la mirada médica contemporánea no se produjo mediante una evolución lineal ni homogénea, sino a través de una sucesión de fases con cronologías y ritmos sumamente diversos según las condiciones sociales, políticas, culturales y económicas de cada territorio.

Abordar una “entidad morbosa” (*disease-entity*) del pasado pre-microbiológico mediante las categorías de la epidemiología histórica exige, por tanto, asumir las estrictas precauciones metodológicas planteadas por Bernabéu-Mestre (2004). El diagnóstico

retrospectivo no debe ser una traslación anacrónica o presentista que busque encajar los testimonios clínicos de las fuentes en las taxonomías de laboratorio actuales, sino una reconstrucción sindrómica y ecológica basada en la interacción entre la población, el entorno sociocultural y las estructuras institucionales de socorro de la época (Cunningham, 2002; Muramoto, 2014). Partiendo de estas premisas epistemológicas, el presente estudio examina la epidemia de tifus exantemático que asoló la ciudad de Tarragona entre los años 1809 y 1810. La hipótesis que articula este trabajo sostiene que dicho episodio se localizó exactamente en una coyuntura de transición crítica entre la primera y la segunda etapa del proceso de medicalización urbana del occidente europeo (Barceló-Prats y Bueno, 2021; Barceló-Prats, 2022).

2. EL PANORAMA SANITARIO DEL SETECIENTOS Y LA CRISIS DEL ANTIGUO RÉGIMEN: DE LA CRONICIDAD FEBRIL DEL SIGLO XVIII A LAS EPIDEMIAS DISRUPTIVAS DE PRINCIPIOS DEL XIX

Para comprender la naturaleza y el impacto de la crisis sanitaria de 1809 en Tarragona, resulta recomendable reconstruir el panorama sanitario que caracterizó la realidad española durante el siglo XVIII. La historiografía médica ha definido tradicionalmente al Setecientos como el “siglo de las fiebres” debido a la abrumadora persistencia y letalidad de las calenturas de diversa índole que azotaban de forma recurrente a las poblaciones (Peset y Peset, 1978). La realidad sanitaria estuvo marcada por la continuidad de numerosas afecciones heredadas de centurias pretéritas (Peset, 1977), manteniendo latente el pánico institucional ante la reaparición de la peste (Betrán, 2015). Bajo la confusa nosología de la época, las fiebres se clasificaban, grosso modo, en tres grandes manifestaciones estacionales y ecológicas: fiebres pútridas o gástricas (estivales), fiebres tercianas y cuartanas (malaria) y fiebres catarrales invernales (Bueno, 2020).

Las principales epidemias de fiebres gástrico-pútridas que asolaron el Principado durante la segunda mitad del siglo XVIII se localizaron en Torá (1768), Sant Feliu de Guíxols (1769), Cervera (1776), Agramunt (1781), Balaguer (1781), Verdú (1782) y Lleida (1783) (Ferrer-Alòs, 2021). El origen y la intensificación de este ciclo de cronicidad epidemiológica deben vincularse, como ya advirtieron facultativos de la época (Viader, 1784; Sastre, 1788), a los movimientos y acantonamientos de tropas en el territorio catalán derivados de los conflictos bélicos de la segunda mitad de la centuria. Los soldados diseminaron el “fermento” de las calenturas contagiosas entre la población civil, un fenómeno que el doctor José Masdevall (1731-1801) (Riera, 1980), en calidad de inspector de epidemias, dejó plenamente sancionado en su célebre obra *Relación de las epidemias de calenturas pútridas y malignas...* de 1786.

En este tratado se consignan cartográficamente los brotes registrados en el Principado, priorizando el análisis del episodio morboso que afectó a la ciudad de Lérida y a su entorno rural (el Llano de Urgel) en 1783. En la línea de lo señalado por Adserà-Martorell

(1984a), la aportación fundamental de este compendio trasciende la mera delimitación geográfica o nosológica, residiendo en la formulación metodológica de un procedimiento terapéutico normalizado. De este modo, la protocolización de remedios de carácter antiséptico y evacuante –representados por el uso normativo del vinagre, el tabaco y sus conocidos preparados antimoniales– operó como un temprano mecanismo de unificación doctrinal, cuyo marco regulador supuso un firme antecedente en la gobernanza de las crisis epidémicas de finales del siglo XVIII y principios del XIX (Guardiola y Baños, 2020; Baig, 2021)..

La estrategia de la monarquía absolutista para enfrentarse a estas epidemias febriles descansaba sobre el sistema jerarquizado de las Juntas de Sanidad (Sánchez-Granjel, 1977). Se trataba de un aparato burocrático, articulado en torno a la Junta Suprema de Sanidad establecida en Madrid (Varela, 1998), que solía chocar con las necesidades concretas de las áreas afectadas, tal y como se evidenció en la gestión de la malaria y los arrozales bajo los reinados de Carlos III y Carlos IV (Ballester, 2016), donde los intereses de los terratenientes prevalecieron sistemáticamente sobre las demandas populares y sanitarias (Peset, 1977).

El equilibrio de estas Juntas de Sanidad se quebró por completo en los albores del siglo XIX con la irrupción de la primera gran oleada de fiebre amarilla. Las respuestas defensivas ante los brotes del litoral peninsular entre 1800 y 1804 –como los casos de Barcelona o Málaga en 1803 (Danón, 1977; Gómez de las Heras, 1985)–, estuvieron lastradas por el ocultamiento oficial, una estrategia de las autoridades civiles para proteger el tráfico mercantil. Este colapso institucional se agravó a partir de 1808 con el estallido de la Guerra de la Independencia y la posterior eclosión del tifus. (Recasens-Comes, 1958). La dinámica bélica dismanteló los controles sanitarios tradicionales al alterar radicalmente las condiciones del territorio: las movilizaciones de tropas y el éxodo de miles de refugiados desbordaron las estructuras de contención del Antiguo Régimen, transformando las ciudades amuralladas en focos de hacinamiento y caldo de cultivo para las enfermedades epidémicas.

3. SABER Y EJERCICIO MÉDICOS DURANTE EL PROCESO DE MEDICALIZACIÓN ILUSTRADO

Frente a la constante amenaza de las fiebres, el saber de los médicos universitarios y su ejercicio profesional experimentaron un notable desarrollo doctrinal a lo largo de la centuria ilustrada. La medicina española realizó un esfuerzo sistemático por incorporar las conquistas teóricas y las innovaciones técnicas desarrolladas por la ciencia europea (Sánchez-Granjel, 1979). No obstante, las revisiones historiográficas contemporáneas han aportado matices de gran relevancia que transforman la percepción monolítica de que la medicina escolástica era un privilegio poco accesible para la mayor parte de la población (Zarzoso, 2005; Zarzoso, 2006). Para contextualizar este desarrollo doctrinal e institucional, resulta de capital importancia analizar de qué manera la evolución de la

cultura de la salud puede periodizarse, desde una perspectiva de la *longue durée*, en tres grandes etapas estructurales en el espacio urbano occidental europeo, las cuales difieren notablemente según el sujeto central de su discurso y el eje político de su aplicación.

La primera etapa de medicalización abarca desde la Baja Edad Media hasta finales del Setecientos y tuvo como escenario y sujeto principal a los municipios y el espacio urbano local. Se caracterizó por la paulatina afirmación de los médicos universitarios como expertos y figuras de autoridad en la asistencia a la enfermedad, un fenómeno que fue consolidando su prestigio dentro de un panorama de pluralismo asistencial mediante su contratación pública por parte de los erarios municipales. En esta larga era preclínica, la conceptualización de las epidemias permaneció sólidamente ligada a la doctrina miasmático-ambientalista de raigambre hipocrática y galénica. Asimismo, se produjo una temprana circulación de la terminología médica en ámbitos profanos gracias a un esfuerzo deliberado de divulgación y traducción de tratados a la lengua vernácula (Cifuentes y Ferragud, 2025) –como el pionero *Regiment* de Jaume d'Agramont (1348 [1998]) (Cremades, 2026)–, concebidos en un estilo sencillo orientado a la prevención de las pestilencias. Durante este periodo, la salud comenzó a ser entendida y gestionada jurídicamente como un “bien público” y de “utilidad común”, fuertemente influenciada por el *ethos* social de las órdenes mendicantes (Arrizabalaga, 2014). El médico universitario se consagró así ante las magistraturas locales como un “hacedor de salud” (*artifex factivus sanitatis*) (García-Ballester et al., 2004), lo que legitimó las primeras políticas públicas urbanas: medidas de saneamiento, control de mercados alimentarios y la reorganización de los hospitales tradicionales en instituciones de asistencia cada vez más especializada (Arrizabalaga, 2006). Por consiguiente, las respuestas institucionales eran eminentemente locales y pragmáticas, coordinadas por las juntas municipales mediante aislamientos y saneamientos ambientales, ante la ausencia de una red de intervención estatal centralizada (Perdiguero-Gil y Ruiz-Berdún, 2017).

