

L'ETNOGRAFIA EN LA «MISSIÓ» DEL METGE¹

JOSEP M. COMELLES

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI (TARRAGONA)

MEDICAL ANTHROPOLOGY RESEACH CENTER

DEPARTAMENT D'ANTROPOLOGIA, FILOSOFIA I TREBALL SOCIAL

ORCID 0000-0003-0064-364X

«La ciència missional és una apològica basada en l'etnografia»

(Ramon Sugranyes de Franch, 1956)

Resum: L'article explora la genealogia del «tipus ideal» de metge construïda al segle XIX, a redós de la fase higienicosanitària del procés de medicalització, fins la seva crisi actual. L'argument central és que aquest «tipus ideal» el construïren els metges a partir de combinar la seva destresa clínica amb una mirada etnogràfica sistemàtica sobre l'entorn del pacient a què assistien, en un moment en què la creació del pacient hospitalari pretenia eliminar el context social i cultural de la malaltia. El paper de l'etnografia seria, doncs, essencial en la construcció de la «missió» del metge, la imatge del qual seria popularitzada, ja al segle XX, per les representacions elaborades a la literatura i les arts. La crisi de l'etnografia dins l'educació mèdica l'hauria desplaçat a sectors subalterns de la medicina, tot facilitant la seva externalització en forma d'antropologia mèdica. La paradoxa actual és la insistència en vindicar el «tipus ideal», però sobretot reconèixer que l'etnografia segueix sent fonamental en la pràctica mèdica actual.

Paraules clau: etnografia; relació metge-malalt; antropologia mèdica; medicalització, història de la medicina

1. Aquest text forma part del projecte *Retos de la atención primaria en salud durante la pandemia de covid-19: salud comunitaria y participación social (RET COV)*, Referència: PID2021-122523OB-100. Convocatòria Programa Estatal de Generación de Conocimiento y Fortalecimiento Científico y Tecnológico del Sistema de I+D+i (Ministerio de Ciencia e Innovación) que té com IP a Francisco Ortega i Josep Barceló-Prats. Deriva de dos projectes previs encapçalats per Enrique Perdiguero-Gil de la Universitat Miguel Hernández (UMH). El meu agraïment a Enrique Perdiguero-Gil, Elisa Alegre, Josep Barceló-Prats, Serena Brigidi, Eduardo Bueno, Alfons Zarzoso i Francisco Ortega.

Abstract: The article explores the genealogy of the «ideal type» of doctor constructed in the 19th century, following the hygienic-sanitary phase of the medicalization process, until its current crisis. The central argument is that this «ideal type» was built by doctors combining their clinical skills with a systematic ethnographic view of the patient's environment when the creation of the hospital patient was intended to eliminate the social and cultural context of the disease. The role of ethnography would therefore be essential in the construction of the doctor's «mission», the image of which would be popularized, by the 20th century, by the representations elaborated in literature and the arts. The crisis of ethnography in medical education would have displaced it to subaltern sectors of medicine and facilitated his outsourcing in the form of medical anthropology. The current paradox is the insistence on vindicating the «ideal type» but, above all, the recognition that ethnography is still fundamental in current medical practice.

Keywords: Ethnography; doctor-patient relationships; medical anthropology; medicalization; history of medicine

Introducció

Des de fa temps, escriptors i científics socials han posat l'accent en els sentiments dels pacients. Potser hem oblidat els dels metges quan sovint es critica, per part dels pacients, la seva distància i fredor. Creixen també les seves pròpies queixes, el seu *burnout* (Bridgeman et al., 2018) i les propostes de canvi des de l'atenció primària pública (Herranz Rodríguez, 2024), mai des de la privada.² En general, reivindiquen «habilitats» de «comunicació» o d'«empatia», dins l'imaginari d'una relació «clàssica» metge-malalt, un constructe històric idealitzat (Laín Entralgo, 1964; Parsons, 1999) que ignora la seva complexitat (Freidson, 1988). Metges i ciutadans han incorporat aquest «tipus ideal» de metge i de la seva pràctica com a referents de la identitat dels professionals. Tendeixen a ignorar que és el producte de transaccions entre una «cultura professional» i una «cultura sanitària» global incorporades, de manera molt diversa, a infinites folkmedicines locals en constant evolució i producte de mestissatges culturals permanents (Comelles, 2023b, 57-58).

