



Jospe M. Comelles

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI - MEDICAL ANTHROPOLOGY RESEARCH CENTER

Jospe M. Comelles (Barcelona 1949), *M.D.; MA* (Filosofia i Lletres); *Ph.D* (medicina), *Ph.D* (Antropologia). Professor emèrit d'Antropologia Social a la Universitat Rovira i Virgili (Tarragona). Especialitzat en antropologia mèdica, polítiques públiques de salut, professions sanitàries i història de la ciència (medicina, psiquiatria, antropologia). Actualment també desenvolupa recerca en etnografia visual i documentalisme.

La Covid-19 i la crisi sanitària a Catalunya¹

Que reste-t-il, de ces beaux jours...
Charles Trenet (1944)

Poster els historiadors del futur diran que la pandèmia de la Covid-19 va significar la fi del segle xx, com l'any 1918 ho fou del xix i el Congrés de Viena del xviii. No podem predir l'esdevenidor, però la pandèmia sembla que ha precipitat una revolució cultural, iniciada fa unes dues dècades, que va més enllà de l'expansió de

la societat digital. En el camp sanitari, aplicat al benestar humà, la pandèmia ha posat en crisi el dispositiu assistencial hegemònic desenvolupat a Occident durant les *Trente Glorieuses* (1945-1975) i remodelat posteriorment pel qüestionament de l'Estat de benestar i que van conduir a l'hegemonia del *self-help* individual enfront de la salut col·lectiva i a un model d'assegurances socials quasi exclusivament «de malaltia».

L'article inclou, primer, una discussió conceptual sobre què volen dir «cultura sanità-

1

Aquest estudi deriva del projecte *De la propaganda sanitària a la educació per a la salut: ideologia, discursos i saberes en la España de Franco (1939-1975)*, HAR2015-64150-C2-1-P [MINECO / FEDER, UE] El meu agraïment a Marta Allué, Xavier Allué, Joan Guix, Serena Brigidi, Marisa Pérez del Prado, Josep Barceló-Prats, Enrique Perdiguero, Eduard Bueno, Eduardo L. Menéndez, Alessandro Lupo, Pino Schirripa, Giovanni Pizza, Delia Salazar, Xavier Roigé, Jerònia Pons i Pons, Margarita Vilar, Salvador Cayuela, Nacho Suárez Lozano,



Aplaudiments davant de l'hospital Clínic de Barcelona per part dels vianants, veïns i part del personal sanitari, durant les primeres setmanes de la pandèmia de la Covid-19. 29 de març de 2020. RAFAEL FOLCH MONCLÚS

ria» global, «folkmedicina» i «autoatenció» i la seva relació respectiva amb la «medicalització» i el «procés de medicalització». En la segona part es descriuen els trets generals de la cultura sanitària catalana com un producte del procés de medicalització en relació directa amb el desplegament i l'evolució del dispositiu sanitari. Abans de l'any 2020, es caracteritzava, a grans trets, per «l'hospitalocentrisme» i la subalternitat de la resta de dispositius sanitaris; per una cultura específica relativa a les urgències; per la indiferència vers a la salut col·lectiva; per la individualització de la salut i per una forta medicalització de les folkmedicines, representada per l'auto-mediació i el consum de productes destinats a la cura del cos. La distribució territorial dels dispositius sanitaris, doncs, és clau per entendre'n la diversitat local.

L'article aborda com la crisi pandèmica ha sotragat el dispositiu sanitari i ha provocat canvis tant en la cultura sanitària com en les folkmedicines, les quals s'han hagut d'adaptar a les transformacions organitzacionals del dispositiu. Aquestes modificacions es descriuen en quatre seccions: una relativa als hospitals i les urgències; una altra relacionada amb l'atenció primària; la que se centra en descriure el paper de les «bombolles» en relació amb l'autoatenció i amb el seu paper en la reconstrucció de xarxes de participació ciutadana de base, així com la seva condició de «vaccí cultural», i, finalment, una darrera que aborda el problema de la crisi de les polítiques de salut pública, descrites com una forma de «vaccí social».²

Una cultura sanitària i moltes folkmedicines

«Cultura sanitària» és un terme que es pot vincular a expressions com «cultura literària» o «artística». És, només en part, sinònim de «medicalització». Fa referència a la «cultura» mèdica dels «profans», compartida pels professionals o les institucions sanitàries. És fruit de les transaccions entre experts i profans o, si es vol, la manera com el discurs de la medicina dona lloc a una coproducció de coneixement. Cultura sanitària és allò, per exemple, que

hom pensa dels «antibiòtics» com a família terapèutica. Com a fet cultural, és un fruit del «procés de medicalització», ja que, influïda per les narratives mèdiques formals, etiqueta tant conductes com pràctiques i creences relatives al «procés de salut, malaltia i atenció» (Menéndez, 1994) més o menys generalitzades. Podem considerar que la «cultura sanitària» ix d'un «catecisme sanitari global» compost per escrits mèdics o de divulgació (Perdigueró-Gil, 2017), per la interacció cara a cara amb els professionals, per l'educació formal, pels mitjans de comunicació social i, ara, pels *social media*. Inclou també la confiança en els professionals i les institucions sanitàries, en els medicaments, en l'eficàcia de la tecnologia diagnòstica i terapèutica, en la recerca biomèdica, en el valor de l'assegurança de malaltia i, des de fa dècades, en una idea de salut associada a les pràctiques de *self-help*. La cultura sanitària, per tant, és un producte històric en permanent evolució. Podem considerar que el seu *embodiment* per la ciutadania ha anat ocupant una posició hegemònica en relació amb altres dispositius de seguretat, com el que va representar la religió. La pandèmia de la Covid-19 l'ha sotragada profundament, però no n'ha qüestionat, per ara, la seva hegemonia.

La «cultura sanitària» emmarca infinites «folkmedicines» fetes de sincretismes o mestissatges (Appadurai, 1990, 1996; Bhabha i Aira, 2002), així com de transaccions amb les pràctiques socials i les cultures locals (Menéndez, 2003). No és res nou. Hipòcrates descrivia les relacions entre sabers populars i la *tekhmé* mèdica (*Tratados Hipocráticos, I. ...* 1983) sempre des d'una perspectiva local i relativista, i els escolàstics tenien cura a distingir les supersticions locals de la teologia (Tomás de Aquino, 1955) i aquesta última de la medicina acadèmica (García Ballester, 1995). El folklore mèdic de la pagesia europea estava farcit de mestissatges amb la medicina tècnica. Els acadèmics els etiquetaven com a «errors populars» (Joubert, 1578), «supersticions», «prejudicis» o, entre d'altres, com a «preocupacions» i «supervivències» al llarg dels darrers segles (Comelles i Digiaco, 2018; Comelles, 2016).

Alfons Zarzoso i als membres de la xarxa whastapp *ConsultesCovid19* a Creixell (Tarragonès).

2

Utilitzo una vuitantena de notes de camp publicades a <<https://www.facebook.com/JMComelles/>>, el mur de Nacho Suarez Lozano <<https://www.facebook.com/nacho.slozano>>. Vegeu també les videoconferències següents: <https://www.youtube.com/watch?v=LXrR5U_7vBE> i <<https://www.youtube.com/watch?v=Qwj-VzI3BHPU>> (INAH, Mèxic) (cons. 17.06.2021).

Paraules clau: Antropologia mèdica; Covid-19; cultura sanitària; folkmedicina; Catalunya

Palabras clave: Antropología médica; Covid-19; cultura sanitaria; folkmedicina; Cataluña

Keywords: Medical Anthropology; Covid-19; health culture; folkmedicine, Catalonia

Aquest article explora la inflexió que, des del març del 2020, s'ha produït tant a la cultura sanitària com a les folkmedicines locals a Catalunya. Inclou una discussió conceptual sobre què volen dir conceptes com «cultura sanitària» global, «folkmedicina» i «autoatenció», així com la seva relació respectiva amb la medicalització i el procés de medicalització. La cultura sanitària catalana, és a dir, els trets culturals generals relatius a la salut, la malaltia i l'atenció comparats per la població, són un producte del procés de medicalització i estan en relació directa amb el dispositiu sanitari essent la conseqüència del seu desplegament i evolució. La cultura sanitària es caracteritzava, abans del 2020, per l'hegemonia de «l'hospitalocentrisme» que implicava la subalternitat de la resta de dispositius; per una cultura específica relativa a les urgències; per la indiferència cap a la salut col·lectiva i, per tant, per una individualització de la salut; i per una forta medicalització de les folkmedicines, representades per l'automedicació i el consum de productes destinats a la cura del cos. La distribució territorial dels dispositius sanitaris és clau per entendre la diversitat local de la folkmedicina.

La crisi pandèmica, des del març del 2020, ha sotragat profundament el dispositiu sanitari i ha provocat canvis en la cultura sanitària i en les folkmedicines, les quals s'han hagut d'adaptar als canvis organitzacionals del conjunt del dispositiu, com per exemple al tancament dels centres d'assistència primària (CAP), dels consultoris locals, i a la proliferació de la consulta telefònica. Aquests canvis es descriuen en quatre seccions: una primera relativa als hospitals i a les urgències; una segona centrada en l'atenció primària; la tercera tracta el paper de les «bombolles» en relació amb l'autoatenció i el seu paper en la reconstrucció de xarxes de participació ciutadana de base, així com la seva condició de «vacca cultural», i una darrera que aborda el problema de la crisi de les polítiques de salut pública, descrites com una forma de «vacca social», i que també apunta el debat sobre la recuperació de les polítiques socialdemòcrates i una mirada nova sobre la participació social en salut.

Este artículo explora la inflexión que, desde marzo de 2020, se ha producido tanto en la «cultura sanitaria» como en las folkmedicinas locales en Cataluña. Incluye una discusión conceptual sobre qué significan los conceptos de «cultura sanitaria global», «folkmedicina» y «autoatención», así como su relación respectiva con la medicalización y el proceso de medicalización. La cultura sanitaria catalana, es decir, los rasgos culturales generales compartidos por la población, son producto del proceso de medicalización y están en directa relación con el despliegue y la evolución del dispositivo sanitario. La cultura sanitaria se caracterizaba, antes de 2020, por su «hospitalocentrismo» que implicaba la subalternidad del resto de los dispositivos; por una cultura específica relativa a las urgencias; por la indiferencia hacia la salud colectiva y, por tanto, por una individualización de la salud; y por una fuerte medicalización de las folkmedicinas, representadas por la automedicación y el consumo de productos destinados al cuidado del cuerpo. La distribución territorial del dispositivo sanitario es clave para entender la diversidad local de la folkmedicina.

La crisis pandémica, desde marzo-abril de 2020, ha sacudido profundamente el dispositivo sanitario y ha provocado cambios en la cultura sanitaria y en las folkmedicinas, las cuales han tenido que adaptarse a los cambios organizacionales del conjunto del dispositivo, como por ejemplo el cierre de los centros de asistencia primaria (CAP) o de los consultorios locales y la proliferación de la consulta telefónica. Estos cambios se han organizado en cuatro secciones para su mejor descripción: una primera relativa a los hospitales y las urgencias; una segunda centrada en la atención primaria; la tercera trata el papel de las «burbujas» en relación a la autoatención y su papel en la reconstrucción de redes de participación ciudadana de base, así como su condición de «vacuna cultural», y una última que aborda el problema de la crisis de las políticas de salud pública, descritas como una forma de «vacuna social», y que también apunta al debate sobre la recuperación de las políticas socialdemócratas y a una nueva mirada sobre la participación social en salud.

This paper explores the turnaround that, since March 2020, has taken place in both health culture and local folk medicine in Catalonia. It includes a conceptual discussion, at the outset, about what the concepts of global 'health culture', 'folk medicine' and 'auto-atención' mean, as well as their relationship with 'medicalisation' and the 'medicalisation process'. Catalan health culture, i.e. the general cultural features shared by the population, are a product of a 'medicalization process' and are related to the deployment and evolution of the health system. The health culture was characterized, before 2020, by 'hospitalocentrism' which implied the subalternity of the rest of the facilities; a specific culture related to the demand of emergencies; by the indifference in relation to collective health and, therefore, by an individualization of health. Finally, by a strong medicalization of folk medicine, represented by self-medication and the consumption of products intended for the care of the body. The territorial distribution of the device is key to understanding the local diversity of folk medicine.

The pandemic crisis, since March-April 2020, has profoundly affected the health system and has led to changes in health culture and folk medicine. Both have had to adapt to the organizational changes of the whole device, such as example the closure of Primary Care Centers (CAP) or local offices and the proliferation of telephone consultation. These changes have been organized into four sections for better description: a first on hospitals and emergencies; a second focused on primary health care; the third on the role of "bubbles" as a 'cultural vaccine', on their role in the reconstruction of grassroots citizen participation networks, as well as their status. The last one that addresses the problem of the crisis of public health policies, described as a form of 'social vaccine', and that also points to the debate on the recovery of social democratic policies and a new look at social participation in health.