Es precisamente bajo el marco doctrinal de la primera fase donde se constata que, a medida que avanzaba el Setecientos, el prestigio de la atención médica universitaria se consolidó definitivamente como un saber socialmente útil (García-Ballester, 2002). La demanda creció de manera sostenida, lo que propició una mayor penetración de los profesionales universitarios en el mundo rural a través de dos mecanismos institucionales. A saber, las “iguales” sanitarias y la contratación directa por parte de las corporaciones municipales para atender gratuitamente a los pobres de solemnidad. Esta progresiva implantación territorial reforzó un mercado médico regulado y dinámico que sentó las bases de la práctica sanitaria catalana en la centuria ilustrada (Zarzoso, 2006).

Sin embargo, ante el inmovilismo de unas universidades ancladas en la escolástica y el comentario de textos galénicos (Sánchez-Granjel, 1979), las reformas educativas más renovadoras se desarrollaron extramuros de los recintos académicos tradicionales. Bajo el amparo directo de las administraciones borbónicas (Zarzoso, 1999), preocupadas por disponer de tropas bien atendidas por razones de defensa nacional –dinámica política que terminaría por acelerar la transición hacia el modelo médico de la segunda etapa de medicalización–, se crearon los Reales Colegios de Cirugía, destacando el de

Cádiz (1748) y el de Barcelona (1760), ambos impulsados bajo la dirección científica del cirujano Pedro Virgili (Zarzoso, 2011). Al confluir la consolidación del prestigio asistencial del médico, la profusa circulación de terminología médica en ámbitos profanos y la instrucción sanitaria de la población a través de la prensa, se asentaron las bases materiales que permitirían la posterior emergencia de la medicina clínica contemporánea (Bueno y Perdiguero-Gil, 2023).

Para terminar este apartado, hay que apuntar una breve síntesis de la segunda y tercera etapas del proceso de medicalización. La segunda se inició a finales del siglo XVIII, indisolublemente asociada a la intervención decidida de los estados modernos en la gestión biopolítica y la regulación de la salud de las poblaciones. Impulsada inicialmente por las necesidades monárquicas de preservar la integridad física de sus ejércitos, esta fase introdujo un modelo médico hegemónico (Menéndez, 2005) a lo largo del siglo XIX a través del despliegue de la medicina clínica y de laboratorio (Foucault, 1963; Ackerknecht, 1967; Cunningham, 1991; Moulin, 1994), lo que propició la progresiva subordinación de la higiene pública a redes burocráticas centralizadas y a intervenciones coercitivas del Estado sobre el espacio urbano y los cuerpos de los ciudadanos (Zola, 1972).

Finalmente, la tercera etapa de medicalización se desarrolló a partir de la segunda mitad del siglo XX y está plenamente vigente, definiéndose como la era de la biomedicalización (Busfield, 2017; Williams, Coveney y Gabe, 2017). Esta fase expande de forma inédita la esfera científica hacia la experiencia vital ordinaria, la prevención de riesgos potenciales y la optimización constante de los estilos de vida. Bajo este nuevo signo, el control ya no se ejerce de forma prioritaria a través de la coacción vertical del Estado ante un brote agudo, sino mediante las sutiles dinámicas de un mercado transnacional de consumo tecnocientífico y farmacéutico orientado a la profilaxis de masas (Egbe, Alegre-Agís y Comelles, 2017).

4. LA EPIDEMIA DE TIFUS EXANTEMÁTICO EN TARRAGONA DURANTE LA GUERRA DE LA INDEPENDENCIA (1809-1810)

La convergencia de factores militares, penitenciarios y demográficos durante los primeros meses de 1809 transformó a la ciudad fortificada de Tarragona en el epicentro de una de las crisis epidémicas y demográficas más agudas del conflicto peninsular (Adserà-Martorell, 1984a). Tres hitos bélicos incidieron en el colapso de la urbe: la llegada masiva de refugiados que huían de la ocupación francesa tras las acciones del Bruch; la retirada caótica del Ejército español tras perder la batalla de Molins de Rey (21 de diciembre de 1808); y la desbandada generalizada derivada del desastre militar en la batalla del Pont de Goy (Valls, 25 de febrero de 1809). Sometido a un estricto bloqueo terrestre, un núcleo urbano que contaba con una población prebélica de unos 9.600 habitantes en 1808 (Prats, 1989) pasó a albergar provisionalmente a una población sobrevenida de cerca de 50.000 personas entre tropas en retirada y refugiados (Adserà-Martorell, 1984b). Este hacinamiento extremo, agravado por el contexto bélico, catalizó un ciclo

epidémico que diezmó la plaza. El consiguiente impacto demográfico se tradujo en un decrecimiento intercensal neto del 31,25% en la población de hecho residente, registrando la ciudad apenas 6.600 habitantes en 1816 frente a los 9.600 de la etapa prebélica (Prats, 1989), una contracción estructural amortiguada por los flujos migratorios de la post-epidemia. El desbordamiento de las capacidades asistenciales del hospital civil de Santa Tecla obligó a la Junta Superior a aprobar un Plan de Hospitales de contingencia. Esta medida transformó la fisionomía benéfica de la ciudad al habilitar conventos como centros asistenciales todavía sujetos al control de las instituciones locales y del clero.

Conviene precisar que, si bien el cénit de la sobremortalidad y el colapso hospitalario se concentraron durante la primavera de 1809, la delimitación de este estudio abarca el bienio 1809-1810. Esta extensión temporal responde a una doble necesidad metodológica. En primer lugar, desde una perspectiva epidemiológica, el tifus exantemático mantuvo una persistente inercia endémica en la ciudad, registrando réplicas en acuartelamientos y prisiones que prolongaron la actividad patógena hasta los primeros meses de 1810. En segundo lugar, en el plano institucional, el año 1810 fue el escenario donde se desplegaron y evaluaron plenamente tanto los dispositivos biopolíticos y las reformas de higiene urbana impulsados por el Protector de la Salud –figura que analizaremos más adelante (Parrilla, 2026)–, como los subsiguientes conflictos de competencias con la policía sanitaria local. Así, el bienio constituye una unidad analítica indisociable para comprender tanto el impacto de la crisis como la dinámica de la post-epidemia (Fàbregas y Vidal, 2015).

4.1. Dinámica demográfica de la crisis: morbilidad y mortalidad

Para calibrar la excepcionalidad de la crisis epidémica de 1809-1810, resulta imprescindible adoptar una perspectiva diacrónica de *longue durée*. Los estudios de demografía histórica basados en el método Dupâquier revelan que el Camp de Tarragona solo experimentó cuatro grandes crisis de mortalidad (niveles 4 y 5) a lo largo de tres siglos –entre 1570 y 1880– (Gonzalvo-Cirac et al., 2016). La primera de ellas, la crisis de 1615-1619, estuvo fuertemente ligada a la dinámica rural, a la escasez de lluvias y al hambre, sumados a una probable epidemia de difteria. Poco después se encadenaron los episodios bélicos y epidémicos de 1641 –Guerra de los Segadores (Recasens-Comes, 1998; Güell, 2012)– y de 1651-1652 –este último debido a la peste (Navarro, 2002; Güell, 2012)–. Tras estos impactos, la región entró en un periodo de relativa calma epidemiológica que se prolongó durante más de ciento cincuenta años. Esta tregua demográfica se rompió de forma extraordinaria con el bienio de la Guerra de la Independencia (1809-1810) (Salvat, 1965). A diferencia de los ciclos anteriores, este episodio se manifestó como una crisis eminentemente urbana y castrense donde la devastación se concentró en la ciudad amurallada de Tarragona, donde el índice local de Dupâquier sufrió una anomalía extrema y escaló hasta un valor inusitado de 15.