El «tipus ideal» del metge és una construcció cultural vinculada a la fase del procés de medicalització que s'inicia al segle XVIII. Combina *auctoritas*, empatia, «saber estar», comunicar i un cert *feeling* amb els pacients i les seves xarxes. Es projecta en la literatura i l'art i, com a etnografia visual, en la fotografia, el cinema, la televisió i els *social media* (Comelles & Brigidi, 2014). La seva construcció combina l'experiència clínica basada en «veure malalts», que dona lloc a una «patografia» (Laín Entralgo, 1950), amb una «experiència etnogràfica», que és necessària per «comprendre» el context social i cultural de la persona malalta i per «explicar» l'articulació de la malaltia amb el seu context ambiental, social i cultural. Pot derivar, des del punt de vista narratiu, en una «geografia» més general o en una «etnografia» més local (Comelles, 2000; 2021). Si abans del segle XVIII aquests gèneres d'escriptura eren relativament excepcionals (Comelles & Digiacomò, 2018, 217-220),

2. Sobre la relació metge-malalt, vegeu Laín Entralgo (1964) i Parsons (1999). Els editorials de la revista *Atención Primaria* (2020-2024) són una font actual interessant pels debats sobre l'atenció primària en la post pandèmia (Comelles, 2022).

posteriorment van estar influïts per l'antropologia naixent (Blanckaert, 2009; Stocking, 1987) i el neohipocratism (Miller, 1962). Al segle xx, l'hegemonia de la medicina experimental va confinar l'etnografia a àmbits subalterns de la medicina, al mateix temps que la nova antropologia social i cultural acadèmica, una antropologia professionalitzada (King, 2023), la convertia en el seu signe d'identitat i es desinteressava per la seva aplicabilitat.

A partir de 1960, l'antropologia mèdica, en el marge de l'antropologia i de la medicina, va obrir un espai de diàleg interdisciplinari, quan l'evolució del procés de medicalització i els canvis en els dispositius sanitaris globalitzats van exigir aportacions teòriques i pràctiques amb els quals posar límits a l'individualisme metodològic de la clínica; i, també, per comprendre l'enorme diversitat social i cultural dels pacients i de les seves xarxes socials en la societat global. Al segle XXI cal veure quin paper juga encara l'etnografia en el coneixement i en la pràctica mèdica i quin significat té en la cultura sanitària. En aquest article es proposa un recorregut, des d'una perspectiva històrica —però també personal— entorn d'aquest tema.

El marge del marge

Dos metges referents de l'antropologia mèdica, Arthur Kleinman (1995) i Robert Hahn (1995), van revisar críticament els límits entre la medicina i l'antropologia, un tema que ja havien abordat plegats (Hahn; Kleinman, 1983). Reivindicaren l'etnografia per comprendre el context de la malaltia quan l'antropologia mèdica³ ja era reconeguda per l'antropologia malgrat les reticències del sector acadèmic (Menéndez, 1977), poc obert a la seva deriva aplicada. Reticència que compartia la medicina hegemònica (Menéndez, 2005), hospitalocèntrica i especialitzada. Aquesta l'havia arraconat a una posició subaltern a l'atenció primària i comunitària (Comelles, 1993),⁴ malgrat els esforços de l'OMS per avalar aquesta darrera (Brown et al., 2006; Cueto, 2004) com el principal dispositiu de proximitat en territoris colonials o subdesenvolupats on la diversitat social, ètnica i cultural era complexa i donava lloc a resistències. En canvi, a Occident, això s'hauria resolt amb l'estat del benestar,⁵ atès que l'etnografia ja no formava part de la formació mèdica i la interdisciplinarietat era conflictiva (Dorolle, 1953; Seppilli, 1955).

L'hegemonia de la medicina experimental basada en un «pacient hospitalari» (Jones, 1996), aïllat del seu context i actor passiu, topava amb la mirada etnogràfica relativista, que

3. Un panorama general de l'antropologia mèdica és a Comelles & Martínez-Hernández (1993); Martínez-Hernández (2008); Martínez-Hernández & Comelles (1994); Martínez-Hernández, Orobitg & Comelles (2000). Sobre la seva expansió, vegeu: Saillant & Genest (2007); i a Espanya, Martínez-Hernández, Perdiguer-Gil & Comelles (2015).