Medicalitzar-les era un dels objectius de la literatura mèdica de popularització (Coste, 2002; Fissell, 1992; Perdiguero, 1992; Porter, 1992), ja que eren concebudes com a «tresors» de pràctiques descrites com «medicina domèstica» (Buchan, 1785). Un terme que, traduït a l'alemany com *Volksmedizin* (Heidenreich, 1826), va derivar en la *folk-medicine* anglesa i de les llengües nòrdiques. En les llengües llatines va derivar en «medicina popular o tradicional», o «folklore mèdic» (Comelles i Digiacomio, 2018; Comelles, 2016). Aquest terme identificava només allò específic de les pràctiques locals, però no la cultura sanitària influïda pels paradigmes de la medicina tècnica. Al segle xx, els antropòlegs van desenvolupar conceptes com «medicina primitiva», «medicina prehistòrica» (Ackerknecht, 1985), «etnomedicina» o «sistema mèdic» (Rubel i Hass, 1990). Tots aquests conceptes etiquetaven *patterns of culture* (Benedict, 1971), com la «medicina popular siciliana» (Pitrè, 1896), la «gallega» (Lis Quibén, 1949), la «catalana» (Amades,

1980) o la de qualsevol altra ètnia (Mallart Guimerà, 2008). Els seus autors al·ludien al paper dels «catecismes sanitaris» en la construcció d'aquests cossos de coneixements locals. Molts d'ells, metges rurals i colonials, els volien sistematitzar per medicalitzar-los i aquest va ser un dels motius de l'escriptura de topografies mèdiques i d'altres gèneres semblants (Comelles, 2000b); altres, com els folkloristes, en volien preservar la condició de signes d'identitat local (Comelles i Digiacomio, 2018). L'anàlisi dels «catecismes sanitaris» quedava al marge, ja que era el producte de la «ciència».

L'assumpció de la medicina com un producte cultural va conduir a relativitzar-ne el paper en la configuració de la cultura sanitària «profana» i a desenvolupar el concepte, d'influència relativista, de «pluralisme assistencial» per descriure i articular el conjunt de recursos disponibles a escala local.³ D'aquí en deriva, en certa manera, el concepte «d'autoatenció», destinat a descriure, des

3

Vegeu Perdiguero-Gil, Enrique i Carolyn Schmitz (2021) <<https://sabersenaccio.iec.cat/es/la-pluralidad-asistencial/>> (cons. 16.06.2021).



de la base, el conjunt de pràctiques i creences col·lectives dels grups primaris en l'entorn dels recursos assistencials locals, els quals són considerats un primer nivell d'atenció universal (Menéndez, 1991; 2020), ja que és on es decideix què cal fer en les crisis a partir de criteris culturals «d'assistibilitat» (Comelles, 1997) i, per tant, formen part d'un dispositiu de seguretat col·lectiva. La mirada etnogràfica sobre l'autoatenció permet abordar la seva enorme diversitat (Haro Encinas, 2000) i, aplicant-la a les folkmedicines d'Occident, la incorporació dels catecismes sanitaris, de l'automedicació basada en medicaments industrials (Comelles, 1992; Menéndez, 1991; Romani i Comelles, 1991; Egbe, Alegre Agis, i Comelles, 2017), la seva extensió al consum d'infinits productes relacionats amb la salut (Egbe *et al.*, 2017), el nou significat dels guaridors tradicionals (Ricció, 2020), el de les medicines alternatives, integratives o complementàries (Perdigüero, 2009), el del *New Age* (Prat Caros, 2012), i les lectures locals del significat dels dispositius: hospitals, atenció primària, vaccins, etc.

Des del 1945, el «catecisme sanitari» va esdevenir global gràcies a l'Organització Mundial de la Salut (OMS) (Cueto, Brown i Fee, 2011) i les seves agències regionals (Cueto, 2004). Aquestes van afavorir un discurs relativista sobre la diversitat social i cultural i van incidir en noves estratègies d'acció col·lectiva basades en la promoció i l'educació per a la salut (Comelles, Ricció i Perdigüero-Gil, 2014; Comelles, Ricció, Terrón Bañuelos i Perdigüero-Gil, 2017) i en canvis en els objectius de l'educació formal (Terrón Bañuelos, Comelles i Perdigüero-Gil, 2017). Gràcies a aquests fets, l'OMS va donar suport al paper de les ciències socials aplicades a la salut (Caudill, 1953; Paul, 1955; Seppilli, 1955, 1959). Malgrat les crítiques que van rebre aquestes estratègies (Morgan, 1990), són fonamentals per comprendre els processos de medicalització locals del darrer mig segle.

«Medicalització» i «psiquiatriçació» (F. Castel, Castel i Lovell, 1979) van ser concep-

tes que van eixir, als anys seixanta del segle passat, de les ciències socials. Etiquetaven el paper dels discursos i de les pràctiques mèdiques en el control social i polític (Foucault, 1991) i la seva influència cultural. Dels debats resultants n'eixiria també el concepte de «biopolítica» (Foucault, 2004). A l'inici, la «medicalització» tenia connotacions negatives (Illich, 1975). L'anàlisi historiogràfica i els estudis postcolonials, influïts per Gramsci (1975) i Fanon (1952) amb una perspectiva de *longue durée* menys presentista, han permès una aproximació més precisa als processos transaccionals de resistència i resignificació que documenten unes folkmedicines cada cop més medicalitzades.

A Occident, la crisi del *Welfare State*, basat en la utopia de l'atenció absoluta a qualsevol mal, ha exigít reconsiderar també quins eren els seus límits. Foucault (1991b) i Castel (1984) reconeixien que no podrien respondre a una demanda que desbordava la cartera de serveis prevista en la seva reivindicació fundacional (Sigerist, 1984). F. Castel *et al.*, (1979), en el seu estudi sobre el mercat de salut privat nord-americà, revelaven l'enorme desenvolupament d'una cultura basada en la gestió del malestar individual que permetia l'expansió infinita d'un mercat de serveis de salut.

A Europa, el desbordament de la demanda mèdica als sistemes d'assegurança mèdica públics donaria lloc al seu racionament per assegurar la seva sostenibilitat i la prioritització de la gestió de les «malalties» sobre la de la «salut». ⁴ Malgrat que l'OMS va sostenir, fins a la dècada dels noranta, un discurs sobre la importància de la salut col·lectiva (Comelles, 2000a), la tendència a Occident ha estat revertir sobre els particulars la seva prevenció i cura des d'una perspectiva individual per limitar l'esforç pressupostari en salut pública. L'eficàcia dels programes de vacunacions infantils i la «resolutivitat» del dispositiu sanitari feien inimaginable un risc de pandèmia, excepte en la ficció (Comelles i Perdigüero-Gil, 2017; Tabernero Holgado i Perdigüero-Gil, 2011). Malgrat que algunes crisis

4

La crisi del *Welfare State* ha incrementat les desigualtats socials i explicaria els orígens de la desafiliació en relació amb la política (Castel, 1995) i el creixement dels filofeixismes populistes.

epidèmiques, sobretot la de la grip H1A1 de 2009 (*Pandemic influenza preparedness* ..., 2009; Cohen i Carter, 2010; Menéndez, 2010), havien advertit dels riscos potencials, no hi havia cap mena de consciència global del risc (Abraham, 2011) més enllà d'algunes advertències. Per això la pandèmia ha agafat per sorpresa el món amb un dispositiu de salut pública insuficient sota la tutela d'una OMS sense capacitat executiva.

Les dues pandèmies globals més importants, la pesta negra de 1348-1359 i la grip espanyola de 1918-1919 són esdeveniments avui massa llunyans (Campos, Perdiguero-Gil i Bueno, 2020) per ser referents. La primera va afavorir i accelerar una reorganització del dispositiu d'assistència (Risse, 1999), canvis en el seu significat cultural (Cuadrada, 2012) i va assentar en bases fermes el procés de medicalització (Barceló-Prats i Comelles, 2018; Barceló Prats, 2017; Comelles, 2013). Amb els primers reglaments per lluitar contra la pesta (Agramont 1998; Alcanyís, 1999) es van desenvolupar polítiques locals (Foucault, 1985), es van fundar institucions locals, com la barcelonina Vuitena del Morbo (Betrán, 1996), o es van construir llatzerets per fer-hi quarantenes (Bonastra, 2010) i es va desenvolupar la recerca sistemàtica sobre la història i la geografia de la distribució de les epidèmies (Finke, 1795; Hirsch, 1860).

Al segle XIX, la «higiene privada i pública» (Monlau, 1862, 1864) es va associar al desenvolupament de la «medicina social» (Rosen, 1972; 1985), també a Espanya (Rodríguez Ocaña, 1987), com una eina per impulsar polítiques de sanejament i prevenció d'epidèmies. Són coetànies de la legitimació de la professió mèdica (Freidson, 1978) sota un model que esdevindria hegemònic dins l'estat modern (Menéndez, 2005). Va conduir a l'*embodiment* pels ciutadans de la seva «eficàcia pragmàtica» i d'un model biologicista d'explicació causal de la malaltia que racionalitzava les polítiques higièniques i sanitàries i va ser clau en el procés de medicalització i en la seva incorporació als catecismes i a les

cultures sanitàries dels estats moderns. Va donar lloc a una representació cultural d'un metge «apòstol de la ciència» (Comelles, 1998) inscrit en un model mercantilista de relació amb els pacients, que va afavorir el desenvolupament de les assegurances mèdiques (Vilar Rodríguez i Pons Pons, 2011; Pons Pons i Silvestre Rodríguez, 2011) i va subalternitzar els altres recursos assistencials. Va canviar, lentament, els trets bàsics de la cultura sanitària global i el significat de l'hospital esdevingut un establiment diagnòstic i terapèutic on es desenvolupava la formació mèdica (Bonner, 1996) i la recerca experimental (Risse, 1999).

La grip espanyola de 1918, la segona pandèmia global, va tenir lloc en aquest context en un temps de forta reivindicació de les assegurances de malaltia (Sigerist, 1984), que va conduir a la seva generalització a Europa, i també a Espanya (Pons Pons i Vilar Rodríguez, 2014) a partir del 1944, a canvis en el model hospitalari (Risse, 1999) i va afavorir la coordinació de la sanitat internacional a través, primer, de la Societat de Nacions (SDN) i, des del 1948, de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) (Cueto *et al.*, 2011). Des del 1945, l'ampliació de la cobertura de les assegurances de malaltia públiques i privades va permetre que amplíssims sectors de la ciutadania poguessin accedir als nous avenços tecnològics de la medicina, amb els antibiòtics com a referents (Comelles, 2004; Herzlich i Pierret, 1984, 1985), a les noves especialitats mèdiques i al nou model d'hospital terapèutic (Risse, 1999). La seva conseqüència va ser la transició entre la figura del metge general tradicional cap a una nova pràctica clínica, atomitzada en mans d'especialistes i, més endavant, en mans d'equips diagnòstics complexos en els hospitals. Tot això va configurar noves cultures sanitàries que tenien el suport de l'acció política als Estats i els mitjans audiovisuals i que les divulgaven (Comelles i Brigidi, 2016; Tabernero Holgado i Perdiguero-Gil, 2011) que s'han anat modelant fins al desembre del 2019.

L'esclafit

A Catalunya, la pandèmia va esclatar el 12 de març del 2020 a l'hospital d'Igualada (Guerro Vall, 2021), malgrat algunes advertències prèvies (Amat *et al.* 2020). Dos mesos abans, tot i les notícies que arribaven de la Xina i Itàlia, un informe del CatSalut (2019) sobre la planificació d'urgències encara no en feia cap mena d'esment.