El foco epidemiológico primigenio y también el más virulento de esta afección se localizó en las cárceles de la ciudad, situadas en los bajos del Ayuntamiento tarraconense. Debido a la parálisis de la administración de justicia –cuya actividad resultaba impracticable al ser imposible localizar o citar a los testigos, dispersos por el territorio ocupado

o en paradero desconocido (Fuentes *et al.*, 2012)–, cientos de hombres permanecieron hacinados en espacios subterráneos desprovistos de ventilación mínima, actuando las prisiones como el caldo de cultivo ideal para la eclosión de la denominada “fiebre carcelaria” o “calentura castrense”.

De acuerdo con los testimonios clínicos de los facultativos que actuaron como testigos directos –entre los que destaca la memoria impresa del doctor José Antonio Canet y Pons (1818)–, la onda epidémica alcanzó su fase álgida y catastrófica durante los meses de marzo, abril y mayo de 1809. Aunque la ausencia de registros médicos exactos impide fijar una cifra absoluta de morbilidad, las crónicas y testimonios de la época –recogidos por Recasens-Sanahuja (1863)– calculan que la afección postró a más de 6.000 enfermos simultáneos en los hospitales a principios de la primavera. Ahora bien, al analizar el impacto mortal de estas cifras, deben seguirse las advertencias metodológicas de Bernabéu-Mestre (2004) sobre las limitaciones del registro parroquial en contextos de catástrofe, donde se omitían los óbitos de militares ingresados en hospitales y los enterramientos masivos ejecutados en fosas comunes. Bajo esta premisa, se puede comprobar que los 4.200 muertos calculados por los cronistas locales correspondieron exclusivamente a la población civil y refugiados. La letalidad real de la epidemia se situó en torno al 20% de los afectados, lo que eleva la cifra global acumulada de la plaza a cerca de 8.000 víctimas mortales si se suman las bajas de la tropa (Adserà-Martorell, 1984b). Esta ruptura del patrón histórico no solo evidencia la violencia de la disrupción bélica napoleónica (Ramisa, 2009; Roura, 2016), sino que sitúa a este brote de tifus como el colapso demográfico más agudo y concentrado de toda la historia moderna y contemporánea de la ciudad.

Para analizar la distribución de la mortalidad civil registrada asentada en los libros de registro parroquial de óbitos civiles, se presenta a continuación el desglose mensual de los decesos (enero-agosto de 1809):

Cuadro 1

Evolución de la mortalidad civil registrada en Tarragona (enero - agosto 1809).

<i>Mes (1809)</i>	<i>Óbitos civiles registrados (hombres)</i>	<i>Óbitos civiles registrados (mujeres)</i>	<i>Total parroquial civil</i>	<i>Porcentaje mensual (%)</i>
Enero	50	47	97	4,9%
Febrero	106	103	209	10,6%
Marzo	207	193	400	20,4%
Abril	227	217	444	22,6%
Mayo	160	170	330	16,8%
Junio	121	129	250	12,7%
Julio	78	73	151	7,7%
Agosto	39	44	83	4,3%
TOTALES	988	976	1.964	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en Adserà-Martorell (1984b), basándose en los Libros de Óbitos Civiles del Archivo Histórico Diocesano de Tarragona.

Como se desprende de la serie mensualizada, la onda de sobremortalidad civil describe una curva clásica de carácter agudo, concentrando su fase catastrófica en el trimestre de marzo, abril y mayo, periodo en el que se registra casi el 60% del total de los óbitos parroquiales del ciclo epidémico y donde el volumen de decesos del mes cenital (abril) llegó a multiplicar por 4,5 veces las cifras basales de enero. Esto corrobora empíricamente el impacto del hacinamiento sobrevenido intramuros. Resulta necesario problematizar, desde una perspectiva estrictamente demográfica, la aparente simetría que exhibe el registro por variables de sexo, con un equilibrio casi perfecto entre los óbitos masculinos (988) y femeninos (976). Esta paridad refleja con fidelidad el comportamiento del tifus exantemático en el ámbito doméstico civil —donde afectó por igual a hombres y mujeres hacinados—, pero opera como una máscara estadística de la crisis general de la plaza. Es decir, si las fuentes eclesiásticas hubieran computado las bajas de la tropa —una población abrumadoramente masculina y expuesta en primera línea durante el cénit invernol-primaveral—, la curva biológica global habría quebrado por completo dicha proporcionalidad, revelando el verdadero sesgo epidemiológico y militar que la ocupación de la plaza fuerte impuso sobre la mortalidad total.

El análisis de la distribución de la mortalidad por grupos de edad revela que, mientras en un año normal como 1808 la mortalidad infantil de menores de cinco años representaba el 64,5% de los óbitos, durante el cénit de la primavera de 1809 este coeficiente se contrajo notablemente hasta el 31,7%. Por el contrario, la mortalidad se concentró en las cohortes adultas a partir de los 20 años, alcanzando su máxima expresión estructural en el grupo de 40 a 54 años (15,3% frente al 3,9% de 1808).

La evolución demográfica de Tarragona con posterioridad a la crisis de 1809-1810 confirma la excepcionalidad del brote, pero también la profunda transformación estructural que experimentó la plaza a lo largo del siglo XIX. A pesar de que el bienio bélico napoleónico cercenó de forma drástica las cohortes de adultos maduros y ancianos, la población urbana no entró en un declive irreversible. Al contrario, en sintonía con las dinámicas de modernización demográfica y resiliencia descritas para el Camp de Tarragona (Prats, 1989), la ciudad experimentó un notable enderezamiento poblacional durante las décadas centrales de la centuria, espoleado por la inmigración rural, la expansión de los mercados de exportación vinícola y las reformas urbanísticas que paulatinamente higienizaron el entramado intramuros. Así, el escenario post-1810 inauguró una era de sincronía urbana donde la progresiva consolidación del modelo médico y las infraestructuras de salud pública lograron amortiguar la letalidad de las oleadas epidémicas subsiguientes, como las del cólera asiático (Rodríguez-Ocaña, 2014; 2021).

4.2. Epistemología y diagnóstico diferencial de la enfermedad dominante

Bajo la ambigüedad nosológica propia de la medicina clínica pre-laboratorio, las calenturas de 1809 fueron definidas a partir de su sintomatología macroscópica, empleando las etiquetas de “fiebre carcelaria”, “calentura castrense” o “calenturas gastro-pútridas nerviosas” (Capdevila, 1814; Codorniu, 1838). No obstante, el cruce de los datos contextuales aportados por la epidemiología histórica permite ratificar la primacía diagnóstica

del tifus exantemático. El diagnóstico diferencial frente a la fiebre tifoidea se sostiene sólidamente sobre tres pilares metodológicos.

1) Vectores ecológicos y estacionalidad: El tifus exantemático exige para su propagación el vector biológico del piojo humano (*Pediculus humanus corporis*), cuya proliferación está condicionada por la falta de mudas de ropa, las dificultades para higienizar las prendas de lana y el hacinamiento extremo durante los meses invernales, lo que desencadenó la explosión del brote a principios de la primavera en Tarragona. Este ecosistema patógeno guarda una estrecha analogía con la crisis epidemiológica padecida en otros enclaves sitiados del Principado durante el mismo año. Como documentó tempranamente el protomédico José Antonio Viader (1810), el recrudecimiento del asedio de Gerona a partir de septiembre de 1809 desató una idéntica combinación de “disentería” y “calentura nerviosa castrense” (Adserà-Gebelli, 1988). En ambos escenarios, la reclusión forzada de las poblaciones en espacios cerrados –subterráneos y baluartes en Gerona para guarecerse de los bombardeos, o prisiones desprovistas de ventilación en Tarragona– actuó como el detonante ecológico fundamental de la crisis epidémica.