4. Hi ha permanents relacions entre la psiquiatria, la psicologia i l'antropologia (Martínez-Hernández et al., 2000).

5. Cal esmentar les noves demandes en salut mental, derivades dels desplaçats (Murphy, 1955), les polítiques indigenistes (Aguirre-Beltrán, 1947; Comas, 1945) i aquelles que van donar lloc a «l'antropologia clínica» (Caudill, 1953; Paul, 1955) i a «l'antropologia mèdica» (Scotch, 1963).

observa el pacient en el seu context i on el professional sanitari i la xarxa que l'envolta coprodueixen experiència sobre les malalties (Menéndez, 1991). A l'hospital, el pacient és un «intrús» en una «màquina de curar», on el metge pot mantenir la distància emocional amb ell, a la inversa del que passa quan el metge és «l'intrús» al domicili del pacient (Comelles, 2007). El significat de l'etnografia és diferent en tots dos casos. Al domicili, és indispensable, a l'hospital, «sembla» prescindible, malgrat que és un espai d'interacció social riquíssim (Allué, 1996, 2013) i que ha exigít, darrerament, incorporar polítiques institucionals «d'humanització», sobretot des de la infermeria.

La recomposició del significat de l'etnografia en la medicina de finals del segle xx parteix de la seva subalternitat i del fet que el desenvolupament d'una etnografia acadèmica professionalitzada (King, 2023, cap. 3-6) hauria permès posteriorment a la medicina externalitzar-ne la pràctica, tot incorporant antropòlegs acadèmics per fer front a problemes relatius a la diversitat social i cultural. També, perquè la crisi de la medicina i la psiquiatria als anys seixanta (Menéndez, 1992) va afavorir el diàleg entre l'antropologia i la medicina (Comelles, Martínez-Hernández, 1993, 35-51), entorn del debat sobre la «medicalització» (Busfield, 2017) i els seus efectes (Illich, 1975).

Era un moment en què la medicina hegemònica ignorava el paper estructural de «l'autoatenció» (Menéndez, 2003), confonent-la amb «l'automedicació» (Menéndez, 1989, 1991) durant la «crisi de drogues» (Romaní, Comelles, 1991). El concepte «d'autoatenció» negava la condició «primària» de l'atenció mèdica, ja que la demanda al voltant de la salut, la malaltia i l'atenció eixia primer dels col·lectius humans, dels grups domèstics, de les folk-medicines de les comunitats (Haro, 2000). No era suficient «explicar-ho», calia «comprendre-ho» (Terradas, 1985). L'antropologia ho podia fer millor que les etnografies autodidactes anteriors.

Kleinman proposava una antropologia mèdica independent de la medicina dins d'una tradició relativista i escèptica. Els metges que la practiquen han d'assumir una nova identitat per poder prendre distància conforme a la metodologia etnogràfica de l'antropologia social i cultural (King, 2023, cap. 4-6). Aquest joc d'identitats múltiples el vaig descriure, no sense ironia, com la complicitat que hi havia entre el Dr. Jekyll i Mr. Hyde, on el primer no era «l'antropòleg bo» i el segon el «psiquiatre dolent», sinó que compartien els dos papers en forma d'identitats múltiples (Comelles, 1989, 218-223). Els antropòlegs, tant si venim o no de carreres sanitàries (Wendland, 2019), hem d'abordar la medicina com un *case study*, malgrat que no podem impedir el risc de la seva «medicalització» (Massé, 2001; Morgan, 1990) perquè la nostra agenda aplicada, com antropòlegs mèdics, no pot estar al marge de les inquietuds de la medicina. Per això, Hahn (1995) reclamava una «medicina antropològica» i rebutjava una antropologia mèdica feta per antropòlegs sense formació sanitària. Coincidim en reflexionar sobre la deriva de la medicina cap a la seva «deshumanització» (Crépu, 1989; Dubernand, 1997; Pardell, 1973) i en reivindicar les «humanitats mèdiques» (Shapiro et al., 2009), no sense escepticisme.

El meu trànsit de la psiquiatria a l'antropologia, cap a 1980, em va dur a abordar el problema de la interdisciplinarietat (Comelles, 1984, 146-149) per poder justificar la institucionalització de l'antropologia mèdica a Catalunya i proposar una agenda sobre l'educació pre i postgraduada en antropologia, infermeria i medicina (Comelles, 1984, 150-151). En línies generals, l'avenç ha estat considerable (Comelles, 2023a).