La paradoxa de l'hospitalocentrisme

El febrer del 2020, la Conselleria de Salut va publicar un balanç de la planificació sanitària catalana, des del 1991, destinat a l'OMS (Generalitat de Catalunya, 2020). Els seus orígens es remuntaven a la Mancomunitat de Catalunya (1914-1924), a la Generalitat Republicana (1934-1938) i als debats sobre la reforma sanitària desenvolupats des del 1955.⁵ En el seu moment, el conjunt d'aquesta planificació va influir en la cultura sanitària del país i en les propostes

de reforma des del tardofranquisme (Barceló-Prats i Comelles, 2020; Barceló-Prats, Comelles i Perdiguero-Gil, 2019). Els plans posteriors a 1991 s'inscriuen en les directrius de la Ley General de Sanidad (LGS) del 1986 (Generalitat de Catalunya, 2020:16), tot i que reconeixen una genealogia anterior. El balanç esmentat presenta una imatge positiva de la qualitat del dispositiu en la línia de les narratives polítiques i dels mitjans.⁶ A Catalunya, aquest consens ve afavorit per l'amplitud dels recursos públics i privats, pel fort desenvolupament del mercat mèdic, per una medicalització transversal i per una intensa promoció comunicativa de la recerca biomèdica popularitzada, des del 1992, per la Marató de TV3,⁷ que n'ha esdevingut una font important del finançament (Alcorta Vallejos, Saul Gordo, Mallou Cea i Llobera Serentill, 2021; Domenech Baldó, Joye i Maesele, 2012). El document esmentat (Generalitat de Catalunya, 2020) reforça el biologicisme, el coneixement de certes

5

Vegeu (Barceló-Prats i Comelles, 2020; Barceló-Prats, Comelles i Perdiguero-Gil, 2019; Perdiguero-Gil i Comelles, 2019a, 2019b).

6

Vegeu els informes anuals SESPAS <<https://sespas.es/informes/>> (cons. 21.06.2021).

7

<<https://www.ccma.cat/tv3/marato/>> (cons 21.06.2021)



Sala d'un gran hospital, com a metàfora representativa de l'hospitalocentrisme. PIXABAY.COM

malalties i el medicocentrisme del dispositiu i no conté, el febrer del 2020, cap referència a la Covid-19.

El 2017, el Ministerio de Sanidad⁸ assenyala que el 60% del finançament sanitari públic anava als hospitals, un 15% a l'atenció primària i la resta a la despesa farmacèutica (entorn del 30%) i a la salut pública, inclosa la compra dels vaccins. Descriu un dispositiu hospitalocèntric, la subalternitat de l'atenció primària i la marginació de la salut pública, la qual semblava gairebé un ideal (Freixa *et al.*, 2020:7), malgrat les advertències sobre la necessitat d'augmentar-ne les dotacions de personal, en particular a l'atenció primària. Gairebé ningú posava en qüestió el finançament pervers de la sanitat a l'Estat espanyol (López-Casasnovas i Rico, 2003; Vilar-Rodríguez i Pons-Pons, 2018b), tot esperant que els dèficits generats per la Covid-19 es puguin cobrir amb fons europeus.

Catalunya disposava, el 2018, de 3,5 llits hospitalaris per cada 100.000 habitants, la taxa més alta a l'Estat (Fernández Pérez, 2021, p. 217). Al *Catálogo Nacional de Hospitales* (2018) hi consten 212 institucions amb 34.343 llits, dels quals 158 són hospitals generals amb una distribució comarcalitzada (Barceló-Prats i Comelles, 2020). Hi ha una afiliació mutualista important per l'atenció quirúrgica i maternal en hospitals privats (Pons-Pons i Vilar-Rodríguez, 2017; 2011; Rodríguez-Ocaña, 1990; Vilar-Rodríguez i Pons-Pons, 2018) i un mercat sanitari privat ben desenvolupat des del segle XIX (Barceló-Prats i Comelles, 2020; Comelles, 1988; Zarzoso, 2021). La genealogia de la cultura sanitària a Catalunya és el fruit d'un llarguissim procés de medicalització iniciat a cavall entre els segles XIII i XIV (Ferragud, 2021) i està vinculat al mercantilisme, a l'evolució cap a l'economia capitalista des del segle XVIII (Zarzoso, 2021a) i a canvis socials derivats que van suposar una resignificació dels hospitals (Barceló-Prats i Comelles, 2018, 2020), la unicitat territorial dels metges⁹ i la seva especialització, el desenvolupament de

la indústria farmacèutica (Rodríguez Nozal, 2000) i, per la nacionalització del dispositiu el 1936 degut a causa de les estratègies de planificació hospitalària per donar resposta a les necessitats produïdes per la Guerra Civil, inclòs el desenvolupament de la infermeria titulada (Hervàs i Puyal, 2004), a la que seguirien, ja durant el tardofranquisme, la major part de la resta de professions sanitàries.

El Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), fundat l'any 1942 i posat en funcionament el 1944, va fer que Catalunya, pel pes del sector industrial i comercial, fos la regió amb més afiliats de l'Estat. El SOE concertava l'atenció quirúrgica i maternal amb la xarxa local d'hospitals. Tanmateix, les primeres *residències* del SOE a Catalunya no es van inaugurar fins al 1955-1957 (Barceló-Prats i Comelles, 2020) i la de Tarragona el 1967 (Allué, 2011). Prèviament, però, l'hospital ja era un referent en la cultura sanitària local, malgrat que algunes comarques no en van disposar fins a la Transició (Barceló-Prats i Comelles, 2020).

Des del 1955, el Col·legi de Metges de Barcelona (COMB) va impulsar els estudis hospitalaris per afrontar la reforma d'unes institucions descapitalitzades durant el primer franquisme i que havien de respondre a una demanda assistencial creixent. Els efectes d'aquesta tasca van trigar, per raons pressupostàries, ideològiques i polítiques (Barceló-Prats i Comelles, 2020), però el 1969 es va fer públic un primer informe sobre la planificació hospitalària catalana (Aragó Mitjans, Artigas Candela, Muntaner Pascual, Soler Durall i Goday Prats, 1970).

A finals dels anys seixanta també es va reformar l'Hospital de Sant Pau, un procés conegut amb el nom de «jerarquització» que suposava reorganitzar els serveis mèdics interns i establir-ne la plantilla. Va comportar la creació del primer servei d'urgències i de la primera unitat coronària (Comelles, Alegre Agís i Barceló Prats, 2017), mentre a l'Hospital del Mar de Barcelona s'inaugura-

8

<<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/home.htm>> (cons. 28.06.2021)

9

Comelles, Alemany i Francès (2013); Puigvert (1995); Zarzoso, 2006; Comelles, Perdigueró-Gil, Bueno i Barceló-Prats (2020).



Aplaudiments davant de l'hospital Clínic de Barcelona per part dels vianants, veïns i part del personal sanitari, durant les primeres setmanes de la pandèmia de la Covid-19. 29 de març de 2020.

RAFEL FOLCH MONCLÚS

rava la primera Unitat de Cures Intensives (UCI) (Pallares Martí, 2003). Va seguir la de la resta de grans hospitals (Reventós, Garcia i Piqué, 1990), àmpliament difosa pels mitjans (Comelles, Alegre-Agis i Barceló Prats, 2017).

La *Ley de Bases* de 1963 i la *Ley de Seguridad Social* de 1967 (González Madrid i Ortiz Heras, 2018) obrien les portes a l'hospitalització de la patologia no quirúrgica i a una reforma de les urgències urbanes domiciliàries. Als *ambulatorios* de ciutats de menys de 100.000 habitants els metges i practicants del *Servicio ordinario de urgencias* atendien urgències de cinc de la tarda a nou del matí. A les ciutats més grans «feia els domicilis» el *Servicio Especial de Urgencias* amb furgonetes. Als pobles les atendien els metges *titulares* o d'APD (Comelles, Perdiguero-Gil, Bueno i Barceló-Prats, 2020). En casos severes, els metges derivaven els pacients als hospitals, la qual cosa va esdevenir una experiència nova per als malalts i els seus grups primaris, més enllà de l'anterior amb la cirurgia o els parts.

La reforma dels grans hospitals es va incorporar a l'agenda reivindicativa dels moviments

socials (Vila-Gimeno, 2021), els quals reclamaven «hospitals de barri» per atendre el que fins aleshores eren considerades «zones zero» per l'absència total de recursos assistencials (Barceló-Prats i Comelles, 2020; Calafell, 1957). En un document fet públic el 1976 (Coordinadora de Vocalías de Sanidad, 1976), les associacions de veïns de Barcelona reclamaven una sanitat pública de qualitat i lamentaven les carències que mostraven els serveis d'urgències hospitalaris existents fruit de l'acumulació massiva de les demandes d'atenció. En la seva proposta gairebé no es feia referència a l'atenció primària. Per això, el disseny d'allò que estimaven com el *Servicio básico de urgencias* era, a la pràctica, un servei hospitalari descentralitzat. Aquest document ratifica que l'hospitalocentrisme (Comelles, Alegre-Agis i Barceló-Prats, 2017; Barceló-Prats i Bekele, 2021, Barceló-Prats, 2021) ja havia esdevingut un tret transversal en la cultura sanitària catalana i permet comprendre els fonaments hospitalocèntrics del disseny del primer mapa sanitari (*La sanitat a Catalunya*, 1980), així com de les línies mestres de la planificació posterior, un cop transferides les competències sanitàries a la Generalitat el 1981. Així doncs, es va proposar la

reforma dels hospitals locals que abans de la Guerra Civil ja tenien la consideració de «comarcals» (Barceló-Prats i Comelles, 2020) i la construcció de nous hospitals on no n'hi havia per tal de crear, a grans trets, una distribució de serveis assistencials per comarques o sectors administratius, és a dir, «sectoritzar» també les xarxes de recursos (Bohigas i Pernas, 1983; Bohigas, 1983).

El desenvolupament d'aquesta planificació ha tingut efectes en la cultura sanitària i en les folkmedicines locals. A Catalunya, el 2017¹⁰ hi va haver 4.211.753 estades en hospitals públics i concertats i 774.783 en no concertats, sense comptar els centres sociosanitaris i psiquiàtrics. Es van atendre 3.754.977 urgències als públics i concertats i 1.064.000 als privats, amb una taxa d'admissions per sota del 10%. Cal afegir-hi 150.000 hospitalitzacions a domicili. Un quart de la demanda d'urgències correspon a institucions privades, tot i que només es va traduir en una cinquena part de les estades. Un informe ja esmentat (Generalitat de Catalunya, 2020), reconeix que la demanda d'atenció urgent no hospitalària es limita a la casuística percebuda pels ciutadans com menys severa. Per tant, són els criteris propis de l'autoatenció en relació amb la gravetat dels signes i símptomes els que determinen la demanda, quelcom que ja s'havia indicat, des d'una mirada etnogràfica, en les urgències pediàtriques (Allué, 1998), per la simple raó que els serveis estaven sempre oberts. Segons Allué, un 10% d'aquesta demanda no tenia diagnòstic. Ho interpretava per la necessitat d'obtenir respostes davant la incertesa. No es tractava de decisions individuals, com insisteixen els tècnics (Generalitat de Catalunya, 2020, p. 60 i s.), sinó col·lectives produïdes en el marc de l'autoatenció dels grups de convivència.

Davant les dificultats per controlar més de quatre milions anuals de demandes d'urgències, la Conselleria de Salut va posar en servei un telèfon, inicialment no gratuït, *061 Salut respon*, per intentar fer un primer cribratge orientatiu. El febrer del 2020, encara no

es creia necessari generalitzar-lo de manera immediata (Generalitat de Catalunya, 2020, p. 59). Va haver d'esdevenir gratuït durant la pandèmia, no sense controvèrsies pel seu ús. Feia una dècada que internet ja havia esdevingut, a Catalunya, una font d'informació tant per als professionals com per als ciutadans (Llamero, 2015) i aquest fet tenia influència en la producció de cultura sanitària i, sobretot, en les folkmedicines locals, més encara amb l'ús massiu de les consultes telefòniques durant la pandèmia, al 061 o als CAP.

En la cultura sanitària anterior a la pandèmia s'assumia que el professional que ens atendria en un servei d'urgències era un desconegut. Per aquesta raó, la tria de la institució depenia, sobretot, del valor que les folkmedicines locals i l'autoatenció l'hi atribuïen. En la cultura sanitària, la representació de les institucions juga un paper clau i està influïda pels mitjans, pel documentalisme (Ubeda, 2014) i per la ficció (Comelles i Brigidi, 2014). Tot això fa referència, en general, als grans hospitals, menys als hospitals locals, als CAP o als consultoris locals rurals, en els quals es té més en compte la suma d'experiències viscudes o les narratives de les xarxes socials de l'entorn.

La percepció de la gravetat en el context de l'autoatenció tendeix a prioritzar els serveis d'urgència dels hospitals, amb el suport dels laboratoris, equipaments diagnòstics, quiròfans i UCI. L'expressió «prefereixo anar a l'hospital, perquè m'ho faran tot, encara que sé que m'hauré d'esperar» forma part de la cultura sanitària a la qual s'afegeix l'experiència que hom té d'alguns serveis. És el cas de les Urgències i les UCI, les quals tenen per objecte «estabilitzar» el pacient fins que la terapèutica o la resposta immunitària en permetin la recuperació (Comelles, 2002b). La rotació dels llits i la mortalitat poden ser elevades i com que la mirada externa és limitada, pel fet que l'accés a aquest servei —com també passa en els quiròfans— no és senzill, té una dimensió entre secreta i màgica (Comelles, 2002). Per això, una persona externa no

10

Anuari Estadístic de Catalunya
<<https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&lang=es>>,
cons 21.06.2021).

sempre és conscient de la duresa extraordinària del treball dels equips assistencials en aquests serveis o del que suposa l'atenció a pacients amb coma induït i amb ventilació forçada, la interacció amb els quals és gairebé nul·la. Una UCI és, amb tota seguretat, la institució més «total» (Goffman, 1961) imaginable.