2) Ciclo clínico y sintomatología: Los médicos de Tarragona registraron un ciclo clínico corto y agudo, caracterizado por un período prodrómico de 3 a 4 días que daba paso a la eclosión del exantema petequiral y desembocaba hacia el undécimo día en delirio severo (tifomanía) y estupor, concluyendo hacia el decimocuarto día, a diferencia de las curvas térmicas prolongadas de la fiebre tifoidea.

3) Rango de afección biológica: Mientras que la fiebre tifoidea fija su incidencia máxima en la juventud adulta (de 15 a 35 años), la crisis de 1809 concentró su letalidad de forma masiva en las cohortes de adultos maduros y ancianos, siendo un fenómeno notablemente elusivo entre la población infantil menor de 15 años.

Desde la perspectiva de la historia de la medicina, resulta excepcional consignar la intuición científica formulada por el doctor José Antonio Canet en su texto de 1818 (Torra y Canet, 2011). Un siglo antes de que Charles Nicolle demostrara experimentalmente que el piojo era el vector del tifus (1909), Canet ya apuntó a la intermediación de insectos parásitos que «depositando el contagio con sus picaduras en nuestro cutis transmitían la corrupción de los humores» (Canet, 1818). Conviene precisar, con el fin de eludir cualquier sesgo de presentismo histórico o anacronismo nosológico, que esta apreciación de Canet no emanaba de una comprensión microbiológica o etiológica de corte moderno. Lejos de anticipar de forma mágica el paradigma del laboratorio, su deducción constituía el resultado maduro de una minuciosa lectura macroscópica de las condiciones ecológicas de la suciedad, la miseria y el hacinamiento intramuros. Se trataba de un razonamiento sólidamente engarzado en las prácticas observacionales y en los ensayos de inoculación zootécnica propios de la veterinaria y la higiene ilustrada de finales del Setecientos, las cuales buscaban el origen de las calenturas en la interacción empírica entre los cuerpos debilitados y la atmósfera corrompida de los recintos cerrados.

5. RESPUESTAS INSTITUCIONALES: MILITARIZACIÓN BIOPOLÍTICA DE LA SALUD PÚBLICA Y TENSIONES CON LA GESTIÓN MUNICIPAL

El análisis de la respuesta institucional ante las catástrofes biológicas en el ámbito mediterráneo revela, desde la Baja Edad Media hasta los albores de la contemporaneidad, una constante histórica: la centralidad del municipio y la gestión de la cosa pública por parte de las autoridades locales como primera línea de defensa (Zarzoso y Ferragud, 2025). Lejos de las interpretaciones lineales que otorgan al Estado decimonónico el monopolio exclusivo de la policía sanitaria, el examen diacrónico demuestra la persistencia de estos resortes comunales. Las transformaciones de la higiene urbana no se produjeron por sustituciones estatales fulminantes, sino mediante una compleja convivencia de prácticas donde el municipio mantuvo un peso estructural indiscutible (Zarzoso y Ferragud, 2025).

Sin embargo, ante una crisis de magnitudes inéditas como la de 1809, multiplicada por el hacinamiento militar y el colapso de las infraestructuras ordinarias, este entramado burocrático de la Junta de Sanidad local se vio desbordado. La gestión de las autoridades frente a la epidemia deja entrever las profundas contradicciones de unas estructuras estatales y locales en mutación. En las fases iniciales, la Junta Suprema del Principado implementó una estrategia lingüística defensiva (Gutiérrez-Rodilla, 2020), decretando oficialmente que las calenturas eran «meramente epidémicas» y «de ningún modo contagiosas» (Adserà-Martorell, 1984a). Bajo el paradigma galénico-miasmático dominante, calificar la enfermedad como “epidémica” eximía de responsabilidad al contacto interhumano, atribuyendo el mal a un influjo corrupto de la atmósfera circundante. Por el contrario, el término “contagio” implicaba una transmisión material directa por contacto o a través de “fómites” (ropas infectadas), noción que desataba el pánico colectivo y amenazaba con paralizar el abastecimiento mercantil de la plaza.

Esta resistencia retórica oficial pronto colapsó ante la crudeza de la realidad biológica. En apenas dos meses, una mortandad selectiva diezmó a la tercera parte del cuerpo de médicos, cirujanos y farmacéuticos militares, provocando en paralelo la propagación masiva y el subsiguiente colapso de las órdenes religiosas voluntarias, como los Padres Trinitarios (Adserà-Martorell, 1984a). Si bien este desplome entre los facultativos de los hospitales de contingencia no quedó asentado en los libros de óbitos parroquiales debido al subregistro civil de las poblaciones castrenses en tiempos de catástrofe, la gravedad de la tragedia quedó ratificada en las observaciones del doctor José Antonio Canet (1818) y en los partes oficiales del Protomédico de los Reales Ejércitos, Francisco Sanponts (Adserà-Martorell, 1984b, pp. 42-45). Más allá de las bajas físicas, el pánico social y la consecuente imposibilidad de reclutar nuevos asistentes paralizaron los hospitales, obligando al Estado a intervenir de urgencia para retirar la gestión hospitalaria de manos del clero local y transferirla de forma forzosa a la Real Hacienda.

Ante el desmoronamiento de las estructuras asistenciales y la huida de la propia Junta política del Principado hacia el Monasterio de Poblet a comienzos de mayo –motivada por el miedo a la infección–, la administración central asumió una autoridad ejecuti-

va extraordinaria. Tomás de Veri y Togores (1763-1838), representante de la Suprema Junta Central del Reino, intervino el espacio urbano mediante un dispositivo de control militar y biopolítico. Para ello, el 31 de marzo de 1809 se instituyó la figura del «Protector de la Salud de este Ejército y de las poblaciones en donde se hallare» (Grau, 2006).

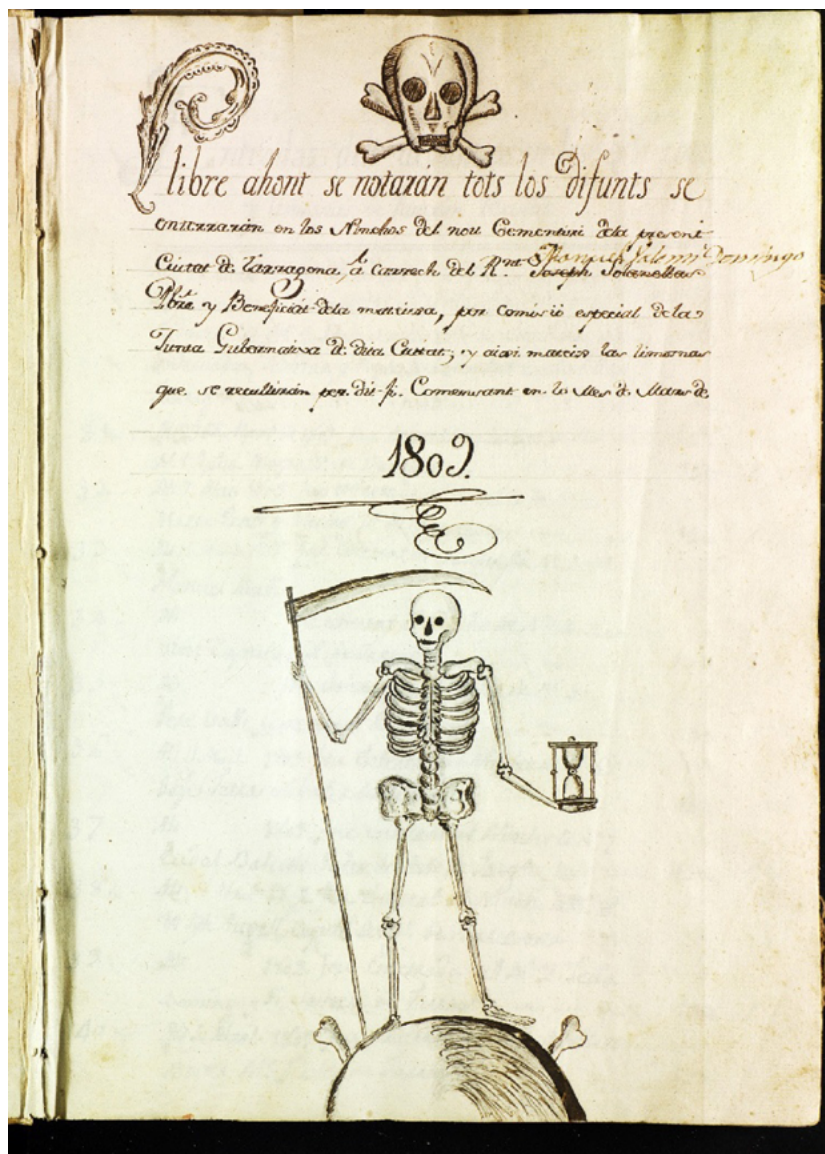
La figura del Protector de la Salud forzó la claudicación provisional de los gobernantes municipales tradicionales, subsumiendo la cotidianidad urbana bajo una rígida disciplina cuartelaria que vio sucederse vertiginosamente a seis altos mandos militares en el cargo a lo largo de 1809 debido a los movimientos de la tropa. La sucesión cronológica, abierta con el nombramiento del Conde de Peralada –Antonio María Daneto y Crespi de Valldaura (nombrado el 31 de marzo)–, continuó con el Brigadier Miguel de Ibarrola (nombrado el 1 de mayo), el Mariscal de campo Pedro Cuadrado (nombrado el 9 de mayo), el Brigadier Pablo Mezina (nombrado el 20 de junio), Montes Salazar (nombrado el 15 de septiembre) y concluyó con la designación del Coronel Ventura Vergés (nombrado el 21 de diciembre), cuya labor al frente de este cargo concluyó en enero de 1811, meses antes de la capitulación de la plaza ante las tropas francesas (Parrilla, 2026, p. 64). Pese a esta inestabilidad en la jefatura, la continuidad burocrática y la firme operatividad de la Protectoría estuvieron garantizadas por la presencia inamovible de su secretario, Pau Soler i Llabal. Esta estructura de poder articuló su acción en tres ejes:

1) Militarización y control social del espacio urbano: Se decretó la división de Tarragona en trece distritos sanitarios rígidos (o barrios). Esta medida subordinó la labor de los tradicionales alcaldes de barrio mediante la designación directa de trece celadores superiores –elegidos entre los ciudadanos más distinguidos de la plaza–, a quienes se les asignaron, de forma operativa y punitiva, sendas partidas de soldados compuestas por un cabo y tres soldados suizos cada una. Esta red de control social chocó frontalmente con el aparato civil de la ciudad. Asimismo, se ordenó la expulsión sumaria en 48 horas de toda la población flotante y forastera, identificando al refugiado no como una víctima, sino como un vector material de hacinamiento e infección (Pitts, 1968).

2) Secularización forzada de la profilaxis funeraria: Quebrando la secular hegemonía eclesiástica sobre los rituales de la muerte, se prohibieron los entierros en el interior de las iglesias y la exposición pública de los cuerpos, imponiendo el traslado nocturno directo hacia un nuevo cementerio construido de urgencia extramuros mediante carros de cal viva. Esta urgencia obligó a la confección de un libro de registro específico, cuya sobrecogedora portada –presidida por una alegoría de la muerte con la guadaña y el reloj de arena (Imagen 1)– constituye el testimonio material de una ruptura sin precedentes en la gestión demográfica de los óbitos de la ciudad.

Imagen 1

Portada del libro de registro de defunciones correspondiente al nuevo cementerio de la ciudad de Tarragona. Año 1809



Fuente: Arxiu Històric de l'Hospital de Sant Pau i Santa Tecla (AHSPT), caja 99, número 2193.

3) Intervencionismo ambiental y alimentario: En el plano epistemológico, la matriz miasmático-ambientalista de raigambre hipocrática, consolidada durante la Ilustración, operó como el principal marco teórico para legitimar la acción institucional. Bajo este paradigma científico, las competencias de la Protectoría se expandieron decididamente hacia el control de los insumos urbanos, traducéndose en una fiscalización minuciosa del abasto de carne y en la confiscación sistemática de pescado en descomposición. Esta vigilancia adquirió un carácter fuertemente coercitivo a través de los bandos generales de los Protectores –especialmente el promulgado por Pablo Mezina el 2 de agosto de 1809–, los cuales punían penalmente la alteración de los alimentos y el descuido

higiénico. Así, el vecindario que omitiera barrer y regar el frente de sus fachadas dos veces al día enfrentaba multas de cuatro a ocho pesetas, mientras que el comercio de cualquier clase de fruta verde conllevaba la pérdida del género y una sanción de cuatro pesetas. La rigidez de este catálogo punitivo se acentuaba al castigar con ocho pesetas la venta de pan crudo, bacalao corrompido o bebidas adulteradas –como el vino aguado o los aguardientes compuestos con pimienta y hierros hervidos–, llegando a imponer penas de 25 libras catalanas a quienes osaran expender carne mortecina.

Estas medidas radicales provocaron intensos conflictos jurisdiccionales con el clero, los gremios y la Junta Gubernativa local, quienes acusaron al Protector de la Salud de invadir las competencias tradicionales de abastos y policía sanitaria. El punto de fricción más agudo de esta disputa competencial giró en torno a la gestión económica de las multas. Tras un intento fallido en mayo de 1809, por parte del Protector Pedro Cuadrado, de depositar los fondos en manos neutrales para demostrar su honradez, la recaudación recayó provisionalmente en la superintendencia civil de Ramon Feliu. Sin embargo, la opacidad de la administración local avivó la desconfianza militar. El 14 de julio de 1809, Pablo Mezina llegó a conminar a Feliu bajo la amenaza de tratarlo como a un ladrón del tesoro público si no transfería los caudales. La ruptura definitiva se consumó el 1 de octubre de 1809, cuando el Protector Montes Salazar arrebató el control financiero a la policía civil mediante la creación de dos figuras fiscales propias agregadas a la Protectoría: el alguacil Ramon Llopis y el depositario Pere Joan Canals, obligando al municipio a rendir balances semanales estrictos ante su secretaría. La irrupción de la disciplina castrense sobre los espacios ordinarios de la ciudad abrió, así, una profunda brecha que ilustra a la perfección las lógicas de transición hacia la segunda etapa del proceso de medicalización en el occidente europeo, donde la gestión de la salud pública deja de ser una respuesta pragmática local para convertirse en una tecnología de poder centralizada, coercitiva y estatal.

Lejos de limitar este despliegue de control al recinto intramuros de Tarragona, la Protectoría operó con una clara vocación expansiva, buscando proyectar su autoridad y homogeneizar las prácticas de policía sanitaria en toda la Cataluña donde hubiera presencia de tropas. El principal artífice de esta extensión territorial fue el Brigadier Pablo Mezina, quien, tras dar por controlada la fase más aguda del brote en verano de 1809, distribuyó copias de su bando general a las autoridades civiles, militares y eclesiásticas de enclaves estratégicos como Reus, Valls, Poblet, Torredembarra o Altafulla, e incluso remitió los sumarios a la propia Suprema Junta Central. Esta estrategia de estatalización y centralización se materializó de forma efectiva mediante la creación de redes de delegación periférica. Para ello, Mezina instituyó la figura de los protectores subdelegados de salud pública, nombrando a Josep Boé en Lérida (el 5 de agosto de 1809) y a Joan Guinart en el partido de Berga (el 17 de septiembre de 1809) con la orden expresa de replicar y hacer cumplir de manera estricta el bando prefectoral en sus respectivos corregimientos (Parrilla, 2026, p. 77)

5.1. Hegemonía doctrinal: la unificación terapéutica bajo el paradigma Masdevall

En el plano de la intervención médica directa sobre los cuerpos de los enfermos, la gestión de la epidemia aceleró la transición hacia la homogeneización de la práctica clínica. Este proceso de unificación visibilizó una profunda fractura generacional en el seno de la facultad reunida en las juntas bisemanales ante el Protectorado. Coexistían discrepancias profundas entre los facultativos jóvenes de los batallones y los médicos de trayectoria respecto a la legitimidad de las sangrías y la introducción de pautas farmacológicas que la academia oficial consideraba arbitrarias (Pujol, 2022).