En aquell temps, el referent era la *clinically applied anthropology* nord-americana (Chrisman, Maretzki, 1982), molt allunyada dels primers desenvolupaments de les antropologies mèdiques europees (Kenny, Miguel, 1980; Loudon, 1976; Retel-Laurentin, 1983), amb l'excepció de l'aleshores ignorada antropologia mèdica italiana aplicada (Comelles et al., 2014). A Catalunya, vam anar incorporant l'antropologia mèdica crítica (Martínez-Hernández et al., 2013), puix que ens calia anar més enllà de l'estudi de la marginalitat social o de pobles llunyans perquè el desplegament del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) franquista a partir del 1944 havia trastocat la relació metge-malalt i el significat de la terapèutica (Prat et al., 1980). Per això calia una perspectiva històrica (Comelles, 1997b, 1997c, 2001).

Sense el procés de medicalització del segle xx, ni la sociologia ni l'antropologia mèdica tindrien avui sentit. Ho tenen per la posició marginal que té l'etnografia en l'educació mèdica. Això no vol dir que la medicina no n'hagi incorporat conceptes, teories o continguts, com és el cas de la *cultural competence* (AMA, 1999), *cultural safety* (Polaschek, 1998), *structural competency* (Metzl, Hansen, 2014; Piñones-Rivera et al., 2024), «*salut global*» (Brown et al., 2006) o *One Health* (Lerner, Berg, 2015). La *cultural competence* agrada als metges (Be-tancourt, 2004) perquè es limita a etiquetar pacients, però no als antropòlegs perquè impedeix comprendre'n la complexitat que amaguen quan arriben a l'hospital (Comelles, 2003). En canvi, la *structural competency* exigeix dels professionals una visió autocrítica i complexa del context de la malaltia, que sempre és problemàtica. Finalment, la *cultural safety* no ha sorgit de la infermeria més pragmàtica en països amb minories ètniques. No serien possibles sense el diàleg interdisciplinari i la teoria cultural (Martínez-Hernández, 2008). El problema és el mateix: què poden aportar l'etnografia i l'antropologia a la medicina actual?

Entre la clínica i l'etnografia

La clínica és encara la principal font de coneixement del saber mèdic malgrat el desenvolupament de la tecnologia diagnòstica.⁶ En alguns hospitals, el fonendoscopi és una peça de museu, una corbata que identifica els sanitaris pels passadissos. Molts ignoren que l'etnografia va ser una eina important de producció de coneixement mèdic (Comelles, 2000) i la clau per construir el «tipus ideal» de metge en què alguns encara s'emmirallen. El «presentisme» historiogràfic, en història de la medicina, ha maldat per amagar l'etnografia, ja que les fonts etnogràfiques plantegen problemes d'interpretació. Tampoc a la medicina experi-

6. Menéndez (2020b) destaca com els avenços tecnològics, la robotització i segurament la intel·ligència artificial reforcen l'hegemonia del model mèdic, fet que la pandèmia hauria accelerat (Menéndez, 2020a).

mental li convenia reconèixer-la per què aquesta nega el valor de l'experiència dels metges «del carrer»; i, a l'antropologia, per què va fer de l'etnografia el seu signe d'identitat professional (King, 2023, cap. 2-7; Stocking, 1983). Per a les dues disciplines, pels geògrafs i pels historiadors la millor solució era ignorar les fonts etnogràfiques considerant-les una feina de curiosos o d'aficionats.

Paradoxalment, en una història de les missions catòliques (Delacroix & François-Primo, 1956-7), Ramon Sugranyes de Franch (1911-2011), afirmà que «la ciència missional és una apologetica basada en l'etnografia», per justificar el coneixement de les llengües i de les cultures locals que Ramon Llull (1232-1316) havia incorporat a la formació professional dels missioners (Sugranyes de Franch, 1956). Era el fruit d'una genealogia de la mirada etnogràfica que es remunta als temps homèrics (Comelles, 2021).

