

CONTRA LA AMNESIA CLÍNICA: HISTORIA, SALUD Y FORMACIÓN CRÍTICA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Juan Carlos García-Reyes

Profesor de Historia de la Medicina. Universidad Complutense

RESUMEN

El artículo defiende que la Historia de la Salud debe ocupar un lugar central en la formación sanitaria para combatir la “amnesia clínica” contemporánea. Critica la enseñanza tradicional, teleológica y memorística, incapaz de relacionar pasado y práctica profesional. A partir de ejemplos como la COVID-19, el VIH/SIDA o el racismo médico, plantea una didáctica crítica basada en estudios de caso, patrimonio, artes y humanidades médicas. Su objetivo es formar profesionales capaces de cuestionar desigualdades, comprender violencias institucionales y analizar históricamente las prácticas sanitarias presentes críticamente

1. LA AMNESIA HISTÓRICA EN LA FORMACIÓN SANITARIA CONTEMPORÁNEA

Hay una escena que se repite con notable frecuencia en muchas aulas de medicina, enfermería, fisioterapia, farmacia o psicología clínica cuando comienza una asignatura de Historia de la Medicina o Historia de la Salud. Tras explicar el programa, presentar fuentes o introducir los primeros problemas historiográficos, aparece inevitablemente una pregunta que suele formularse con una mezcla de honestidad pragmática e impaciencia curricular: “¿Y esto para qué sirve?”. La pregunta, que a menudo se interpreta desde el profesorado como síntoma de antiintelectualismo estudiantil o de una supuesta degradación cultural de las nuevas generaciones universitarias, en realidad plantea una pregunta relevante sobre el fracaso histórico de nuestra manera de enseñar la disciplina. Si un estudiante de ciencias de la salud no es capaz de percibir por qué la historia resulta central para su futura práctica profesional, probablemente el problema no se encuentra en el alumnado, sino en décadas de pedagogías históricas construidas desde la irrelevancia aplicada, la acumulación cronológica o la falsa neutralidad narrativa.

Durante demasiado tiempo, la Historia de la Medicina fue enseñada en numerosos contextos académicos como una secuencia de grandes descubrimientos, nombres ilustres y progresos acumulativos que conducían inevitablemente hacia la medicina contemporánea. Hipócrates, Galeno, Vesalio, Harvey, Pasteur, Fleming. El relato era familiar: héroes científicos, errores superados y una línea ascendente hacia el perfeccionamiento técnico del presente. Se trataba, en términos historiográficos, de una narrativa profundamente *whig*: una historia teleológica del progreso donde el pasado sólo tenía valor en tanto anticipaba nuestro presente y donde las prácticas sanitarias pretéritas quedaban reducidas a versiones imperfectas de lo que hoy consideramos conocimiento verdadero.

El problema de esta pedagogía no era sólo historiográfico. Era también clínico y político. Formaba estudiantes convencidos de que habitan el punto culminante de una historia lineal de progreso y que las limitaciones de los profesionales del pasado residían simplemente en no disponer de nuestros conocimientos actuales. El problema es sencillo: muchos estudiantes acaban creyendo que la medicina actual representa la culminación del conocimiento válido. Si el pasado está compuesto exclusivamente

por errores superados, el presente queda blindado frente a la crítica histórica. El estudiante aprende a mirar con condescendencia las sangrías del siglo XVIII, las terapias psiquiátricas del XIX o las teorías miasmáticas, pero rara vez se le invita a preguntarse qué prácticas contemporáneas serán consideradas éticamente inaceptables dentro de cincuenta años.

El evento de la COVID-19 mostró con una crudeza extraordinaria los efectos de esta amnesia histórica. Durante los primeros meses de la crisis sanitaria global aparecieron fenómenos que los historiadores de la salud reconocieron de inmediato: discursos bizantinos sobre vacunas, estigmatización racializada de determinados colectivos, conflictos entre libertad individual y salud pública, circulación de rumores terapéuticos, producción de héroes sanitarios y ocultamiento simultáneo de precariedades estructurales. Todo ello había sucedido antes. Había ocurrido durante la Pandemia de gripe de 1918, durante epidemias de cólera del siglo XIX, durante la crisis del VIH/SIDA o durante brotes históricos de peste. Sin embargo, buena parte de las respuestas institucionales parecían actuar como si enfrentaran problemas absolutamente inéditos.