Para erradicar esta disparidad de criterios, la Junta de Facultativos convocada por la Protectoría militar el 2 de mayo de 1809 forzó la supresión de las iniciativas individuales de los médicos jóvenes, obligando a establecer un único método curativo estandarizado bajo la absoluta influencia de la doctrina del doctor José Masdevall. El protocolo combió tres directrices fundamentales:

1) Protocolo evacuante farmacológico: En las fases prodrómicas gástricas se administraba la “mixture antimonial” (tártaro emético e ipecacuana) para forzar la limpieza de los humores corrompidos de las vías digestivas. En las fases críticas nerviosas y petequiales, se recurría a la “opiata antifebril” combinada con quina, limonadas ácidas, sinapismos y la aplicación de cantáridas para sostener el tono vital.

2) Restricción absoluta de la sangría: En línea con las advertencias de la medicina ilustrada frente a los excesos de la flebotomía galénica ortodoxa, las juntas de observación prohibieron las sangrías masivas, limitando su aplicación con extrema moderación a casos singulares de pacientes jóvenes robustos con signos inequívocos de congestión cerebral.

3) Innovación antiséptica química ambiental: Aunque se mantuvo la indicación de abrir ventanas para renovar la atmósfera, la epidemia de 1809 fijó el uso sistemático y pionero en Cataluña de las fumigaciones con gas muriático (ácido muriático oxigenado) en sustitución del corrosivo ácido nítrico. Estas fumigaciones, ensayadas originalmente en el hospital de la plaza militar en 1806 por el médico residente doctor Juan Vives Rubio (Adserà-Martorell, 1985), se impusieron de forma profiláctica general. Los Protomédicos dictaminaron que el gas muriático, generado en braseros combinando sal común, dióxido de manganeso y aceite de vitriolo, poseía una capacidad de neutralización de miasmas muy superior y evitaba los efectos nocivos de las emanaciones del ácido nítrico. Para centralizar la ejecución técnica de esta ambiciosa política de desinfección, la Protectoría nombró el 9 de abril de 1809 al apotecario segundo, Joan Pau Boladeras, como máximo responsable de coordinar y vigilar las rigurosas fumigaciones en prisiones, cuarteles y en la red de conventos hospitalarios.

En suma, la unificación terapéutica impuesta en las jornadas de mayo de 1809 no representó una mera directriz farmacológica de urgencia, sino la puesta en marcha de un riguroso dispositivo de normalización de la práctica médica de la plaza. Al anular el arbitrio clínico de los facultativos más jóvenes y subordinar la libertad de prescripción a los dictados universales de la doctrina de Masdevall por decreto gubernativo, la corporación

médica y la Protectoría militarizaron la esfera terapéutica en un intento por erradicar el desorden y la improvisación. Este control punitivo sobre las prácticas corporales y las innovaciones químicas –como el uso pionero del gas muriático– sitúa definitivamente a la crisis tarraconense en el umbral mismo del proceso de medicalización estatal característico de la época contemporánea.

6. CONCLUSIONES

La reconstrucción historiográfica y metodológica de la epidemia de tifus exantemático que asoló Tarragona durante el bienio de 1809-1810 ratifica la necesidad de abordar las grandes crisis sanitarias pre-microbiológicas despojándolas de lecturas lineales. A través de las precauciones de la epidemiología histórica formuladas por Bernabéu-Mestre (2004), el cruce crítico de las fuentes archivísticas demuestra que la catástrofe demográfica respondió a una disrupción bélica excepcional que forzó el hacinamiento intramuros y el colapso de los sistemas asistenciales tradicionales.

El análisis del episodio bajo el andamiaje conceptual de los procesos de medicalización propuesto por Perdiguero-Gil y Bueno (2023) demuestra que el caso de Tarragona se localizó exactamente en una tensión de transición histórica crítica entre la primera y la segunda etapa de dicho proceso. Se sintetiza así un doble comportamiento estructural. En el plano del saber científico, se constata la pervivencia de las lógicas miasmático-humorales de la primera fase, materializadas en la unificación obligatoria de los compuestos químicos de la doctrina de Masdevall y el uso pionero del gas muriático. Por el contrario, los dispositivos institucionales desplegados para administrar la crisis operaban ya bajo la lógica centralizadora, secularizadora y disciplinaria de la segunda etapa de medicalización, prefigurada en la emergencia de la figura del Protector de la Salud, la división rígida del espacio urbano vigilado por la tropa, la expulsión punitiva de refugiados y la quiebra forzada de las prerrogativas eclesiásticas en materia funeraria.

Asimismo, si bien el tifus provocó una crisis de intensidad extrema –donde el índice local de Dupâquier escaló hasta un valor extraordinario de 15– que hundió la población intramuros de la ciudad en un 31,25%, el análisis demuestra que dicha mortandad selectiva concentrada en las cohortes adultas operó un impacto a largo plazo de rejuvenecimiento estructural, alcanzando los menores de 30 años el 65% de la población en 1816. Este relevo generacional forzoso sirvió de motor humano e institucional para la posterior modernización económica, urbanística y portuaria de la Tarragona del siglo XIX.

Finalmente, hay que recordar que las políticas de salud pública no nacieron de forma abstracta, sino que fueron las urgencias empíricas y las respuestas ensayadas por las autoridades –locales y estatales– en los espacios cotidianos de las ciudades afectadas por las crisis epidémicas las que verdaderamente sentaron las bases de la medicina social contemporánea.

BIBLIOGRAFÍA

- ACKERKNECHT, Erwin H. (1967): *Medicine at the Paris hospital, 1794-1848*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- ADSERÀ-GEBELLI, Joan (1988): "La obra del doctor Viader y la epidemia de Gerona de 1808-1810" [Tesis de doctorado], Barcelona, Universitat de Barcelona.
- ADSERÀ-MARTORELL, Josep (1984a): "*Epidemia de Tarragona del año 1809 y su entorno histórico en el Principado de Cataluña. La enfermedad dominante fue la fiebre carcelaria*" [Tesis de doctorado], Barcelona, Universitat de Barcelona.
- ADSERÀ-MARTORELL, Josep (1984b): *Epidemia de Tarragona del año 1809 y su entorno histórico en el Principado de Cataluña. La enfermedad dominante fue la fiebre carcelaria*, Barcelona, Centre de Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- ADSERÀ-MARTORELL, Josep (1985): *IV Centenario del Nuevo Hospital de Santa Tecla. El Dr. Juan Vives Rubio, primer médico residente: vicisitudes cuando el sitio y asalto de 1811*, Tarragona, Hospital de San Pablo y Santa Tecla.
- AGRAMONT, Jacme (1348 [1998]): "Regiment de preservació de pestilència", en VENY, Joan (ed.). *Regiment de preservació de pestilència: estudis introductoris i glossaris de Jon Arrizabalaga, Luis García Ballester i Joan Veny*. Barcelona, Enciclopèdia Catalana.
- ARRIZABALAGA, Jon (1993): "La identificación de las causas de la muerte en la Europa pre-industrial: algunas consideraciones historiográficas", *Revista de Demografía Histórica*, 11(3), pp. 23-47.
- ARRIZABALAGA, Jon (2002): "Problematizing retrospective Diagnosis in the History of Disease", *Asclepio*, 54(1), pp. 51-70.
- ARRIZABALAGA, Jon (2006): "Hospitals, història i medicina: l'Hospital de la Santa Creu de Barcelona", en *Actes de la VIII Trobada d'Història de la Ciència i de la Tècnica: Mallorca, 18, 19, 20 i 21 de novembre de 2004*, Barcelona, Institut d'Estudis Catalans, pp. 203-209.
- ARRIZABALAGA, Jon (2014): "Asistencia, caridad y nueva ética de la responsabilidad colectiva ante la salud y la pobreza en el espacio urbano occidental del Antiguo Régimen", en HUGUET, Teresa; VERDÉS, Pere; ARRIZABALAGA, Jon y SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, Manuel (coords.), *Ciudad y hospital en el Occidente europeo (1300-1700)*, Lleida, Milenio, pp. 27-48.
- BAIG, Marià (2021): "El doctor Josep de Masdevall i el control de les epidèmies en el segle XVIII", *Annals de l'Institut d'Estudis Empordanesos*, 52, pp. 55-80.
- BALLESTER, Rosa (2016): "La malaria en la historia de España: de enfermedad endémica a problema de salud pública", *Revista Española de Salud Pública*, 90, pp. e1-e14.
- BARCELÓ-PRATS, Josep y BUENO, Eduardo (2021): "Epidemias, medicalización y evolución hospitalaria: bases para una historia de las culturas de la salud y de la enfermedad", *Anais de História de Além-Mar*, 22, pp. 107-135.