El febrer del 2020, hi havia uns 600 llits a les UCI de 69 hospitals (Generalitat de Catalunya, 2020, p. 64), distribuïts desigualment entre hospitals «comarcals» de nivell I, universitaris de nivell II i els de més complexitat o nivell III, aquests darrers ubicats tots a l'àrea metropolitana de Barcelona. Aquesta realitat permetia atendre una demanda regular coneguda. Una part d'aquestes UCI corresponien a traumatologia o pediatria i la seva ocupació tampoc en feia preveure l'ampliació. La dotació d'EPI en aquests serveis es basava en una demanda d'equips ajustada a les necessitats i ben pautada.

La pandèmia va desbordar-les per la seva contagiositat, l'evolució cap a formes pneumòniques i la manca inicial de protocols terapèutics específics (Chilamakuri i Agarwal, 2021). Malgrat que la mortalitat per Covid-19 a les UCI no era tan elevada (Quah, Li, Phua, i Phua, 2020), excepte en persones molt vulnerables, exigia temps d'estada llargs (*Bi et al.*, 2020) i això les va omplir ràpidament. El 22 de març, a les UCI catalanes ja hi havia més de 600 internats i el 7 d'abril eren 1.526.¹¹ Van haver d'habilitar-se quiròfans, sales de recuperació, UCI pediàtriques i qualsevol altre espai, també sales generals, aturant la cirurgia programada. La crisi va obligar a fer una gran reorganització dels espais hospitalaris,¹² dels professionals,¹³ dels protocols, a bloquejar l'accés de visitants i, en alguns casos, va limitar els contactes entre els professionals i les seves famílies.¹⁴ Tanmateix, des d'una perspectiva etnogràfica, cal distingir cada hospital i, potser, cada sala amb les seves dotacions de personal i també la primera onada de les següents. En els grups primaris o de convivència, l'aïllament dels internats durant setmanes i els problemes

de l'evacuació de cadàvers i de gestió del dol van esdevenir una ruptura sense precedents respecte a abans de la pandèmia.¹⁵

Durant la primera onada era indispensable improvisar a partir del disponible, amb l'experiència professional, amb imaginació, intuïció, sentit comú i assaig-error d'una manera que no podia ser homogènia, sinó localment definida. Cada sala Covid-19 va ser un escenari singular, on la infermeria més experimentada assumia lideratges i mobilitzava els recursos humans disponibles amb una horitzontalitat estamental inevitable, més enllà del fet d'intubar o posar una via.¹⁶ El confinament total els va aïllar encara més i l'hegemonia de la comunicació, a Barcelona, va ignorar la diversitat de les situacions locals de tot el país. Els mitjans van prioritzar les emocions en detriment de la descripció etnogràfica rigorosa del pragmatisme en els serveis,¹⁷ amb els problemes que va suposar incorporar als equips assistencials estudiants, personal en formació o sense experiència, una «quinta del biberó» destinada a afrontar les baixes d'un personal que, infectat, «queia com mosques».

La primera onada va modificar la representació mediàtica dels professionals. Infectòlegs, salubristes, epidemiòlegs i físics eren els narradors del dia a dia als mitjans de comunicació, des d'una perspectiva sempre medicocèntrica i no exempta de contradiccions, ja que invisibilitzaven la resta de professionals (Diviu-Miñarro i Cortiñas-Rovira, 2020). Les narratives privades del personal «subaltern», que treballava en torns de vuit o dotze hores disfressats amb un EPI a vegades improvisat, vivint situacions duríssimes, havent de decidir criteris de supervivència malgrat l'existència de protocols, han estat unes altres.¹⁸ Malgrat la demagògia d'alguns mitjans sobre l'abandonament dels pacients o el triatge dels més crítics, es va ignorar, voluntàriament, que eren un fet quotidià abans de la pandèmia a tots els hospitals i a les cures pal·liatives a domicili o a les residències, però mai amb la magnitud del moment.¹⁹ Intuïtivament, la ciutadania

11

<<https://betveve.cat/societat/corba-coronavirus-catalunya/>> (consulta: 17 de juny 2021). En canvi, en les dues onades posteriors el màxim van ser 731 casos de l'1 de febrer del 2021, un cop duplicat el nombre de llits.

12

Vg. Entre molts d'altres, el documental *Vitals* <<https://es.hboespana.com/series/vitals-una-historia-humana/9fa648e2-c693-48e3-8bf6-cb1a8e9ff651>> (consulta: 17 de juny 2021). També Serena Brigidi a <<https://www.youtube.com/watch?v=qq3NBE21-UY>> i Marta Allue <<https://www.youtube.com/watch?v=RSCTVwWU2kQ>>

13

Vg. (Abad, Flores-Martos i Cipriano-Crespo, 2021; Prat Caballol, 2020; Vicente Rabanaque, Moreno Rubio i Rabanaque Mallén, 2020).

14

Informacions recollides a l'Hospital de Traumatologia, rehabilitació i cremats de la Vall d'Hebron per Marta Allué, <<https://www.youtube.com/watch?v=RSCTVwWU2kQ&t=12s>> (cons. 21.06.2021). S. Brigidi <<https://www.youtube.com/watch?v=gw954CtsOq>>; JM. Comelles, M. Pérez del Pulgar i altres. L'establiment es va convertir en Hospital Covid-19, excepte la unitat de cremats.

15

Entrevistes a Marta Allue <<https://www.youtube.com/watch?v=RSCTVwWU2kQ&t=12s>> i <<https://www.youtube.com/watch?v=ciBelK6PQTM>> (cons. 21.06.2021).

16

Entrevistes a Serena Brigidi a: <<https://www.youtube.com/watch?v=qq3NBE21-UY>> i Marta Allue <<https://www.youtube.com/watch?v=RSCTVwWU2kQ>> (cons. 21.06.2021)

17

Recuperada en part al documental *Vitals*.

18

S. Brigidi <<https://www.youtube.com/watch?v=gw954CtsOq>> (cons. 21.06.2021).

19

Marta Allue, <<https://www.youtube.com/watch?v=RSCTVwWU2kQ&t=27s>> (cons 21.06.2021) i Rubio Sanchiz (2020).



Canvis en la decoració amb les mesures de distanciament anti Covid-19, a l'Hospital sant Joan de Déu de Barcelona. Maig de 2020. RAFAEL FOLCH MONCLÚS

ho va assumir aplaudint-los a les vuit del vespre (Iniesta, 2020; Tria Parareda, 2020). L'hospital no era ja només una institució terapèutica i diagnòstica, sinó un espai de resistència davant d'una malaltia de la qual ho ignoràvem encara tot. A les altres onades, ja en sabem molt. No cal aplaudir.

En una etnografia sobre l'UCI d'un servei de cremats vaig fixar-me, fa tres dècades, en els metges, les infermeres i les famílies dels pacients. No hi vaig veure ni zeladors ni dones de neteja (Comelles, 2002). Els metges parlaven de «resistir» per donar temps als cirurgians a cobrir les parts cremades amb empelts. Les estades eren llargues i angunioses i pels passadissos els familiars feien interpretacions magicoreligioses i parlaven de miracles que eren compartits pels metges i les infermeres. Alguns pacients se'n «sortien» sense que fos clar per què uns sí i els altres no. Com en la Covid-19. Però ara els pacients que «se'n surten» esdevenien l'objecte de relats. Als mitjans, són *revenus* de la mort que els havia envoltat i les heroïnes són ara dones de la neteja, infermeres, auxiliars, zeladors i logistes. La «missió» de l'hospital és ara també en

mans de subalterns que abans eren invisibles en el nucli dur del model mèdic.

Després de la primera onada el dispositiu hospitalari ha canviat en particular a la sanitat pública en la mesura que la privada va quedar com a reserva. Ha augmentat el nombre de llits, hi ha reserves d'EPI i nous protocols clínics. L'hospitalocentrisme segueix sent un tret fonamental de la nostra cultura sanitària, però ara amb alguns matisos. La Covid-19 n'accelerará certament una revolució tecnològica (Menéndez, 2020), però potser no reforçarà com caldria la visibilitat dels subalterns, des de la infermeria i els auxiliars de clínica fins al personal de neteja i manteniment.

Una atenció primària invisible

La cultura sanitària a Catalunya va incorporar ben aviat una representació del «senyor doctor» derivada del pes històric, ideològic i cultural del mutualisme en la classe obrera i de la pràctica privada entre la menestralia i les classes benestants. Això explica una taxa de doble afiliació (pública i privada) mitjana entre el 25 i el 30% el 2019 que ha

augmentat al 2020, malgrat la universalitat de la cobertura pública.²⁰ Al costat del «senyor doctor» hi havia la representació diferencial del metge de família o del metge rural «heroic» (Comelles, Alemany, i Francès, 2013) i del «metge del *seguro*» (Comelles *et al.*, 2020) convertit ara en un metge de família proletaritzat que treballa als CAP i als consultoris locals, la representació del qual segueix associada al seu paper burocràtic, de prescriptor dels medicaments cofinançats i invisibilitzat per la representació cultural dels CAP i dels consultoris rurals on els metges i la infermeria canvien sovint. Des de la fundació del SOE, els metges a Catalunya van reflexionar críticament sobre el *seguro* (Espriu Castelló, 1950; Comelles *et al.*, 2020) i la socialització de la medicina (Perdigueró-Gil i Bueno Vergara, 2020). Tant si és pel pes històric del mutualisme a Catalunya (Pons-Pons i Vilar-Rodríguez, 2017) com per defensar la supervivència del mercat privat, els metges van proposar alternatives (Rius Mosoll i Espriu, 2004), actuant com un *lobby* corporatiu dins dels límits que permetia la dictadura (Hospital Rodes, 1963). El *lobbysme* col·legial explica el medicocentrisme i l'hospitalocentrisme posteriors, influent en les propostes de reforma (Acarin i Ramis, 1980; Perdigueró-Gil i Comelles, 2019a), en les quals, malgrat les advertències, la infermeria comunitària i la salut pública van continuar romanent en segon pla (De Miguel, 1976).

El dèficit de finançament de la sanitat pública influeix en la cultura sanitària i permet comprendre la doble afiliació esmentada, incloses les classes populars. Les assegurances privades permeten «saltar-se» les llistes d'espera de la pública i pública concertada, oferint habitacions individuals, atenció urgent i domiciliària, accés a una determinada tecnologia i, sobretot, el fet de poder triar el metge. Amb aquesta alta afiliació a les mútues privades,²¹ la Generalitat podia ajustar les inversions en atenció primària, sabent que bona part de la ciutadania no la faria servir mai. Tanmateix, el febrer del 2020, l'Administració catalana reconeixia que l'habitual 15% de la despesa

efectuada a la primària havia de créixer, a mitjà termini, com a mínim fins a un 21% (Generalitat de Catalunya, 2020). L'abril del 2020 ja era cosa de curt termini. El juny del 2021, les organitzacions professionals i els sindicats reclamen un 26% d'increment pressupostari.

El dispositiu públic d'atenció primària és medicocèntric.²² A les àrees bàsiques de salut de comarques és impossible «triar» metge i la mobilitat dels facultatius pot dificultar una relació continuada amb els pacients. La infermeria, subalternada i mal dotada en mitjans, és una paradoxa en una societat envellida necessitada de *long-term care* i de suport domiciliari (Deusdad, 2020). Un informe sobre l'atenció primària als països nòrdics (Larsen, Klausen i Højgaard, 2020) en temps de Covid-19 descriu uns dispositius atesos des d'una perspectiva multidisciplinària que s'adaptin a la diversitat geogràfica, social, cultural i també a la derivada de la pandèmia. Contrasta amb l'informe (Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, 2020) d'una comissió d'anàlisi amb majoria de metges, en què no estan representades les ciències sociosanitàries i, només marginalment, la resta de professions sanitàries. El model nòrdic (Larsen *et al.*, 2020) també està basat en metges —privats o concertats en alguns casos—, però sobretot en els professionals d'infermeria, fisioterapeutes, treballadors socials o terapeutes ocupacionals amb un fort suport a l'atenció domiciliària. Expliquen el paper dels metges com a *gatekeepers* indispensables per orientar els pacients pels viarans complexos dels dispositius actuals i ratifiquen la importància de desenvolupar l'*eHealth*, que ja havia estat prèviament objecte de debat (Moorhead S, Hazlett D, Harrison L, Carroll J, Irwin A, 2013), així com d'internet (Costa Sánchez, 2012; Ibáñez Avila, 2015; Llamero, 2015).²³ L'informe de Larsen *et al.*, (2020) descriu la situació diferent viscuda a zones metropolitanes respecte de la resta de població, normalment dispersa pel territori, un panorama no massa allunyat de moltes comarques de la Catalunya no metropolitana. Per això, bona part dels indicadors

20

Enquesta de Salut de Catalunya (anuals) <https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/resultats_enquesta_salut_catalunya/> (cons 25.06.2021).