Aquello reveló algo incómodo: la medicina contemporánea produce enormes cantidades de evidencia clínica, pero frecuentemente carece de memoria estructural. Se ha señalado precisamente que la historia debe abandonar su papel periférico dentro de la educación sanitaria y convertirse en una herramienta central para comprender cómo se construyen históricamente las instituciones médicas, las categorías diagnósticas y las desigualdades en salud (Newman 2023; Absil y Govers, 2015). Incorporar historia a la formación sanitaria no debería entenderse como un mero añadido cultural. Su valor reside en ofrecer herramientas analíticas capaces de explicar por qué ciertos problemas reaparecen persistentemente bajo formas nuevas.

Esta cuestión conecta directamente con una de las fracturas intelectuales más dañinas de la educación contemporánea: la persistencia de las denominadas “dos culturas”. Desde que C. P. Snow (1959) formulara esta idea a finales de los años cincuenta, la separación entre conocimiento científico y conocimiento humanístico ha estructurado buena parte de las universidades occidentales. En el ámbito sanitario esta división se ha convertido en una verdadera arquitectura institucional. Por un lado, se sitúan las disciplinas consideradas verdaderamente científicas: anatomía, fisiología, bioquímica, microbiología, farmacología. Por otro aparecen materias supuestamente accesorias: ética, antropología, historia, literatura médica o comunicación clínica.

La jerarquía no suele expresarse abiertamente, pero el alumnado la interioriza con enorme rapidez. Lo verdaderamente importante parece ser aquello que genera protocolos, algoritmos diagnósticos y respuestas terapéuticas cuantificables. Todo lo demás queda relegado a un territorio ambiguo de sensibilidad complementaria. Polianski y Fangerau (2012) criticaron precisamente esta marginalización al reclamar unas humanidades médicas más robustas, capaces de intervenir en el núcleo epistemológico de la formación médica y no limitarse a embellecer superficialmente currículos tecnocráticos. Del mismo modo, Kollmer Horton (2019) describía las humanidades médicas como un “huérfano” curricular permanentemente defendido en términos retóricos, pero escasamente protegido en la práctica institucional. En países de nuestro entorno como Italia o Grecia este debate ha cobrado especial relevancia en los últimos años (Batistatou et al., 2010; Fieschi et al., 2013; Siri et al., 202; Zurlini y Iorio, 2024)

Lo que parece paradójico es que la realidad clínica desmiente constantemente esta división. Un oncólogo necesita comprender desigualdades de acceso a tratamientos. Un psiquiatra necesita conocer genealogías del encierro institucional. Un epidemiólogo necesita interpretar comportamientos colectivos históricamente situados. Un médico de atención primaria trabaja cotidianamente con pobreza energética, precariedad laboral, soledad y violencia estructural. Ninguno de estos problemas puede resolverse exclusivamente desde la fisiopatología.

Otro problema importante para la enseñanza contemporánea: la necesidad de pensar una auténtica salud basada en la evidencia histórica. La medicina basada en la evidencia ha transformado

extraordinariamente la práctica clínica mediante ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y protocolos comparativos. Sin embargo, cuando abordamos desigualdades estructurales, violencia institucional o trayectorias históricas de exclusión sanitaria, el paradigma exclusivamente biomédico resulta insuficiente.

Buen ejemplo puede ser la enseñanza de la historia del racismo médico resulta esencial en la formación sanitaria contemporánea. Sin este conocimiento, los estudiantes tienen enormes dificultades para comprender por qué determinados colectivos mantienen profundas desconfianzas hacia instituciones sanitarias (Pleasant et al., 2024). Las esterilizaciones forzadas, la segregación hospitalaria, la exclusión reproductiva o los experimentos médicos realizados sobre poblaciones vulnerables no pertenecen a un pasado remoto completamente clausurado. Sus efectos sobreviven en memorias familiares, en estructuras institucionales y en desigualdades persistentes.