El problema rau en que «etnografia» i «etnologia» són neologismes de la Il·lustració (Vermeulen, 1995), però que poden aplicar-se per catalogar documents anteriors com ja va fer, des de 1923, Felix Jacoby a *Die Fragmente der Griech Historiker* (Skinner, 2012, 1-3) o, més tard, Momigliano per comprendre el significat d'aquests textos en el món clàssic i la seva influència a l'Imperi romà (Momigliano, 1984, 11-13; 2000). Hi ha coincidència en el fet que la primera guia coneguda d'etnografia professional és *Aires, aigües i llocs* (Tratados Hipocráticos, II, 1986), que l'autor justificà:

dicen algunos médicos y sofistas que no sería posible saber medicina sin saber qué es el hombre; (...). Tiende su lenguaje hacia la filosofía (...). Pienso por mi parte, que todo aquello que los sabios y los médicos han dicho y escrito sobre la naturaleza se ajusta menos al arte de la medicina que al de la literatura (*graphiké*), y creo además que solo a partir de la medicina es posible conocer algo cierto sobre la naturaleza. Aprenderlo será posible cuando se haya abarcado aquella en su totalidad y para esto me parece que falta mucho (Tratados I, 1990, 160).

Per «conèixer» cal que el metge estigui present en el medi del malalt, cal una ètica i una metodologia basades en la reiteració de les observacions de cas en cas. És també un ritus de pas, un «viatge» simbòlic que transforma l'itinerant i pot transmetre's als deixebles que l'acompanyen. Aquesta etnografia és present a Galè (2014), que explica la seva experiència per construir la seva *auctoritas* (Comelles, 2021, 218-219) i no evita la subjectivitat perquè intueix que aquesta dona veracitat al seu relat, quelcom que Clifford (Geertz, 1998) destacaria com a clau en el registre etnogràfic, tant el més elemental com el «dens», afirmant que el validen els seus lectors a partir de la comunió entre el text i la seva pròpia experiència, que els permet «transportar-se» al món descrit (Geertz, 1987).

L'artifex factibus sanitatis —la definició escolàstica del metge (García Ballester, 1995)— organitzava les observacions que descrivia amb un estil no massa diferent a aquest fundacional:

En Tasos, en el otoño, hacia el equinoccio y durante las pléyades, muchas lluvias, constantes, suavemente, entre vientos meridionales. Un invierno de tipo meridional, ligeros vientos septentrionales, sequía. En conjunto, en invierno es como una primavera. Y la primavera, meridional, fresca, precipitaciones ligeras. El verano, en general nublado. Falta de agua. Los vientos etesios soplaron escasa, ligeramente, a intervalos (Tratados Hipocráticos V, 1989, 45-46).

Quan ho llegim podem evocar el cel i el clima, el curs de les estacions a la vora del Mediterrani. És un relat «visual» que transmet sensacions, però, a la vegada, té una dimensió quasi bé poètica i que pot donar lloc a la descripció etnogràfica pura i dura:

A partir del principio del verano [...] muchos de los que se estaban debilitando gradualmente ya desde hacía mucho tiempo se postraron en el lecho tísicos, en tanto que los que estaban en estado dudoso, en muchos (el mal) se confirmó en ese momento. Y se manifestó [...] entonces en algunos cuya naturaleza tendía a la tisis. Murieron muchos, la mayoría de éstos, y de los que estaban postrados en cama no sé si alguno sobrevivió por mucho tiempo. Morían más rápidamente de lo que es habitual en esas enfermedades, mientras que las [...] más largas y desarrollándose con fiebre [...] las soportaban fácilmente y no morían (Tratados Hipocráticos V, 1989, 48-49).

No és una «patografia», és una «etnografia» que descriu els efectes socials de la malaltia. Tucídides (1889) ho reblà en la seva descripció de la pesta, i ho trobem en un escrit de 1778 del metge de les mines d'Almadén:

las faenas de estos mineros son sumamente trabajosas y llenas de miserias, contingencias y desgracias. Su primer paso es bajar a unos pozos perpendiculares, de cincuenta, ciento y ciento cincuenta varas de profundidad, por escaleras fijadas en uno de sus testeros. Su tarea de seis horas se reduce o a sacar zafra mala, o escombros, donde se levantan fastidiosos vapores; o a sacar aguas tirando el balancín de una bomba; o hacer un barreno de diez y seis dedos de profundo, cuyo polvillo o les inflama la boca o les lastima el pecho; cargarle con pólvora y dispararle, donde el humo que tragan es de mucho perjuicio; cargar y descargar los humos de fundición (Parés y Franquès, 1998, 504).