21

(Barceló-Prats i Comelles, 2020) i <<https://desdeelmargendelmargen.wordpress.com/2020/06/06/la-plaga-x-donde-y-que-privatizaciones-de-la-sanidad/>> (cons 26.06.2021).

22

Sobre medicina de família vg. Fajardo Alcántara, 2007, sobre Europa, Comino Krane i Regife Gracia, (2016), i Larsen *et al.* (2020).

23

A Catalunya el 061 *Salut respon* va obrir el camí al consell telefònic que podia ampliar-se (Generalitat de Catalunya, 2020). Vegeu també a Catalunya les propostes del programa SOCATTEL que van en la mateixa línia (Deusdad, 2020; Deusdad i Riccò, 2018) eixides de les ciències socials.

de la Covid-19 a Catalunya²⁴ han posat en relleu que, a la Catalunya de comarques i malgrat brots puntuals, el risc de contagi ha estat, generalment, més baix que a les regions metropolitanes. Tanmateix, ha plantejat la necessitat d'incrementar les hospitalitzacions domiciliàries i l'aïllament per Covid-19 amb el suport a l'atenció d'una població envellida que no es podia traslladar a l'hospital.

En municipis amb menys de 5.000 habitants, l'atenció sanitària l'asseguren els consultoris locals «rurals». A Creixell (Tarragonès), amb 4.000 habitants, un miler de no empadronats i puntes estiuenques que en tripliquen la població, el consultori obre de dilluns a divendres fins a les dues del migdia. Només dues metgesses de família (una a temps parcial) i dues infermeres dispensen l'atenció quotidiana, les vacunacions o el seguiment dels pacients de *long term care*. Per a l'atenció pediàtrica i la salut reproductiva cal anar a Torredembarra, per parir s'ha d'anar a Tarragona o al Vendrell i per rebre

atenció especialitzada s'ha d'anar als hospitals de Reus, Tarragona o Barcelona. Excepte per urgències vitals, alguns pacients han de desplaçar-se a Barcelona amb regularitat, bé amb transport sanitari públic –molt deficient– o cotxe particular. Als hospitals de Tarragona, el temps mitjà d'espera per una urgència oscil·la entre les dues i les cinc hores, un cop admesos els pacients pel triatge previ. Per a les visites quotidianes també és possible demanar cita programada al consultori local. A Creixell, quan és ordinària, sovint, et citen una setmana més tard; si és «urgent» poden atendre cada dia feiner de 12 a 14 hores. Fora d'aquesta franja horària, cal anar al CAP de Torredembarra o als hospitals tarragonins. El març del 2020, els consultoris locals van tancar i l'accés al CAP va quedar restringit a potencials pacients de Covid-19. La resta havia de telefonar.

El març del 2020, la primària no tenia visibilitat als mitjans. Només els hospitals. Des dels *social media*, tècnics i professionals

24

http://governobert.gencat.cat/ca/dades_obertes/dades-obertes-Covid-19/ (cons. 28.06.2021).



La vacunació massiva a tota la població ha estat una de les mesures principals per part del sistema sanitari per lluitar contra la crisi de la Covid-19. PIXABAY.COM

advertíem sobre el paper fonamental de la primària en la detecció de casos i el cribratge. Però sense tests disponibles (març-abril del 2020), tots els diagnòstics eren clínics. En els casos lleus, els pacients es confinaven a casa amb suport telefònic o domiciliari. Per atendre un possible «positiu» calia dur EPI, fet que provocava alarma en els veïnats.

En la segona setmana de març del 2020, tota la demanda va esdevenir telefònica en uns col·lectius acostumats a la relació cara a cara, amb *gap* de caràcter educacional, per persones dependents que requerien un acompanyant per raons purament logístiques o, simplement, per assegurar que les prescripcions o els consells mèdics es duguessin a la pràctica. Si qui retornava la trucada era el metge de família habitual, la relació era fàcil, però les trucades no es feien sempre en els horaris habituals de consulta i moltes demandes havien de passar, prèviament, pel triatge del telefonista i el d'una infermera i podia atendre-les un metge desconegut. Recursos com el correu electrònic o *whatsapp* no han tingut recorregut més que en casos especials.

Acostumar-se a la consulta telefònica no és fàcil (Silva i Pacahuala, 2021; Pou, Garrayre, Ferrer Moret *et al.*, 2021). Sense la Covid-19 hauria estat un procés de canvi a mitjà termini, més difícil en el cas de la demanda infantil i de persones dependents i més fàcil en «pacients experts» (Allué, 2013; Jovell i Roig, 2001). Ja ho hem pogut observar. El telèfon «fix» o el mòbil topen amb el *gap* tecnològic en moltes cohorts d'edat. Hi ha gent de més de 90 anys que no fa servir el mòbil ni tampoc les targetes de crèdit i els caixers dels bancs. En molts casos, a aquest *gap* s'associa una cultura sanitària basada en el valor ritual de la relació cara a cara amb el metge o la infermera i en el paper simbòlic de l'exploració física (Comelles, 1993). Malgrat que la Covid-19 ha accelerat l'ús de la videoconferència o l'enviament d'imatges amb el telèfon mòbil, aquests usos són encara excepcionals, goso a dir gairebé experimentals, en mans de pacients

experts i de metges o infermeres que els reconeixen com a tals.

La crisi del dispositiu d'atenció primària ha estat profunda. La limitació dels seus recursos humans ha dut a prioritzar el diagnòstic i el rastreig de la Covid-19 i ha deixat en un segon pla l'atenció convencional. Les queixes han sovintejat. Alguns consultoris locals, com a Creixell, han trigat mesos a reobrir. Potser això explica el creixement de la doble afiliació durant el 2020²⁵ o les decisions d'evitar sobrecarregar el sistema amb demandes per malalties lleus que ja tenen informació a internet. Són canvis significatius en la cultura i l'organització sanitària, probablement, irreversibles. Tant com el retorn indispensable a la visita domiciliària o a la supervisió rigorosa de les residències de gent gran.

Les bombolles com a «vaccí cultural»

La pandèmia ha posat en relleu el valor de l'autoatenció, invisible als mitjans, en el control de la pandèmia, tant abans com després de les vacunacions massives. Malgrat l'*ordenament* i *mando* de les autoritats, l'autoatenció en les «bombolles» —un nou concepte que cal tenir en compte inscrit en la nova cultura sanitària— ha estat clau per a la prevenció del contagi a escala microsòcial. En termes clàssics de la teoria de *social networks*, les bombolles es descriuen com *cliques*, xarxes socials en les quals tots els individus estan connectats (Boissevain, 1974). Les bombolles són el «vaccí cultural»,²⁶ no ho són els individus singulars, puix que cada bombolla és un espai d'interacció decisiu per la coproducció de coneixements i pràctiques de prevenció que condiciona les pràctiques de cadascun dels seus membres. Les bombolles inclouen una enorme diversitat de situacions, des de la família nuclear clàssica fins a tota la resta de formes de convivència. Algunes residències sociosanitàries van esdevenir bombolles per garantir la seguretat dels interns i del personal. Entre aquestes han construït xarxes i un *cluster* virtual o de relacions físiques, les quals s'han retroalimentat amb videoconferències, *social media* i, després de l'alarma,

25

Enquesta de Salut de Catalunya 2019-2021 <https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/resultats_enquesta_salut_catalunya/> (cons. 25.06.2021).

26

Comelles, JM. (2020) *Nosotros, la vacuna* <<https://desdeel-margendelmargen.wordpress.com/2020/05/12/la-plaga-viii-nosotros-la-vacuna/>> També Nacho Suárez Lozano <<https://www.facebook.com/nacho.s.lozano>> (cons. 26.06.2021).

amb reunions a partir de criteris diversos com és el cas dels retrobaments intergeneracionals. Les bombolles han incorporat, amb infinitat de lectures locals, els consells dels catecismes sanitaris representats per anuncis, *tweets*, consells audiovisuals o intervencions als mitjans generalistes: rentar-se les mans, isolar-se, netejar, ventilar i eixir de casa amb mascareta i guants, establir protocols a l'hora d'entrar i sortir de casa, minimitzar els riscos i així *ad infinitum*. El catecisme sanitari ha legitimat, no sense contradiccions (Menéndez, 2020a), el que ja formava part de les folkmedicines, però s'havia anat perdent —ventilar, per exemple— i només romanien en la memòria dels més grans. Com a les sales d'hospital o als serveis d'atenció primària, cada *clúster* de bombolles ha improvisat amb els recursos disponibles, ha construït coneixement, ha desenvolupat protocols o ha posat en pràctica solucions que han anat incorporant per vies molt diverses.

No sabem quant de temps la pandèmia continuarà essent encara omnipresent. El risc de noves onades o d'una altra pandèmia²⁷ està produint canvis profunds en la nova cultura sanitària i, de retruc, canvis dinàmics en les folkmedicines a partir del paper de les bombolles com a productores de coneixement, que també pot incloure formes de resistència com s'escau amb els moviments antivacunes. En aquesta nova cultura sanitària, l'hospitalocentrisme mantindrà la seva hegemonia (Menéndez, 2020b), però segurament els criteris de la demanda d'urgències canviaran, els dispositius d'atenció primària i vigilància epidemiològica en sortiran reforçats i els seus significats també. Són canvis de dalt a baix. El principal canvi, però, no serà directament perceptible: es tracta d'un canvi de baix —des de les bombolles— cap a dalt i té a veure amb el procés gegantí de producció de coneixement local que s'ha anat produint durant el darrer any i mig. Un procés de coproducció de coneixements i de desenvolupament d'eines de participació col·lectiva i comunitària de base que feia anys eren inexistents per l'absència de canals de participació formals, però també caracteritzat per la producció de

resistències. També perquè a Catalunya, els municipis petits no tenen ni competències en matèria sanitària ni recursos assistencials. A Creixell es va crear espontàniament una xarxa de *whatsapp*, *consultes Covid-19*, l'abril del 2021, la qual té un centenar d'inscrits. En aquestes eines de participació i teràpia grupal *sui generis* ha circulat informació, s'han contestat dubtes, s'han reforçat conductes, hem après un munt de coses i s'han desmuntat les *fake news* dels mitjans (Elías i Catalan-Matamoros, 2020), els difosos via internet (Villa Gracia i Cerdán Martínez, 2020), o els derivats de la propaganda (Grau-Rebollo, 2021). El resultat ha estat que aquestes experiències, conjuntament amb moltes d'altres, han permès construir comunitats locals virtuals i participatives en pobles sense aquest tipus de tradició i han ajudat a bastir una tasca col·lectiva de compromís i presa de consciència notable pel que fa a la salut comunitària.

Les bombolles i les seves xarxes han estat el vaccí cultural que va aturar la primera onada i en va contenir la segona i la tercera amb el seu *embodiment* de la prevenció entesa com a responsabilitat col·lectiva, no solament individual. La idea no era únicament protegir-se; era considerar que cada individu de la bombolla era un risc per als altres. No es tractava només de no contagiar-se fora per no contagiar la bombolla, sinó de no contagiar els tercers de fora. És un canvi cultural radical. Les crítiques a les pràctiques socials individualistes i sovint insolidàries, com no portar mascareta, han estat sovintejades dins de les mateixes bombolles. Així ho han reflectit els *social media* locals. Però ara cal, i per això l'antropologia mèdica és crucial, fer-ne l'etnografia local per poder conèixer la diversitat de protocols desenvolupats; les experiències singulars improvisades; les estratègies d'aprenentatge social amb els menuts quan van tancar les escoles, i el desenvolupament de les formes de solidaritat (Cano, Berrojo, Maria i Blanco, 2020), com, per exemple, la influència, en tot això, dels mitjans i de les narratives professionals. Sabem, molts de nosaltres, que els nostres protocols d'autoa-

27

Guix, J. 2021 *Hasta la próxima pandèmia* <<https://vimeo.com/569056995>> (cons. 26.06.2021).

tenció seran, de nou, l'únic vaccí –cultural, no biològic– en el qual podem confiar en el futur. Ara, cal una mirada etnogràfica per fer-nos-en càrrec.