Algo similar ocurre con los determinantes sociales de la salud. La tradición biomédica ha tendido históricamente a privilegiar explicaciones centradas en agentes patógenos, mecanismos fisiológicos o intervenciones terapéuticas. Sin embargo, la historia muestra de forma reiterada que la pobreza, la vivienda, la alimentación, el trabajo, el género y la desigualdad territorial han sido variables decisivas en la producción diferencial de enfermedad. La historia de la tuberculosis constituye uno de los ejemplos más claros. Mucho antes de la aparición de antibióticos eficaces, la enfermedad estaba vinculada al hacinamiento urbano, la malnutrición y las condiciones laborales derivadas de la industrialización. Lo mismo puede afirmarse respecto a las epidemias de cólera, la mortalidad infantil o la distribución desigual del VIH.

Además, la emergencia contemporánea del paradigma “One Health” introduce una dimensión adicional extraordinariamente fértil para la didáctica histórica. Con frecuencia se presenta como una innovación conceptual reciente, pero la historia muestra que la separación radical entre salud humana, salud animal y medio ambiente constituye una construcción relativamente moderna. La Peste Negra no puede entenderse sin ecologías animales, circulación comercial y transformaciones urbanas. La crisis de las vacas locas evidenció relaciones entre producción ganadera industrial y enfermedad humana. La COVID-19 volvió a demostrar brutalmente esta interdependencia.

Enseñar historia de la salud hoy exige, por tanto, mucho más que transmitir contenidos sobre el pasado. Enseñar historia de la salud hoy implica cuestionar algunas certezas del presente médico y recordar que nuestras categorías diagnósticas e instituciones son construcciones históricas.

La gran tarea pedagógica de la Historia de la Salud no consiste en reconciliar a los estudiantes con el pasado. Consiste en volverlos intelectualmente incómodos frente al presente. Y esa incomodidad constituye, probablemente, una de las formas más profundas de responsabilidad pedagógica que puede asumir hoy la universidad sanitaria contemporánea.

2. HISTORIA CRÍTICA DE LA SALUD FRENTE AL PARADIGMA BIOMÉDICO

Si la primera tarea de una didáctica renovada de la Historia de la Salud consiste en destruir la ilusión de que el presente médico representa la culminación natural del progreso científico, la segunda tarea resulta todavía más compleja: transformar esa crítica epistemológica en prácticas concretas de enseñanza. Es en este punto donde muchos discursos renovadores fracasan. Se acepta teóricamente que la historia sanitaria debe ser crítica, interdisciplinar y socialmente comprometida, pero en el momento de entrar en el aula se vuelve a reproducir la pedagogía tradicional: clases magistrales lineales, manuales cronológicos, exámenes memorísticos y una concepción pasiva del estudiante como receptor de información. La contradicción es evidente: pretendemos formar profesionales capaces de cuestionar estructuras históricas de poder utilizando metodologías pedagógicas jerárquicas y conservadoras.

En los últimos años, la expansión de herramientas de la llamada “inteligencia artificial” o tecnologías de automatización lingüística, ha introducido un problema adicional en la evaluación del

aprendizaje en ciencias de la salud. La facilidad para generar textos académicamente correctos ha puesto en cuestión la validez de los sistemas de evaluación basados exclusivamente en trabajos escritos. En este contexto, algunas tradiciones universitarias, especialmente en el ámbito italiano, han mantenido con mayor continuidad la evaluación oral como mecanismo para verificar la comprensión real de los contenidos. Este modelo, heredero en parte de la tradición universitaria clásica, permite explorar no solo la capacidad de reproducir, sino también la capacidad de argumentar, matizar y sostener razonamientos en tiempo real. Sin idealizarlo, puede ser un complemento relevante frente a los límites de la evaluación puramente escrita en el contexto actual (Pou, 2025).

La cuestión metodológica no es secundaria. Si aceptamos que la enfermedad es una construcción con elementos biológicos, culturales, políticos y materiales, la enseñanza de su historia tiene que reproducir esa complejidad. Y ello exige abandonar la falsa comodidad de las narrativas lineales para trabajar con casos históricos concretos que permitan al alumnado enfrentarse a la incertidumbre del pasado sin la seguridad retrospectiva del presente. Uno de los mayores riesgos de la enseñanza histórica en contextos sanitarios continúa siendo el presentismo moral: la tendencia a juzgar prácticas pretéritas desde categorías contemporáneas sin comprender los marcos epistemológicos que las hicieron posibles.