- BARCELÓ-PRATS, Josep (2022): "La influencia de las grandes epidemias en la configuración histórica del proceso de medicalización y en la evolución hospitalaria", en VILAR-RODRÍGUEZ, Margarita y PONS-PONS, Jerònia (eds.), *Los hospitales y las pandemias en España e Italia desde una perspectiva histórica*, Alacant, Publicacions de la Universitat d'Alacant, pp. 27-56.
- BERNABÉU-MESTRE, Josep (2004): *Enfermedad y población. Introducción a los problemas y métodos de la epidemiología histórica*, Valencia, Universitat de València.
- BETRÁN, José L. (1993): "La consolidación de la vuitena del morbo en la ciudad de Barcelona (1560-1600)", *Pedralbes: Revista d'història moderna*, 13(1), pp. 631-642.
- BETRÁN, José L. (1996): *La peste en la Barcelona de los Austrias*, Lleida, Milenio.
- BETRÁN, José L. (2015): "El miedo a las epidemias. Una perspectiva desde la historia", *Pasajes: Revista de pensamiento contemporáneo*, 48, pp. 19-29.
- BUENO, Eduardo (2020): "Del siglo de las fiebres a los tiempos de la COVID-19: clima, enfermedad y estacionalidad", en CAMPOS, Ricardo; PERDIGUERO-GIL, Enrique y BUENO, Eduardo (eds.), *Cuarenta historias para una cuarentena. Reflexiones históricas sobre epidemias y salud global*, Madrid, SEHM, pp. 47-53.
- BUENO, Eduardo y PERDIGUERO-GIL, Enrique (2023): "La historiografía española sobre salud y enfermedad en el siglo XVIII. Estado de la cuestión y asignaturas pendientes", *Cuadernos Dieciochistas*, 24, pp. 13-39.
- BUSFIELD, Joan (2017): "The concept of medicalisation reassessed", *Sociology of Health & Illness*, 39(5), pp. 759-774.
- CANET, José A. (1818): *Enfermedades del Ejército y del Pueblo*, Madrid, Ibarra, Impresor de Cámara de S.M.
- CAPDEVILA, José (1814): *Tratado de las calenturas castrenses y su método curativo*. Reus, Imprenta de Rubió.
- CIFUENTES, Lluís y FERRAGUD, Carmel (2025): "Vernacularitats en la ciència medieval i renaixentista: textos, creadors, professionals". *Magnificat Cultura i Literatura Medievales*, 12, pp. 177-192.
- CIPOLLA, Carlo M. (1986): *Contro un nemico invisibile. Epidemie e strutture sanitarie nell'Italia del Rinascimento*, Bolonia, Il Mulino.
- CODORNIU, Manuel (1838): *El tifus castrense y civil, o sea Historia, descripción, etiología, diagnóstico, naturaleza y tratamiento del tifus académico y epidémico, y medios de preservar de él a los Ejércitos y a las poblaciones*, Madrid, Imprenta del Colegio de Cirugía de San Carlos.
- CREMADES, Francesc (2026): "El Regiment contra pestilència de Jacme d'Agramont. Aspectes mèdics, escolàstics, socials i religiosos", *Gimbernat*, 85, pp. 11-32.

- CUNNINGHAM, Andrew (1991): "La transformación de la peste. El laboratorio y la identidad de las enfermedades infecciosas", *Dynamis*, 11, pp. 27-71.
- CUNNINGHAM, Andrew (2002): "Identifying Disease in the Past: Cutting the Gordian Knot", *Asclepio*, 54(1), pp. 13-34.
- DANÓN, José (1977): "Un brote de fiebre amarilla en el puerto de Barcelona, en 1803". *Asclepio*, 29, pp. 119-125.
- DELUMEAU, Jean (1989): *El miedo en Occidente (siglos XIV-XVIII). Una ciudad sitiada*, Madrid, Taurus.
- EGBE, Manfred; ALEGRE-AGÍS, Elisa y COMELLES, Josep M. (2017): "El efecto Danacol. Publicidad, alimentos funcionales y la construcción de la medicina folk", en JUÁREZ, Lorenzo M.; MEDINA, F. Xavier y LÓPEZ-GARCÍA, Julián (eds.), *Comida y mundo virtual. Internet, redes sociales y representaciones visuales*, Barcelona, UOC, pp. 247-283.
- FÀBREGAS, Josep y VIDAL, Judit (2015): "El Camp de Tarragona, un segle de lluita contra les epidèmies, 1720-1819", *Pedralbes: revista d'història moderna*, 35, pp. 235-267.
- FERRAGUD, Carmel y ZARZOSO, Alfons (2025): "Introducció: les epidèmies en l'espai viscut", en FERRAGUD, Carmel y ZARZOSO, Alfons (eds.), *De la pesta a la grip: la ciutat assetjada. La gestió municipal de les epidèmies a la Mediterrània, 1348-1918*, València, Publicacions Universitat de València, pp. 1-8.
- FERRER-ALÒS, Llorenç (2021): "Las crisis de mortalidad en Cataluña (1700-1860). Cronología, intensidad y geografía", *Revista de demografía histórica*, 39(3), pp. 83-120.
- FOUCAULT, Michel (1963): *Naissance de la Clinique. Une archéologie du regard médical*, París, Presses Universitaires de France.
- FOUCAULT, Michel (1977): "Historia de la medicalización", *Educación médica y salud*, 11(1), pp. 3-24.
- FUENTES, Manel M.; QUIJADA, Joan M. y SÁNCHEZ-PIÉ, Neus (2012): *Memòria del setge i ocupació de Tarragona. La Guerra del Francès en els fons documentals de l'Arxiu Històric Arxidiocesà de Tarragona (1808-1814)*, Barcelona, Rafael Dalmau editor.
- GARCÍA-BALLESTER, Luis (2002): *La búsqueda de la salud: medicina y sociedad en la España medieval y moderna*, Madrid, Akal.
- GARCÍA-BALLESTER, Luis; OLAGÜE, Guillermo, y RODRÍGUEZ-OCAÑA, Esteban (2004): *Artifex factivus sanitatis: saberes y ejercicio profesional de la medicina en la Europa pluricultural de la Baja Edad Media*, Granada, Editorial Universidad de Granada.
- GÓMEZ DE LAS HERAS, M. Soledad (1985): "La epidemia de fiebre amarilla de Málaga de 1803-1804", [Tesis de doctorado], Madrid, Universidad Complutense de Madrid.
- GONZALVO-CIRAC, M., FÀBREGAS-ROIG, J., y VIDAL-BONAVILA, J. (2016): "Evolución demográfica del Camp de Tarragona (Cataluña, España) 1570-1880: las grandes crisis

de mortalidad". *Población y Salud en Mesoamérica*, 14(1), Artículo 2, pp. 1-28.

GRAU, Josep M. (2006): "Documentació d'hospitals militars durant la Guerra del Francès en arxius civils i eclesiàstics de Reus i Tarragona", *Gimbernat*, 46, pp. 101-105.

GUARDIOLA, Elena y BAÑOS, Josep-Eladi (2020): "Contribució de Josep Masdevall i Terrades a l'estudi i tractament de les epidèmies de febres pútrides del segle XVIII", *Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya*, 35, pp. 118-132.

GÜELL, Manel (2012): "Reus, vila oberta. Els primers anys de la Guerra de Separació", *Manuscrits*, 30, 15-54.

GUTIÉRREZ-RODILLA, Bertha (2020): "El lenguaje, entre los efectos de la pandemia", en CAMPOS, Ricardo; PERDIGUERO-GIL, Enrique y BUENO, Eduardo (eds.), *Cuarenta historias para una cuarentena: Reflexiones históricas sobre epidemias y salud global*, Madrid, SEHM, pp. 20-24.