Són milers els escrits professionals de missioners, espies, viatgers, mariners, militars, també de curiosos observadors esbiaixats pels seus objectius professionals i pel públic a què es dirigeixen (Rubiés, 2017). Un gènere també present a la ficció (Rothfield, 1992), i que esdevé una font (Boyer, 2001; Estellés, 1971) o una eina per l'educació mèdica (Brigidi i Comelles, 2015). La contrapartida és que per acreditar el seu valor heurístic cal triangular

fonts diverses, comprendre el seu significat en el context en què van ser escrites i conèixer a qui anaven dirigides quan van ser escrites. L'endemà de la seva publicació, una etnografia és una font primària. Cal explorar-ne els silencis i les omissions, furgar en el segon nivell de lectura o descobrir que hi ha detalls que revelen contextos complexos. Es pot comprendre com, per una medicina convertida avui en una enginyeria basada en una apologètica de l'experimentalisme, això és *too much*.

La «missió»

El metge John Gregory (1724-1773) aconsellava els estudiants de la Royal Infirmary de Edimburg (1772), seu d'una de les primeres «sales d'observació» d'on eixí el «pacient hospitalari», sobre la pràctica, l'ètica i els seus deures amb els pacients i el seu entorn:

Un metge, per la naturalesa de la seva professió, té moltes oportunitats de conèixer el caràcter i les preocupacions privades de les famílies amb què es troba empès. A més del que pot aprendre de les seves pròpies observacions, sovint se li admet a la confiança d'aquells que potser pensen que deuen la seva vida a la seva cura (Gregory, 1772, 26).

Els oients exercirien en el futur a casa dels pacients,⁷ rodejats de la seva xarxa social. La pintura holandesa del segle XVII va fer de la seva representació visual idealitzada un gènere artístic (Comelles, 2007, p. 109-110; Díaz Gito, 2016). A tall d'exemple, en molts quadres es representa un metge, vestit de negre, que mira una ampolla plena de pixums, prop d'una malalta, rodejada de parents i criats en un interior burgès. Sir Luke Fildes a *The doctor* (1891) representa la mateixa escena a una casa obrera en clau de «realisme social» (Gual, 2010). Si el metge neerlandès tenia un gest d'autoritat, al britànic, ajupit sobre la nena malalta, li preocupen el misteri de la malaltia i la incertesa del pronòstic. Representa una medicina que combina la clínica i el compromís social. També, *Ciencia y Caridad* de Pablo Picasso (1897) descriu l'entorn social i cultural de la pràctica mèdica, el «tipus ideal» de metge i la seva «missió», en la qual és conscient dels seus límits malgrat haver estat format en una universitat científica (Bonner, 1996; Risse, 1999, 289-462).

Molts metges participaven en les noves societats d'antropologia des del segle XVIII. La influència inicial de la disciplina en la medicina no tindria només a veure amb l'anatomia comparada o amb els debats sobre l'evolucionisme o el racisme del XIX (Stocking, 1968), sinó també amb la recuperació del determinisme ambiental (Greenwood, 1984) i l'hipocratism (Miller, 1962). El pacient hospitalari permetia una nova nosografia (Foucault, 2001), però n'hi havia una altra fora de l'hospital, al medi rural o a les colònies (Comelles & Di-

7. Louis Odier, un metge de Ginebra de qui hi ha una àmplia documentació personal, però que no fou cap personatge públic més enllà de la seva condició professional, il·lustra bé aquest tipus de pràctica (Rieder, 2016). A Catalunya, vegeu Zarzo-so (2001, 2006, 2022).

giacomo, 2018, 215-219; 221-227). Ludwig Finke (1747-1837), a *Versuch einer allgemeinen Medicinisch-praktischen Geographie* (1795), va compilar la distribució local de malalties i epidèmies als cinc continents i va crear el concepte d'«antropografia», més holístic que el d'«etnografia», per redactar una guia per orientar les topografies mèdiques (Finke & Rosen, 1946). Dels homes, calia observar

la seva naturalesa, color, físic, educació, temperament, laboriositat, diligència, indolència, resistència o feblesa per a suportar les dificultats, i així successivament. Les seves ocupacions, artesanies i oficis (...) Els seus aliments, begudes i condiments mereixen atenció, no menys que la seva roba, habitacions, jocs, diversions i hàbits personals, com el mal ús de begudes calentes i ardents, o tabac, habitacions calentes i similars. [El metge] descriu els modes de tractament comunament emprats al país, si no són absurds, com sol ser el cas, perquè alguns d'ells poden ser d'una naturalesa que porti a un metge alerta a pensar sobre ells, i moltes vegades fins i tot, a imitar-los (Finke cit. a Rosen, 1946: 536).