Cuando un estudiante observa imágenes de tratamientos psiquiátricos coercitivos del siglo XIX, prácticas anatómicas del siglo XVIII o intervenciones quirúrgicas anteriores a la antisepsia moderna, la reacción inmediata suele oscilar entre la fascinación morbosa y la condena retrospectiva. Ambas respuestas son intelectualmente pobres. La tarea docente consiste en desplazar esa mirada. No se trata de justificar violencias históricas, sino de comprender cómo fueron legitimadas, qué marcos científicos las sostuvieron, qué resistencias generaron y qué alternativas coexistieron con ellas. Sólo entonces el estudiante puede formular la pregunta verdaderamente incómoda: ¿qué formas de violencia sanitaria contemporánea permanecen hoy invisibles porque también están naturalizadas por nuestros propios marcos epistemológicos?

El trabajo con estudios de caso históricos resulta particularmente eficaz para producir esta incomodidad reflexiva. La crisis del aceite de colza en España en 1981, por ejemplo, constituye un laboratorio extraordinario para analizar incertidumbre diagnóstica, comunicación institucional, construcción mediática del riesgo y desconfianza ciudadana. Del mismo modo, la historia de la VIH/SIDA permite analizar simultáneamente biomedicina, estigma moral, activismo social y producción de ciudadanía sanitaria. Enseñar la historia del VIH exclusivamente como secuencia biomédica — descubrimiento viral, tratamientos antirretrovirales, avances terapéuticos — supone amputar la dimensión política de una de las mayores transformaciones contemporáneas en las relaciones entre pacientes, movimientos sociales e instituciones sanitarias.

Lo mismo puede afirmarse respecto a la Pandemia de gripe de 1918, cuya enseñanza sigue frecuentemente atrapada en cifras de mortalidad o cronologías epidemiológicas. Un enfoque didáctico más sofisticado permite trabajar prensa histórica, diarios personales, documentación hospitalaria, discursos religiosos, políticas municipales y testimonios familiares. La pandemia deja entonces de ser un episodio sanitario para convertirse en una ventana privilegiada sobre miedo colectivo, circulación de rumores, desigualdad social y gestión política del sufrimiento.

3. METODOLOGÍAS Y RECURSOS PARA UNA DIDÁCTICA TRANSFORMADORA

Esta aproximación conecta directamente con una segunda dimensión que continúa siendo infrautilizada en la enseñanza española de la Historia de la Salud: el uso sistemático de materiales literarios, visuales, cinematográficos y artísticos como fuentes históricas y dispositivos pedagógicos. Las humanidades sanitarias no deben ocupar una función meramente decorativa, sino convertirse en espacios de análisis crítico sobre representación del dolor, vulnerabilidad y enfermedad (Banner et al., 2019). Se ha mostrado igualmente cómo la integración de artes y humanidades mejora competencias interpretativas y empáticas en estudiantes sanitarios (Smydra et al., 2022).

Sin embargo, el potencial de estas herramientas va más allá de la empatía clínica. La literatura, el cine, la fotografía o las artes visuales permiten reconstruir imaginarios históricos de la enfermedad que los documentos institucionales muchas veces silencian. Leer *La montaña mágica* de Thomas Mann no consiste únicamente en aproximarse literariamente a la tuberculosis, sino en comprender la temporalidad social del sanatorio, la medicalización del tiempo y las relaciones entre clase social y enfermedad. Leer *La peste* de Albert Camus permite analizar moralidades epidémicas, respuestas institucionales y formas de aislamiento social. Revisitar *El árbol de la ciencia* de Pío Baroja abre una extraordinaria puerta para comprender las tensiones de la medicina española de comienzos del siglo XX.

En el ámbito audiovisual, películas como *Awakenings* (1990), *Mar adentro* (2004) o *Dallas Buyers Club* (2013) permiten analizar cuestiones relacionadas con discapacidad, autonomía, terminalidad, activismo sanitario y conflicto ético. La imagen nunca es neutra. Produce discursos sobre normalidad corporal, sufrimiento legítimo y autoridad médica, a la par que supone registro histórico.