Les polítiques públiques com a «vaccí social»

Amb l'excepció de les vacunacions per segons quines malalties, les polítiques públiques en matèria de salut han estat clau, més fins i tot que els avenços terapèutics (McKeown, 1982), per controlar les endèmies de malalties infeccioses i, d'aquesta manera, millorar les condicions de vida. L'enginyeria ambiental de la medicina social, des del segle XIX, ha permès augments espectaculars de l'esperança de vida, així com reduir la mortalitat infantil i anar controlant les malalties infeccioses (Rosen, 1985). L'aigua corrent, el sabó *Lagarto* i el lleixiu, habitatges més saludables, el clavegueram o les vacances pagades han estat un «vaccí social» com ho han estat les polítiques salubristes i el desenvolupament de les assegurances socials. Vivíem, a Occident, en un somni que la pandèmia ha destruït. La mortalitat per Covid-19 ha posat en relleu que hi ha classes socials desfavorides o que hi ha minories marginals (Elgar, Stefaniak i Wohl, 2020). La Covid-19 ens ha mostrat que les residències sociosanitàries poden ser un camp

d'extermini o que els nostres parcs d'habitatges i les ciutats més emblemàtiques, com Barcelona, són llocs on els confinaments poden ser infinitament més durs que allà on es veuen arbres, muntanyes o el mar. Hem vist com la pandèmia ha destruït llocs de feina i convivències i ha provocat una onada de trastorns mentals en una societat que hom volia veure opulenta.

Els moviments socials de classe van crear les condicions per al desenvolupament dels vaccins socials dels quals en vam gaudir fins al març del 2020 i que ni tan sols les polítiques neoliberals havien pogut desmantellar. El vaccí social és el preu que les classes hegemòniques han d'assumir per assegurar la pau social i la seva hegemonia. Amb la pandèmia, el compromís col·lectiu d'àmplies capes de la ciutadania ha descobert que l'acció de base era tan important, o fins i tot més, com les directives i les ordres d'una *superioridad* desbordada i sovint incapaç d'entendre què estava passant. El fracàs parcial del vaccí social a causa del neoliberalisme havia incrementat les desigualtats, el desclassament, el desenvolupament de l'individualisme insolidari que encara es manifesta pels carrers on circula el coronavirus, la desaparició del compromís i la consciència de classe en mans d'un *marketing* que ha reduït la política a



El suport i el recolzament mutus han estat claus en el procés d'autoatenció en les «bombolles» com a «vaccí cultural». PIXABAY.COM

una campanya de venda de iogurts *light*. I, com en el segle passat, també ha afavorit el creixement dels populismes filofeixistes que intenten convèncer que l'individualisme, sota un relat fals de llibertat individual, és l'única resposta adient.

Conclusions

A principis del 2022 és impossible fer pronòstics. Penseu en la Revolució Francesa. Ningú en podia preveure l'evolució. S'obria una pàgina en blanc. La pandèmia n'ha obert una altra, però en un any ja en coneixem les dimensions biològiques, els vaccins, les teràpies, així com les línies generals de la reforma del dispositiu sanitari. Hem descobert la importància dels treballadors subalterns dins el dispositiu sanitari, el valor de l'atenció primària i de la salut pública. A poc a poc, descobrim que el problema ha estat la crisi del vaccí social que explica la crisi econòmica, social i política i el semidesmantellament dels dispositius de la sanitat pública. Hem descobert la capacitat de resiliència i resistència d'amplíssims sectors de la ciutadania, agrupats en bombolles, que han fet possible el vaccí cultural i que, de pas, han recuperat el paper de la participació ciutadana i dels moviments *grassroot* que ara les publicacions biomèdiques reivindiquen (Marston, Renedo i Miles, 2020; Russell, 2021).

No sabem quan vindrà la propera pandèmia. Tampoc si l'actual, com la de la grip espanyola, desapareixerà o deixarà de ser

un risc com ha passat amb la grip H1A1 del 2009-2011. Les grans pandèmies històriques precedents no van canviar de cop el món. Van precipitar processos latents i van obligar a pensar diferent, no només en l'àmbit únicament sanitari, sinó també en l'econòmic, en el social i en el cultural. Aquesta realitat, amb milions de morts en una societat globalment medicalitzada, reforça la recerca tecnològica en el sector salut i l'hospitalocentrisme del model mèdic (Menéndez, 2020b, 2020a) que ja es projecta en les cultures sanitàries. Tanmateix, serveix per posar en relleu els seus límits i donar valor als dispositius subalterns, en particular l'autoatenció i les dimensions culturals de la prevenció. Serveix també per denunciar els retrocessos en protecció social i l'abandonament de les responsabilitats públiques en el camp de la prevenció durant els darrers decennis, que han costat milions de vides i una tragèdia, aquest cop global, que mai oblidarem.

És també la primera pandèmia global que pot i ha d'abordar l'antropologia mèdica i la resta de ciències socials aplicades a la salut. Al llarg de l'article s'ha parlat de cultura, de societat, de pràctiques locals, d'una transició en el procés de medicalització, així com de cultures sanitàries. És un escenari que s'obre i del qual no podem albirar el futur. També suposa, per a aquells que ens dediquem a aquests camps, una enorme responsabilitat i un desafiament. Benvinguts siguin. ■

BIBLIOGRAFIA

Abad, L.; Flores-Martos, J. A.; Cipriano-Crespo, C. (2021) «Strengths and Weaknesses of Healthcare Professionals' Identity during the COVID-19 Pandemic». Dins *Qualitative Study within the Spanish Context. Soc.Sci.*, 10 (33), 1-15.

Abraham, T. (2011) «Lessons from the pandemic: the need for new tools for risk and outbreak communication», *Emerging Health Threats Journal*, 4(1), 7160.

Acarin, N.; Ramis, J. (1980) «Estudi-Dictamen sobre l'assistència primària». Dins E. Portella i Arge-laguet (ed.) *Estudis i dictàmens sobre Sanitat*, 17-151). Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Ackerknecht, E. H. (1985) *Medicina y Antropología Social*. Madrid: Akal.

Agramont, J. d' (1998) *Regiment de preservació de pestilència:*

(Lleida, 1348). Lleida: Universitat de Lleida.

Alcanyis, L. (1999) *Regiment preservatiu e curatiu de la pestilència*. [1485]. València: Universitat de València.

Alcorta Vallejos, S. A. [et al.] (2021) La marató de TV3. *Atenció Primària*, 53(5), 3-4.

Allué, M. (2013) *El paciente inquieto. Los servicios de atención*

médica y la ciudadanía. Barcelona: Edicions Bellaterra.

Allue, X. (1998) *Abierto de 0 a 24 horas. Factores socioculturales en la oferta y la demanda de las urgencias pediátricas*. Saragossa: Mira Ediciones.

Allue, X. (2011) *Allà baix. L'Hospital Joan XXIII de Tarragona (1967-2009)*. Tarragona: Silva Editorial.

- Amades, J.** (1980) *Folklore de Catalunya, vol III*. Barcelona: Editorial Selecta.
- Appadurai, A.** (1990) «Disjuncture and difference in the global cultural economy», *Theory, Culture & Society*, 7 (2-3), 295-310.
- Appadurai, A.** (1996) *Modernity At Large: Cultural Dimensions of Globalization*. University of Minnesota Press.
- Aragó Mitjans, I.** [et al.] (1970) «Plan General de Regionalización Hospitalaria en Cataluña y Baleares. 5ª Región hospitalaria española», *Estudios de Hospitales y Beneficencia*, 35, 15-93.
- Barceló Prats, J.** (2017) *Poder local, govern i assistència pública: l'Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona*. Tarragona: Arola Editores.
- Barceló-Prats, J.** (2021) «Genealogia de la reforma hospitalaria en España: la gestación de una nueva cultura hospitalocéntrica de la sanidad», *Dynamis*, 41(1), 27-51.
- Barceló-Prats, J.; Bekele, D.** (2021) «Historical roots of hospital centrism in Catalonia (1917-1980)», *Journal of Evolutionary Studies in Business*, 6(1), 156-181.
- Barceló-Prats, J.; Comelles, Jm.** (2018) «Las bases ideológicas del dispositivo hospitalario en España: cambios y resistencias». Dins M. Vilar Rodríguez; J. Pons Pons (ed.) *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986)*, 83-138. Madrid: Marcial Pons.
- Barceló-Prats, J.; Comelles, Jm.** (2020) *L'evolució del dispositiu hospitalari a Catalunya (1849-1980)*. Manresa: Publicacions de l'Arxiu Històric de les Ciències de la Salut.
- Barceló Prats, J.; Comelles, Jm.; Perdiguero-Gil, E.** (2019) «Las bases ideológicas y prácticas del proceso de regionalización de la sanidad en España (1955-1978)». Dins M. I. Porras; L. Mariño; M. V. Caballero (ed.) *Salud, enfermedad y medicina en el franquismo*, 146-167. Madrid: La Catarata.
- Benedict, R.** (1971) *El hombre y la cultura. Investigación sobre los orígenes de la civilización contemporánea*. Barcelona: EDHASA.
- Betrán, JI.** (1996) *La peste en la Barcelona de los Austrias*. Lleida: Milenio.
- Bhabha, Hk (2002) El Lugar de la cultura**. Buenos Aires: Ediciones Manantial.
- Bi, Q.** [et al.] (2020) «Characterization of clinical progression of COVID-19 patients in Shenzhen, China», *MedRxiv*, 2020.04.22.20076190.
- Bohigas i Santasusagna, L.; Pernas I Gali, F.** (1983) «Design of a hospital within a health plan: the Altebrat Programme», *World Hospital*, 19(3), 41-44.
- Bohigas, L.** (1983) «Aspectes antropològics del programa ALTEBRAT», *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 2, 13-20.
- Boissevain, J.** (1974) *Friends of friends. Networks, Manipulators and Coalitions*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Bonastra, Q.** (2010) «Recintos sanitarios y espacios de control. Un estudio morfológico de la arquitectura cuarentenaria», *Dynamis*, 30, 17-40.
- Bonner, N.** (1996) *Becoming a physician. Medical education in Britain, France, Germany, and the United States, 1750-1945*. Oxford University Press.
- Buchan, J.** (1785) *Medicina doméstica ó Tratado completo del método de precaver y curar las...* Madrid: en la Imprenta de Antonio de Sancha.
- Calafell, P.** (1957) «Servicios asistenciales en los suburbios», *Estudios de Hospitales y Beneficencia*, 2, 10-14.
- Campos, R.; Perdiguero-Gil, E.; Bueno, E.** (2020) *Cuarenta historias para una cuarentena. Reflexiones históricas sobre epidemias y salud global*. Madrid: Sociedad Española de Historia de la Medicina.
- Cano, À. B.** [et al.] (2020) «La solidaritat i el voluntarisme durant la crisi de la COVID-19», *Perifèria*, 25(2), 115-129.
- Castel, F.; Castel, R; Lovell, A.** (1979) *La société psychiatrique avancée: le modèle américain*. Paris: FeniXX.
- Castel, R.** (1984) *La Gestión de los riesgos: de la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona: Anagrama.
- Castel, R.** (1995) *Les Métamorphoses de la Question Sociale. Une Chronique du salariat*. Paris: Fayard.
- CatSalut** (2019) *Resum executiu dels plans d'hivern elaborats pels comitès operatius d'urgències i emergències (COUIE) territorials Pla Nacional d'Urgències de Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Caudill, W.** (1953) «Applied Anthropology in Medicine». Dins A. Kroeber (ed.) *Anthropology Today*, 771-806. Chicago University Press.
- Chilamakuri, R.; Agarwal, S.** (2021) «COVID-19: Characteristics and Therapeutics», *Cells*, 10(2).
- Cohen, D.; Carter, P.** (2010) «Who and the pandemic flu "conspiracies."», *BMJ (Online)*, 340(7759), 1274-1279.
- Comelles, JM.** (1988) *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*. Barcelona: PPU.
- Comelles, JM.** (1992) «El proceso de automedicación y la prevención de las drogodependencias». Dins D. Comas; M. Espin Martín; E. Ramírez Goicoechea (ed.) *Fundamentos teóricos en prevención*, 139-178. Madrid: GID Fundamentos.
- Comelles, JM.** (1993) «La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria», *Revisiones en Salud Pública*, 3, 169-192.
- Comelles, JM.** (1997) «De l'assistència i l'ajut mutu com a categories antropològiques», *Revista d'Etnologia de Catalunya*, 11, 32-43.
- Comelles, JM.** (1998) «Parole de médecin: le récit sur la pratique dans la médecine contemporaine». Dins F. Laplantine; J. Lévy; JB Martin; A. Nouss (comp.) *Récit et connaissance*, 299-316. Lyon: Presses Universitaires
- Comelles, JM.** (2000a) «La dévolution au domaine du local des politiques étatiques de santé et de protection sociale». Dins L. Assier-Andrieu; R. Sala (ed.) *La ville et les pouvoirs*, 539-556. Perpinyà: Presses Université de Perpignan.
- Comelles, JM.** (2000b) «The role of local knowledge in medical practice: a trans-historical perspective», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24(1), 41-75.
- Comelles, JM.** (2002) «Medicine, magic and Religion in a Hospital Ward. An Anthropologist as patient», *AM Revista Della Società Italiana Di Antropologia*, 13-14(1), 259-288.
- Comelles, JM.** (2004) «Fiebres, Médicos y Visitadores. Notas etnográficas sobre la práctica médica durante el franquismo». Dins Jose Martínez-Pérez; I. Porras-Gallo; P. Samblas-Tilve; M. del Cura-González (ed.) *La Medicina ante el nuevo Milenio: una perspectiva histórica*, 989-1018. Cuenca: Universidad Castilla-La Mancha.
- Comelles, JM.** (2013) «Hospitals, Political Economy and Catalan Cultural Identity». Dins C. Bonfield; J. Reinartz; T. Huguet-Termes (ed.), *Hospitals and Communities 1100-1960*, 183-207. Oxford: Peter Lang.
- Comelles, JM.** (2016) «From superstition to folk medicine. The transition from a religious to a medical concept», *Medicine Anthropology Theory*, 3(2), 269-305.
- Comelles, Jm.; Alegre Agís, E.; Barcelo Prats, J.** (2017) «Del hospital de pobres a la cultura hospitalocéntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán», *Kamchatka. Revista de Análisis Cultural*, 10, 57-85.
- Comelles, JM.; Alemany, S.; Francès, L.** (2013) *De les iguals a la cartilla. El regiment de la cosa pública, la medicalització i el pluralisme assistencial a la Vall d'Aro*. Barcelona: Generalitat de Catalunya-Departament de Cultura.