La guia estava destinada a les expedicions científiques i als metges locals, que s'interessaven per la salut, les malalties i les epidèmies. Les memòries resultants tenien la voluntat de derivar en una «etnologia» mèdica comparativa com un projecte amb abast polític a escala de les polítiques públiques.⁸ En són un bon exemple les dues memòries redactades per l'expedició Baudin a Austràlia (1801-1804), per part de membres fundadors de la Société des Observateurs de l'Homme, la primera societat científica d'antropologia (Copans, Jamin, 1978). El *philosophe* Joseph-Marie de Gérando (1772-1842) se centrava en l'estudi de la cultura dels aborígens sense parlar de malaltia (1978), mentre que el metge François Peron (1775-1810), deixeble de Cuvier, creia que:

Només un metge pot determinar la naturalesa física del clima i investigar i precisar la seva influència en la constitució orgànica dels pobles que l'habiten, així com el desenvolupament de les seves facultats morals i intel·lectuals, estudiar les seves passions dominants, trobar-ne la causa, descriure les seves ocupacions, els seus treballs, els seus exercicis, detallar en definitiva tot quant pot tenir relació amb la seva higiene (Peron, 1978, 75).

Peron era deixeble del Philippe Pinel (1745-1826), que aconsellava els seus estudiants així:

8. Peter (1967) ho va mostrar amb les enquestes de la Société Royale de Médecine i va analitzar el seu significat personal per als autors (Peter, 1984).

Primera regla: colóquense en la primera clase los escritos de Hipócrates que se han tenido siempre por legítimos y que después de haber servido de guía a los médicos observadores de todos los siglos por la descripción exacta y correcta de los fenómenos de las enfermedades, pueden colocarse al lado de lo más perfecto que encontramos en cualquier otro ramo de las ciencias [...] (Pinel, 1803, 353-354).

En aquell temps , a Viena, des de la sala d'observació del Iosephinus, Maximilian Stoll (1742-1787) explicava que

Pocs dels meus malalts arribaven a l'hospital a l'inici de la seva malaltia. La majoria ho feien al cap d'uns dies, durant els quals no havien pres cap remei o l'havien pres per atzar. Alguns s'havien fet sagnar una vegada o dues, la qual cosa els havia alleujat momentàniament. De seguida tots els accidents s'exacerbaven, en particular els que afectaven el pit (..) Els que havien usat purgants no van obtenir cap avantatge, o molt poc; la majoria es van sentir pitjor i la seva febre va augmentar.(...) Molts malalts o, com és freqüent, pel consell d'amics havien començat a purgar-se (Stoll, 1809, 12-13).

Descrivia aquí el «procés assistencial» (Comelles, 1997a) del pacient fins a l'hospital. Però ignorava les raons per les quals el pacient va decidir anar-hi i no va reclamar l'atenció medicalitzada com a primer recurs, tot lamentant que, prèviament, el pacient no havia fet el que el metge pensava que calia fer. El curs inicial de la malaltia quedava fora del seu espai d'observació i s'havia de limitar a escoltar el que el pacient o el seu entorn volien explicar, en un temps on «només les observacions i experiències exactes podran donar un fonament sòlid a la Medicina» (Schmidtmann, 1804 citat a Von Buelzinsgloewen, 1997, 113). Importava el que es veu, menys, el que s'escoltava i això repercutia en l'educació mèdica,

després d'haver deambulat, durant anys, en una sala d'hospital, seguint un professor que només li fa veure el que veu o el que vol veure, un jove comença a la ciutat o al camp sense saber que una o l'altra d'aquestes localitats exigirà imperiosament de la seva pràctica com de les seves maneres, aquest matís indeleble que hi ha entre el ciutadà blanc, prim, impressionable i l'homenot bronzejat, amb mans calloses al que res mou, esgarrapa o cansa (Munaret, 1840, IX).

La ruptura entre la medicina apresada a la facultat i la realitat era un fet

al camp, l'aïllament científic del metge i el petit nombre dels malalts l'obliguen a conèixer i a practicar totes les branques de la medicina i de la cirurgia. El mateix dia, amic meu, haureu d'auscultar i sagnar, reduir una luxació, acabar un part amb fòrceps, treure un queixal; l'endemà, desbridareu una hèrnia estrangulada, prescriureu un tracta-

ment contra la sífilis, practicareu un cateterisme, i cada nit haureu de preparar una posició, un vesicant, pastilles i, si no hi ha apotecari, haureu d'improvisar una cura, un pessari o un aparell de contenció (Munaret, 1840, 15).