En este terreno resultan particularmente relevantes en España los proyectos de innovación docente desarrollados en la Universidad Complutense de Madrid o la Universidad de Salamanca. Han mostrado el enorme potencial del análisis de cultura visual para enseñar historia de los saberes médicos (Gutiérrez Rodilla et al., 2024). Del mismo modo, se ha desarrollado un banco de imágenes y biblioteca virtual orientado a renovar metodologías docentes en historia de la salud (Morente Parra et al. (2023), mientras que se profundiza en la recuperación del patrimonio docente material de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense (Morente Parra et al., 2025).

Y es precisamente el patrimonio donde emerge una de las posibilidades más radicales para la enseñanza histórica ejemplificada en Madrid. Pocas ciudades europeas ofrecen una concentración tan rica de espacios para una didáctica situada de la historia sanitaria. Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid conserva espacios patrimoniales de enorme valor, incluyendo la colección Olóriz, la colección Lacaba, el museo Negrín y el temporalmente cerrado Museo Olavide. Este último constituye un ejemplo extraordinario para reflexionar sobre dermatología histórica, representación visual de la enfermedad y materialidad docente.

La Biblioteca Histórica Marqués de Valdecilla ofrece acceso a fuentes primarias excepcionales que permiten a los estudiantes trabajar directamente con tratados médicos, atlas anatómicos, literatura higienista y documentación sanitaria histórica. El Museo Nacional de Antropología introduce además debates sobre colonialismo, racialización y clasificación corporal que resultan fundamentales para comprender genealogías médicas de la alteridad.

El recorrido puede extenderse al Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, al Hospital de Guadarrama como antiguo sanatorio antituberculoso, al Hospital Universitario La Paz, al Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela y al Instituto de Salud Carlos III y su entorno de Chamartín. Zarzoso (2005) ya defendía que el patrimonio científico debía dejar de ser un depósito pasivo para convertirse en herramienta activa de aprendizaje histórico.

Pero incluso estas visitas corren el riesgo de convertirse en turismo académico si no se acompañan de metodologías de observación rigurosa. Aquí resulta especialmente fértil introducir pequeñas prácticas etnográficas. Observar salas de espera, arquitecturas hospitalarias, jerarquías espaciales, circulación de cuerpos, silencios institucionales y relaciones profesionales permite conectar pasado y presente desde una perspectiva diacrónica-sincrónica. Los estudiantes descubren entonces que los hospitales son archivos vivos donde sobreviven múltiples capas históricas.

4. HUMANIDADES MÉDICAS, MEMORIA Y RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Finalmente, ninguna didáctica verdaderamente crítica puede seguir reproduciendo una historia exclusivamente centrada en médicos ilustres y descubrimientos institucionales. La renovación historiográfica ha mostrado con claridad la necesidad de devolver voz a quienes fueron sistemáticamente

silenciados: pacientes psiquiátricos, enfermeras, matronas, personas con discapacidad, activistas del VIH, mujeres sometidas a violencia obstétrica o colectivos racializados. Así, la importancia de introducir perspectiva de género en la enseñanza histórica sanitaria se hace esencial (Ruiz Somavila y Jiménez Lucena, 2017), o la exploración de herramientas teatrales para reconstruir experiencias históricas de la enfermería (Salagre de Vega, 2001), pueden ser dos elementos fundamentales.

La pregunta final que debe atravesar toda didáctica de la Historia de la Salud no es qué deben recordar los estudiantes sobre el pasado. La pregunta verdaderamente importante es qué tipo de profesionales sanitarios queremos producir.

Si queremos técnicos eficaces y obedientes, la historia resulta irrelevante. Pero si lo que queremos es profesionales capaces de identificar desigualdad, cuestionar violencias institucionales, comprender incertidumbres complejas y escuchar memorias silenciadas, entonces la historia se convierte en una de las disciplinas más útiles de toda la formación sanitaria.