- Comelles, JM.; Brigidi, S.** (2014) «Fictional encounters and real Engagements: the Representation of Medical practice and Institutions in Medical TV shows», *Actes d'Història de La Ciència i de La Tècnica*, 7, 17-34.
- Comelles, JM.; Brigidi, S.** (2016) «Etnografía, realidad y ficción en los médicos y enfermeras en las series de televisión». Dins S. Brigidi (ed.) *Cultura, salud, cine y televisión Recursos audiovisuales en Ciencias de la Salud y Sociales*, 225-255). Tarragona: Publicacions URV.
- Comelles, JM.; Digiaco, S. M.** (2018) «The medicalization of diagnosis: from cultural and environmental nosologies to lay medical concerns». Dins N. Nissen; M. Bech Risor (ed.) *Diagnostic Fluidity. Working with Uncertainty and Mutability*, 213-247. Tarragona: Publicacions URV-MARC.
- Comelles, JM.; Perdiguero-Gil, E.** (2017) «The Walking dead and the collective Imaginary of Epidemics». Dins T. de la Torre (ed.) *Notebooks of the Esteve Foundation n. 42*, vol. 42, 61-68.
- Comelles, JM.** [et al.] (2020) «Por caminos y veredas: La práctica médica rural bajo el franquismo (1939-1979)». Dins José Martínez-Pérez; E. Perdiguero-Gil (ed.) *Genealogías de la Reforma sanitaria en España*, 63-124. Madrid: La Catarata.
- Comelles, JM.; Riccò, I.; Perdiguero-Gil, E.** (2014) «Tullio Seppilli, l'education pour la santé et la fondation de l'anthropologie médicale italienne», *Curare*, 37(2), 85-99.
- Comelles, JM.** [et al.] (2017) «Educación sanitaria y antropología médica en Europa: los casos de Italia y España», *Salud Colectiva*, 13(2), 171-198.
- Consell de Col·legis de Metges de Catalunya.** (2020) *COVID-19 Lliçons apreses. Per una reforma del sistema de salut de Catalunya*. Barcelona: Consell de Col·legis de Metges.
- Costa Sánchez, C.** (2012) «Dins-formación sobre saúde sanitaria e médica nos medios de comunicação en España. Estado da questão nos diferentes medios: Prensa, radio, televisão, revistas e Internet», *Comunicação e Sociedade*, 69-87.
- Coste, J.** (2002) *La littérature des "Erreurs populaires": une ethnographie médicale à l'époque moderne*. Paris: Champion.
- Cuadrada, C.** (2012) *El llibre de la pesta*. Barcelona: Rafael Dalmau.
- Cueto, M.** (2004) *El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Cueto, M.; Brown, T.; Fee, E.** (2011) «El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría», *Apuntes* 69, 69(2), 129-156.
- De Miguel Rodríguez, JM.** (1976) *La reforma sanitaria en España: el capital humano en el sector sanitario*. Madrid: Cambio 16.
- Deusdad, B.** (2020) «COVID-19 and care homes and nursing homes crisis in Spain: ageism and scarcity of resources», *Research on Ageing and Social Policy*, 8(2020), 142-168.
- Deusdad, B.; Riccò, I.** (2018) «Professional stakeholders' views of the use of digital technologies in Spanish long-term care», *Human Technology*, 14(3).
- Diviu-Miñarro, C.; Cortiñas-Rovira, S.** (2020) «Cómo comunicar una pandemia a la sociedad: la visión de los profesionales. Estudio de caso de la Covid-19 en el sur de Europa», *El Profesional de la Información*, 29(5).
- Domenech Baldó, M.; Joye, S.; Maesele, P.** (2012) «Audience motivations to donate: The case of the Catalan telethon La Marató de TV3», *Catalan Journal of Communication & Cultural Studies*, 4(1), 57-71.
- Egbe, M.; Alegre Agis, E.; Comelles, JM.** (2017) «El efecto Danacol. Publicidad, alimentos funcionales y la construcción de la medicina folk». Dins L. Mariano Juárez; F. X. Medina; Lopez, J. (ed.) *Comida y Mundo virtual. Dinsterne, redes sociales y representaciones visuales*, 247-283). Barcelona: UOC.
- Elgar, Fj.; Stefaniak, A.; Wohl, MJA.** (2020) «The trouble with trust: Time-series analysis of social capital, income inequality, and COVID-19 deaths in 84 countries», *Social Science & Medicine*, 263, 113365.
- Elías, C.; Catalan-Matamoros, D.** (2020) «Coronavirus in Spain: Fear of 'Official' fake news boosts WhatsApp and alternative sources», *Media and Communication*, 8(2), 462-466.
- Espru Castelló, J.** (1950) «Proyecto de Igualatorio Colegial y Seguro Obligatorio de Enfermedad», *Horizonte. Boletín Mensual de La CASOE Del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona*, (2), 10-11.
- Fajardo Alcántara, A.** (2007) *El proceso de especialización en medicina familiar y comunitaria en España. Cambios profesionales en Atención Primaria en la década de 1980*. Tesis de doctorat. Universidad de Granada, Granada.
- Fanon, F.** (1952) *Peau noire, masques blancs*. Paris, Editions du Seuil. Paris: Editions du Seuil.
- Fernández Pérez, P.** (2021) «How to evaluate the capacity of hospital systems in a very long term international comparative perspective? Hospital beds per inhabitant in Catalonia 1900s-2010s», *Journal of Evolutionary Studies in Business*, 6(1), 182-226.
- Ferragud, C.** (2021) «Barcelona enfront de les epidèmies de la Baixa Edat Mitjana: una perspectiva des de la història social de la medicina». Dins XVII Congrés d'Història de Barcelona: *Ciudadania i salut. Una lluita essencial*, 7-8). Barcelona: Arxiu Històric de la Ciutat de Barcelona.
- Finke, L.** (1795) *Versuch einer allgemeinen medicinisch-praktischen Geographie, worin der historische Theil der einheimischen Völker und Staaten Arzeneykunde vorgetragen wird*, 3 vols. Leipzig: In der Weidmannschen Buchhandlung.
- Fissell, M.** (1992) «Readers, texts and contexts. Vernacular medical works in early modern England». Dins R. Porter (ed.) *The popularization of medicine 1650-1850*, 72-96. Londres i Nova York: Routledge.
- Foucault, M.** (1985) *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Mèxic: Siglo XXI.
- Foucault, M.** (1991a) «Historia de la medicalización». Dins F. Varela, Julia; Álvarez-Uria (ed.) *Historia de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*, 122-152. Madrid: Ediciones La Piqueta.
- Foucault, M.** (1991b) «Seguridad Social: un sistema finito frente a una demanda infinita». Dins J. Varela; F. Álvarez-Uria (ed.) *Saber y Verdad*, 209-228. Madrid: Ediciones la Piqueta.
- Foucault, M.** (2004) *Naissance de la biopolitique: cours au Collège de France (1978-1979)*. Paris: EHESS-Gallimard-Seuil.
- Freidson, E.; De Miguel, JM.** (1978) *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Peninsula.
- Freixa, E.** [et al.] (7 de juny de 2020) «20 dies d'infern», *Ara*, 6-21.
- García Ballester, L.** (1995) «Artifex factivus sanitatis: health and medical care in medieval Latin Galenism». Dins D. G. Bates (ed.) *Knowledge and the Scholarly Medical Traditions*, 127-150). Cambridge: Cambridge University Press.
- Generalitat de Catalunya** (2020) *Retrospectiva de trenta anys de la planificació sanitària a Catalunya El motor de transformació del sistema de salut. Versió Preliminar*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Goffman, E.** (1961) *Asylums: Essays in the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Garden City: Doubleday.
- González Madrid, Da.; Ortiz Heras, M.** (2018) «Franco's dictatorship and the construction of the Welfare State in Spain: The social protection of the State (1939-1986)», *Pasado y Memoria*, 17, 389-412.