MASDEVALL, José (1786): *Relación de las epidemias de calenturas pútridas y malignas, que en estos últimos años se han padecido en el Principado de Cataluña; y principalmente de la que se descubrió el año pasado de 1783 en la Ciudad de Lérida, Llano de Urgél y otros muchos Corregimientos y Partidos, con el método feliz, pronto y seguro de curar semejantes enfermedades*, Madrid, Imprenta Real.

MENÉNDEZ, Eduardo L. (2005): "El modelo médico y la salud de los trabajadores", *Salud colectiva*, 1(1), pp. 9-32.

MOULIN, Anne M. (1994): "Bacteriological research and medical practice in and out of the Pastorian School", en LA BERGE, Ann y FEINGOLD, Mordechai (eds.), *French Medical Culture in the Nineteenth Century*, Leiden, Brill, pp. 327-349.

MURAMOTO, Osamu (2014): "Retrospective diagnosis of a famous historical figure: ontological, epistemic and ethical considerations", *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 9(10), pp. 1-17.

NAVARRO, Luis J. (2002): "Transformaciones económicas y cambio social", *Santes Creus: Boletín del Archivo Bibliográfico de Santes Creus*, 19, pp. 51-66.

PARRILLA, Fernando (2026): "El protector de la salut. La comissió militar de la Protectoria de la Salut durant la Guerra del Francès (1808-1814)", *Gimbernat*, 85, pp. 59-86

PERDIGUERO-GIL, Enrique y RUIZ-BERDÚN, M. Dolores (2017): "Medicalización ¿Un concepto útil? Reflexiones a propósito de la investigación histórica de la cultura de la salud", en ZARZOSO, Alfons y ARRIZABALAGA, Jon (eds.), *Al servicio de la salud humana. La historia de la medicina ante los retos del siglo XXI*, Sant Feliu de Guíxols, SEHM, pp. 247-252.

PERDIGUERO-GIL, Enrique y BUENO, Eduardo (2023): "El malestar del bienestar: los debates en torno a la medicalización", en CAYUELA, Salvador y ARANTZAZU, Paula (eds.) *La sonrisa de Europa: el estado de bienestar en el proceso de integración europea*, Madrid, Marcial Pons, pp. 231-255.

- PESET, José L. (1977): "Epidemias y sociedad en la España del fin del Antiguo Régimen", en *Actas del V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*, vol. I, Madrid, SEHM, pp. 37-65.
- PESET, José L.; PESET, Mariano (1978): "Epidemias y sociedad en la España del Antiguo Régimen", *Estudios de historia social*, 1(4), pp. 7-28.
- PITTS, John (1968): "Social control: the concept", en STILLS, David L. (ed.), *International Encyclopedia of the Social Sciences*, New York, Macmillan, pp. 381-396.
- PRATS, Joan (1989): "El segle XIX al Tarragonès. Aspectes socials i econòmics", en OLI-VÉ, Enric (dir.), *Història del Camp de Tarragona: I. El Tarragonès*, Tarragona, Institut d'Estudis Tarraconenses Ramon Berenguer IV i Diputació de Tarragona, pp. 104-141.
- PUJOL, Joan (2022): "L'assistència sanitària a Catalunya durant la Guerra del Francès (1808 – 1814)", *Gimbernat*, 78, pp. 67-92.
- RAMISA, Maties (2009): "L'administració francesa a Catalunya i els seus homes", *Annals de l'Institut d'Estudis Empordanesos*, 40, pp. 33-45.
- RECASENS-COMES, José M. (1958): *El Corregimiento de Tarragona y su Junta en la Guerra de la Independencia (1808-1811)*, Tarragona, Diputación Provincial de Tarragona.
- RECASENS-COMES, Josep M. (1998): *El municipio i el govern municipal de la ciutat de Tarragona, segles XVI i XVII*, Tarragona, Arola Editors.
- RECASENS-SANAHUJA, José M. (1863): *Tarragona en la Guerra de Independencia. Recuerdo histórico desde 1808 a 1813*, Tarragona, Imprenta del Diario.
- RIERA, Juan (1980): *José Masdevall y la medicina española ilustrada: enseñanza, epidemias y guerra a finales del siglo XVIII*. Valladolid, Universidad de Valladolid.
- RODRÍGUEZ-OCAÑA, Esteban (2014): "La primera pandemia de cólera en España, 1833-35", *Jano: Medicina y humanidades*, 30(728), pp. 69-82.
- RODRÍGUEZ-OCAÑA, Esteban (2021): "Indeseado ciudadano cólera: las pandemias de cólera asiático", *Andalucía en la historia*, 71, pp. 34-39.
- ROURA, Lluís (2016): "La administración napoleónica en España", *Jerónimo Zurita*, 91, pp. 73-87.
- RUFFIE, Jacques y SOURNIA, Jean-Charles (1995): *Les épidémies dans l'histoire de l'homme*, París, Flammarion.
- SALVAT, Juan (1965): *Tarragona en la Guerra y en la postguerra de la Independencia*, Tarragona, Real Sociedad Arqueológica Tarraconense.
- SÁNCHEZ-GRANJEL, L. (1977): "Las epidemias de peste en la España del siglo XVII", en *Actas del V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*, vol. I, Madrid, SEHM, pp. 17-36.

SÁNCHEZ-GRANJEL, Luis (1979): *Historia de la medicina española del siglo XVIII*, Salamanca, Ediciones de la Universidad de Salamanca.

SASTRE, Juan (1788): *Observaciones médico-prácticas que en confirmación de las reflexiones instructivo-apologéticas que anteceden*, Cervera, en la Imprenta de la Real y Pontificia Universidad.

TORRA, M. Pilar y CANET, Jordi (2011): *Josep Canet i Pons. Metge i escriptor polític*, Manresa: Publicacions de l'Arxiu Històric de les Ciències de la Salut.

VARELA, Fernando (1998): "El papel de la Junta Suprema de Sanidad en la política sanitaria española del siglo XVIII", *Dynamis*, 18, pp. 315-340.

VIADER, José A. (1784): *Reflexiones sobre las enfermedades que afligen las tropas del Real Ejército del Rosellón*, Gerona, Ed. Antonio Oliva.

VIADER, José A. (1810): *Memoria sobre las enfermedades que han afligido a los moradores y guarnición de esta plaza de Gerona y demás pueblos de su departamento: desde junio de 1808 hasta últimos de febrero de 1810*, Gerona, Imprenta de Vicente Oliva.

WILLIAMS, Simon J.; COVENEY, Catherine y GABE, Jonathan (2017): "The concept of medicalisation reassessed: a response to Joan Busfield", *Sociology of Health & Illness*, 39(5), pp. 775-780.

ZARZOSO, Alfons (1999): "¿Obligación moral o responsabilidad política? Las autoridades borbónicas en tiempo de epidemias en la Cataluña del siglo XVIII", *Revista de Historia Moderna*, 17, pp. 73-94.

ZARZOSO, Alfons (2005): "Poor Relief and Health Care in 18th and 19th Century Catalonia and Barcelona", en GRELL, Ole P.; CUNNINGHAM, Andrew y ROECK, Bernd (eds.), *Health Care and Poor Relief in 18th and 19th Century Southern Europe*, London & New York, Routledge, pp. 121-141.

ZARZOSO, Alfons (2006): *L'exercici de la medicina a la Catalunya de la Il·lustració*, Barcelona, Publicacions de l'Arxiu Històric de les Ciències de la Salut.

ZARZOSO, Alfons (2011): "La cirugía catalana al segle XVIII abans de la creació del Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona", *Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya*, 26(3), pp. 92-94.

ZARZOSO, Alfons y FERRAGUD, Carmel (2025): "A tall de cloenda", en FERRAGUD, Carmel y ZARZOSO, Alfons (eds.), *De la pesta a la grip: la ciutat assetjada. La gestió municipal de les epidèmies a la Mediterrània, 1348-1918*, València, Publicacions de la Universitat de València, pp. 237-243.

ZOLA, Irving K. (1972): "Medicine as an institution of social control", *The Sociological Review*, 20(4), pp. 487-504.