En ese sentido, la historia puede seguir siendo una gran herramienta para formar profesionales sanitarios más críticos, conscientes de las desigualdades y atentos a la dimensión humana de la práctica clínica.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Absil, G., & Govers, P. (2015). Comment écrire l'histoire de la médecine pour les étudiants des sciences de la santé?. *Pédagogie Médicale*, 16(1), 9–22.
- Banner, O., Carlin, N., & Cole, T. R. (Eds.). (2019). *Teaching health humanities*. Oxford University Press.
- Batistatou, A., Doulis, E. A., Tiniakos, D., Anogiannaki, A., & Charalabopoulos, K. (2010). The introduction of medical humanities in the undergraduate curriculum of Greek medical schools: challenge and necessity. *Hippokratia*, 14(4), 241.
- Fieschi, L., Matarese, M., Vellone, E., Alvaro, R., & De Marinis, M. G. (2013). Medical humanities in healthcare education in Italy: a literature review. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 49, 56–64.
- Gutiérrez Rodilla, B. M., Rodríguez Sánchez, J. A., & Sánchez Granjel Santander, M. (2024). *El análisis de la cultura visual en la enseñanza-aprendizaje de la historia de la ciencia: los saberes médicos*. Memoria de innovación docente. <https://hdl.handle.net/10366/164004>
- Kollmer Horton, M. E. (2019). The orphan child: humanities in modern medical education. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 14(1), 1.
- Morente Parra, M. I., Savoini Arévalo, S., Gallego Lastra, R. D., Serrano Gómez, V., González De Pablo, Á. L., Alonso Eguinoa, A. E., et al. (2023). *Didácticas virtuales para el aprendizaje de la Historia de la salud y la enfermedad humana. Creación de un banco de imágenes y una biblioteca virtual de la historia de las ciencias de la salud. Parte III*. Memoria de innovación docente. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/87673>
- Morente Parra, M. I., Savoini Arévalo, S., Calderón Vicente, S., Zarzoso Orellana, A. D., Royo Moreno, F. M., Fernández de Ramón, J., et al. (2025). *Didácticas virtuales para el aprendizaje de la Historia de la salud y la enfermedad humana. Parte IV. Recuperación de la cultura material que conforma el patrimonio docente de la Facultad de Medicina*. Memoria de innovación docente. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/122200>
- Newman, L. (2023). Bodies of knowledge: Historians, health and education. *History of Education*, 52(2–3), 479–494.
- Pleasant, V., Kotian, A., Hammoud, M. M., & Maben-Feaster, R. (2024). The importance of discussing the history of racism in medical student education. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 67(3), 499–511.
- Polianski, I. J., & Fangerau, H. (2012). Toward “harder” medical humanities: Moving beyond the “two cultures” dichotomy. *Academic Medicine*, 87(1), 121–126.

- Pou, I. (2025, 23 de diciembre). Evaluar oralmente en tiempos de IA: conclusiones provisionales. *Universidad, sí*. <https://www.universidadsi.es/evaluar-oralmente-en-tiempos-de-ia-conclusiones-provisionales/>
- Ruiz Somavila, M. J., & Jiménez Lucena, I. (2017). Secuencias didácticas y transversalidad de género. Una estrategia de aprendizaje en la docencia de la Historia de la Medicina. En J. Arrizabalaga & A. Zarzoso (Eds.), *Al servicio de la salud humana: la historia de la medicina ante los retos del siglo XXI* (pp. 359–364). SEHM.
- Salagre de Vega, T. (2001). Alternativas a la enseñanza de la Historia de la Enfermería. Utilidades de la didáctica teatral. *Index de Enfermería*, 10(32), 35–37.
- Siri, A., Gazzaniga, V., Licata, M., & Ciliberti, R. (2021). The teaching of the History of Medicine in Italy: a path in progress. *Acta Bio Medica*, 92(3), e2021245.
- Smydra, R., May, M., Taranikanti, V., & Mi, M. (2022). Integration of arts and humanities in medical education: a narrative review. *Journal of Cancer Education*, 37(5), 1267–1274.
- Snow, Charles Percy (2001) [1959]. *The Two Cultures*. Cambridge University Press.
- Zarzoso, A. (2005). Instrumentos científicos: patrimonio recuperado y didáctica de la ciencia. *Dynamis*, 25, 523–537.
- Zurlini, F., & Iorio, S. (2024). Storia della bibliografia medica: una risorsa utile per l'insegnamento di storia della medicina? *History of Education and Children's Literature*, XIX(1), 667–683.