- Gramsci, A.** (1975) *Los intelectuales y la organización de la cultura*. Mèxic: Juan Pablos editor.
- Grau-Rebollo, J.** (2021) «Confinement narratives: TV advertising during the coronavirus outbreak in Spain», *Perifèria. Revista de Recerca i Formació en Antropologia*, 26(1), 7-28.
- Guerrero Vall, J. A.** (2021) Joan Guix. «Entrevista a l'exsecretari de Salut Pública de la Generalitat», *El Món*, 24 de gener.
- Haro Encinas, JA.** (2000) «Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud», *Dins Medicina y cultura*, 101-161). Barcelona: Bellaterra.
- Heidenreich, FW.** (1826) *Die vier Grundpfeiler der Volksmedizin, das Blutlassen, Brechen, Abführen und die äusserlichen Mittel*. Nuremberg: Riegel u. Wießner.
- Hervàs i Puyal, C.** (2004) *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil. Política i organitzacions sanitàries: l'impacte del conflicte bèl·lic*. Tesi de doctorat. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra.
- Herzlich, C.; Pierret, J.** (1984) *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Paris: Payot.
- Herzlich, C.; Pierret, J.** (1985) «The social construction of the patient: patients and illnesses in other ages», *Social Science & Medicine*, 20(2), 145-151.
- Hirsch, A.** (1860) *Handbuch der historisch-geographischen Pathologie*, Erlangen: Verlag von Ferdinand Enke.
- Hospital Rodes, J.** (1963) «Elogio del facultativo de cabecera», *La Vanguardia Española*, 38.
- Ibáñez Avila, R.; Castells, X.** (2015) *La opinión online de pacientes sobre los profesionales sanitarios. Un estudio con la web Doctoralia*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Illich, I.** (1975) *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Mèxic: Mortiz.
- Iniesta, R.** (2020) «Desde la azotea». Dins S. Evangelidou; Á. Martínez-Hernández (ed.) *Reset. Reflexiones antropológicas ante la pandemia de COVID-19*, 29-30. Tarragona: Publicacions URV-MARC.
- Javier Silva, L. A.; Rosario Pachuala, E. A.** (2021) «La Telemedicina como herramienta para enfrentar la atención de pacientes durante el contexto de la COVID-19», *Atención Primaria*, 53(7) 102061.
- Joubert, L.** (1578) *Erreurs populaires, et propos vulgaires, touchant la médecine et le régime de santé*. Avignon: Guillaume Bertrand.
- Jovell, A.; Roig, F.** (2001) «The Future Patient. Literature review: Spain», *Fundació Biblioteca Josep Laporte*, juny, 1-21.
- La sanitat a Catalunya. Anàlisi i propostes del Departament de Sanitat i Assistència Social.* (1980). Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Larsen, At.; Klausen, B. M.; Højgaard, B.** (2020) *Primary Health Care in the Nordic Countries Comparative Analysis and Identification of Challenges*. Copenhagen: The Danish Center for Social Science Research.
- Lis Quibén, V.** (1949) *La medicina popular en Galicia*. Pontevedra: Gráficas Torres.
- Llamero, L.** (2015) *La credibilitat connectada. Pràctiques i representacions discursives de les audiències d'internet en els camps de la salut, l'economia i el turisme*. Tesi de doctorat. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Lopez-Casasnovas, G.; Rico, A.** (2003) «La descentralización, ¿parte del problema sanitario o de su solución?», *Gaceta Sanitaria*, 17(4), 319-326.
- Mallart Guimerà, L.** (2008) *El sistema mèdic d'una societat africana: els evuzok del Camerun*, 2 vol. Barcelona: Institut d'Estudis Catalans.
- Marston, C.; Renedo, A.; Miles, S.** (2020) «Community participation is crucial in a pandemic», *The Lancet*, 2019(20), 2019-2020.
- Mckeown, T.** (1982) *El Papel de la Medicina ¿sueño, espejismo o nemesis?* Mèxic: Siglo Veintiuno.
- Menéndez, EL.** (1991) «Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes». Dins *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, 165-203. Mèxic: CIESAS.
- Menéndez, EL.** (1994) «La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?», *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Menéndez, EL.** (2003) «Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas», *Ciencia é Saúde Colectiva*, 8(1), 185-207.
- Menéndez, EL.** (2005) «El modelo médico y la salud de los trabajadores», *Salud Colectiva*, 1(1), 9-32.
- Menéndez, EL.** (2010) «Las influencias por todos tan temidas o de los difíciles usos del conocimiento», *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, 32, 17-34.
- Menéndez, EL.** (2020a) «La pandemia de coronavirus como delatora de contradicciones, deseos y negaciones». Dins S. Evangelidou; Á. Martínez-Hernández (ed.) *Reset. Reflexiones antropológicas ante la pandemia de COVID-19*, 17-24. Tarragona: Publicacions URV.
- Menéndez, EL.** (2020b) «Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias», *Salud Colectiva*, 16, 1-25.
- Monlau, PF.** (1862) *Elementos de higiene pública, ó arte de conservar la salud de los pueblos*. Madrid: Rivadeneyra.
- Monlau, PF.** (1864) *Elementos de higiene privada, ó, Arte de conservar la salud del individuo*. Madrid: Moya y Plaza.
- Moorhead, S.** [et al.] (2013) «A New Dimension of Health Care: Systematic Review of the Uses, Benefits, and Limitations of Social Media for Health Communication», *J Med Internet Res*, 15(4), e85.
- Morgan, L. M.** (1990) «The medicalization of anthropology: a critical perspective on the critical-clinical debate», *Social Science & Medicine* (1982), 30(9), 945-950.
- Pallarès Martí, A.** (2003) *El mundo de las unidades de cuidados intensivos: la última frontera*. Tesi de doctorat. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Paul, BD.** (1955) *Health, culture and Community. Case studies of Public reactions to health programs*. Nova York: Russell Sage Foundation.
- Perdiguero, E.** (1992) «The popularization of Medicine during Spanish Enlightenment». Dins R. Porter (ed.) *The Popularization of Medicine 1650-1850*, 160-193. Londres i Nova York: Routledge.
- Perdiguero, E.** (2009) «A propósito de las medicinas alternativas y complementarias: sobre el pluralismo asistencial». Dins M. A. Martorell; J. M. Comelles; M. Bernal (ed.) *Antropología y enfermería. Campos de encuentro. Un homenaje a Dina Garcés, II*, 278-300. Tarragona: Publicacions URV.
- Perdiguero-Gil, E.; Bueno Vergara, E.** (2020) «Hay una diferencia entre la medicina social y la socializada. Las resistencias de los médicos españoles a la colectivización de la asistencia sanitaria y la ampliación de la cobertura sanitaria (1944-1963)». Dins González Madrid; Damián A.; Ortiz Heras, M. *El estado del bienestar entre el franquismo y la Transición*, 95-124). Madrid: Sílex Editorial.
- Perdiguero-Gil, E.; Comelles, JM.** (2019a) «The Defence of Health. The debates on Health Reform in 1970s Spain», *Dynamis*, 39(1), 45-72.
- Perdiguero-Gil, E.; Comelles, JM.** (2019b) «The Roots of the health Reform in Spain». Dins L. Abreu (ed.) *Health Care and Government Policy*. Evora.
- Pitrè, G.** (1896) *Medicina popolare siciliana*. Tori: Carlo Clausen.
- Pandemic influence preparedness and response. A WHO Guidance document* (2009). Ginebra: World Health Organization.
- Pons-Pons, J.; Vilar Rodríguez, M.** (2011) «Friendly Societies, Commercial Insurance, and the State in Sickness Risk Coverage: The Case of Spain (1880-1944)», *International Review of Social History*, 56(01), 71-101.

Pons-Pons, J.; Vilar Rodríguez, M. (2014) *El seguro de salud privado y público en España. Su análisis en perspectiva histórica*. Saragossa: Prensas de la Universidad de Zaragoza.

Pons-Pons, J.; Vilar-Rodríguez, M. (2017) «The genesis, growth and organisational changes of private health insurance companies in Spain (1915-2015)», *Business History*, 6791(octubre), 1-22.

Pons-Pons, J.; Silvestre Rodríguez, J. (2011) *Los orígenes del Estado del Bienestar en España, 1900-1945: los seguros de accidentes, vejez, desempleo y enfermedad*. Saragossa: Prensas Universitarias de Zaragoza.

Porter, R. (1992) *The Popularization of medicine, 1650-1850*. Londres: Routledge.

Pou, M. A. [et al.] (2021) «El papel de la atención primaria en la crisis sanitaria por Covid19. Experiencia de un equipo de Atención Primaria urbano», *Atención Primaria*, 53(7), 102082.

Prat Caballol, R. (2020) «Reflexiones etnográficas desde la trinchera de una unidad de cuidados intensivos en tiempos de coronavirus. Antimiedos y *communitas* en momentos de crisis». Dins S. Evangelidou; Á. Martínez-Hernández (ed.) *Reset. Reflexiones antropológicas ante la pandemia de COVID-19*, 61-63. Tarragona: Publicacions URV.

Prat Caros, J. (2012) *Els nous imaginàries culturals: Espiritualitats orientals, teràpies naturals i sabers esotèrics*. Tarragona: Publicacions URV.

Puigvert, JM. (1995) «Els professionals de la sanitat a la Catalunya de mitjan segle XIX», *Barcelona Quaderns d'Història*, 6, 173-188.

Quah, P. [et al.] (2020) «Mortality rates of patients with COVID-19 in the intensive care unit: A systematic review of the emerging literature», *Critical Care*, 24(1), 1-4.

Reventós, J.; García, A.; Piqué, C. (1990) *Història de la medicina Catalana sota el franquisme i les seves conseqüències*. Hacer.

Riccò, I. (2020) «Searching for a 'new magical world': the contradic-

tions of CAM and new age therapies in the West», *Anthropology & Medicine*, 27(1) 96-109.

Risse, Gb. (1999) *Mending Bodies, Saving Souls: a History of Hospitals*. University of California Press.

Rius Mosoll, R.; Espriu, J. (2004) *Conversaciones con Josep Espriu*. Barcelona: Angle Editorial.

Rodríguez-Ocaña, E. (1990) «La asistencia médica colectiva en España hasta 1936». Dins *Historia de la acción social pública en España: beneficencia y previsión*, 321-360. Madrid: Ministerio del Trabajo.

Rodríguez Nozal, R. (2000) «Orígenes, desarrollo y consolidación de la industria farmacéutica española (ca. 1850-1936)», *Asclepio*, 52(1), 127-160.

Rodríguez Ocaña, E. (1987) *La constitución de la Medicina social como disciplina en España (1882-1923)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Romani, O.; Comelles, Jm. (1991) «Les contradictions liées à l'usage des psychotropes dans les sociétés contemporaines: automédication et dépendance», *Psychotropes*, 6, 35-59.

Rosen, G. (1972) «The evolution of Social Medicine». Dins H. E. Freeman; S. Levine; L. G. Reeder (ed.) *Handbook of Medical Sociology*, 30-60. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Rosen, G. (1985) *De la policia médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. Mèxic: Siglo XXI.

Rubel, Aj.; Hass, Mr. (1990) «Medical Systems». Dins TM. Johnson; CF. Sargent (ed.) *Medical Anthropology: A Handbook of Theory and Method*, 115-131. Greenwood Press.

Rubio Sanchiz, O. (2020) *Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia Covid-19 en las unidades de cuidados intensivos*. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias.

Russell, C. (2021) «Supporting Community Participation in a Pandemic», *Gaceta Sanitaria, in press*(xx), 1-4.

Salvador Comino, Mr.; Krane, S.; Regife Gracia, V. (2016) «Diferencias y similitudes en la Medicina de Familia de los sistemas sanitarios en Alemania y España», *Atención Primaria*, 48(2), 131-135.

Seppilli, T. (1955) «Contributo alla formazione dei rapporti tra prassi igienico-sanitaria ed etnologia», *Atti Della XVI Riunione Della Società Italiana per il Progresso delle Scienze. Napoli 16-20 Ottobre 1954*, 3-20. Nàpols: Istituto di Antropologia della Università di Roma – Tipografia Editrice Italia.

Seppilli, T. (1959) «Il contributo della Antropologia culturale all'educazione sanitaria», *L'Educazione Sanitaria, IV* (3-4), 325-340.

Sigerist, H. (1984) «De Bismarck a Beveridge. Desarrollo y tendencias de la legislación sobre Seguridad Social». Dins Lesky, E. (a cura de) *Medicina social: estudios y testimonios históricos*, 187-209. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Tabernero Holgado, C.; Perdiguero-Gil, E. (2011) «El cine y las dimensiones colectivas de la enfermedad», *Revista de Medicina y Cine*, 7(2), 44-53.

Terrón Bañuelos, A.; Comelles, Jm.; Perdiguero-Gil, E. (2017) «Schools and Health Education in Spain during the Dictatorship of General Franco (1939-1975)», *History of Education Review*, 46(2), 208-223.

Tomás De Aquino (1955) *Suma Teológica, tomo IX*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos.

Tratados Hipocráticos, I. Juramento. Ley. Sobre la ciencia médica. Sobre la medicina antigua. Sobre el médico. Sobre la decencia. Aforismos. Preceptos. El pronóstico. Sobre la dieta en las enfermedades agudas. Sobre la enfermedad sagrada. Edición de C. Car. (1983). Madrid: Gredos.

Tria Parareda, N. (2020) «Des del meu balcó. Autoetnografia d'un confinament». Dins S. Evangelidou; Á. Martínez-Hernández (ed.)

Reset. Reflexiones antropológicas ante la pandemia de COVID-19et, 71-73). Tarragona: Publicacions URV-MARC.

Ubeda, J. (2014) «Creative strategies for scientific TV documentaries», *Actes d'Història de La Ciència i de La Tècnica*, 7, 71-88.

Vicente Rabanaque, T.; Moreno Rubio, M.; Rabanaque Mallén, G. (2020) «Ni todo es Covid-19 ni toda autopercepción sanitaria es heroica». Dins S. Evangelidou; Á. Martínez-Hernández (ed.) *Reset. Reflexiones antropológicas ante la pandemia de COVID-19*, 41-43). Tarragona: Publicacions URV-MARC.

Vila-Gimeno, C. (2021) «El moviment veïnal a Barcelona en lluita per nous serveis mèdics». Dins Alfons Zarzoso; J. Barceló-Prats (ed.) *Barcelona Hospitalària. La ciutat i els seus hospitals, segles XIV-XXI*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona-MUHBA (en premsa).

Vilar-Rodríguez, M.; Pons-Pons, J. (2018) «Competition and collaboration between public and private sectors: the historical construction of the Spanish hospital system, 1942-86», *The Economic History Review*, 0, 1-25.

Vilar Rodríguez, M.; Pons Pons, J. (2011) «El papel de las sociedades de socorro mutuo en la cobertura del riesgo de enfermedad en España (1870-1942)». Dins *X Congreso Internacional de La AEHE 8, 9 y 10 de septiembre 2011*, 1-31. Carmona: Universidad Pablo de Olavide.

Villa Gracia, Ad.; Cerdán Martínez, V. (2020) «Bulos durante la pandemia del Covid-19 en España: un estudio a través de Google Trends», *Revista Latina*, (78), 169-182.