Ignasi Porta i Farquell (1783-1851), un metge simpatitzant de l'homeopatia que l'any 1820 proposà la creació d'una càtedra d'Higiene Pública i de Medicina Legal, explicava als seus col·legues de l'Acadèmia de Medicina de Barcelona que

un hombre de tino echa una ojeada sobre todo lo que le rodea, al instante lo reúne bajo un solo punto de vista, nada le escapa, y comprendiendo luego el encadenamiento de las partes que componen el todo, deduce de ello incontestables verdades y consecuencias (Porta, 1845, 10-11).

Un segle més tard, segons el patòleg social Maxime Kuczynski-Godard (1890-1967), el metge

para ser lo que debe ser, no debe limitarse a esperar que se presenten enfermos, ha de penetrar el medio, ha de interesarse por todos los aspectos de la vida del pueblo cuya protección es su propósito (Kuczynski-Godard, 1944).

Hi ha com pot comprovar-se una coincidència en l'argument, perquè al segle XIX i al XX calia «volar prop dels nostres pacients quan la mà de la mort està sobre ells; no perquè puguem resoldre els seus patiments, sinó perquè la nostra presència serveixi de suport als seus pròxims» (Ware, 1849, 12). I l'arena no era, com a la segona meitat del segle XX, l'hospital:

La cambra dels malalts serà d'ara endavant el teatre del vostre treball, l'escenari tant dels vostres triomfs com dels vostres fracassos; perquè hi és. Enmig dels gemecs i els sofriments dels teus semblants has de regnar i complir el teu destí designat i si no sempre hom surt del combat amb les paraules de triomf inscrites a la seva bandera, té el consol de saber-ho, si ha complert fidelment el seu deure, si ha fet tot el que l'habilitat humana podria idear, o suggerir (Gross, 1875, 8).

Aquests relats documenten la construcció del «tipus ideal» de metge. Són lliçons de senyors com Samuel D. Gross (1805-1884) o John Ware (1795-1864), entre d'altres, convidats per les escoles de medicina perquè expliquessin als joves què trobarien en el terreny professional (Comelles, 1996). Són bones pràctiques, una ètica i un compromís professional sota el paraigua del «Jurament hipocràtic» (Tratados I, 1983). Volen corregir les males pràctiques que Laurent Joubert (1578) ja denunciava en els seus col·legues. Ara, en la tran-

sició al capitalisme, el mercat mèdic s'ampliava i calia que les classes populars incorporessin una nova imatge del metge, i acceptessin el seu monopoli mentre reclamaven assegurances de malaltia i d'accidents. El metge, *general practitioner* (Horder, Swift, 1979), *Artz, praticien* o *hombre del arte*, tenia una «missió»:

en medio de esta deshecha tormenta, de ese laberinto de disolución, de enfermedades y de muerte, de este camino sembrado de escollos y oscurecido por las tinieblas de la maldad y el crimen. ¿Quién podrá salvar a la sociedad? ¿Quién podrá hacerla arribar al puerto de salvación y de bonanza? ¿Quién podrá darle el hilo que Ariadna dio a Teseo? ¿Quién podrá mostrarle la senda que ha de emprender e iluminarle en su tránsito, cual Moisés al pueblo de Israel? ¿Quién...? Dos hombres que la sociedad desprecia porque desgraciadamente nunca pueden aplaudirla; los rechaza porque no quieren adularla, y los mira con desdén porque solo se dedican a servirla. Estos dos seres que se reúnen en las puertas de la vida caminan juntos hasta el borde del sepulcro, reciben al hombre desde el momento en que nace, le acompañan y le sirven de guía en el camino del tiempo y no le desamparan hasta los umbrales de la eternidad, ley universal en el mundo civilizado, o al menos en el mundo católico. Creo que se adivinará fácilmente que me refiero al sacerdote y al médico (Balaguer, 1865, 21).

La «missió» la popularitzarien les arts, el realisme social en pintura (Gual 2010), novel·les com *El médico rural* (Trigo, 1912) o com *Dr. Arrowsmith*, publicada el 1925 (Lewis, 2013). En aquesta darrera un científic, amb sentiments envers els seus pacients, assumeix un compromís social que s'estén a les classes populars i marginals. De manera més crítica però des d'una mirada etnogràfica, el metge Louis-Ferdinand Céline va descriure les seves experiències, com també Mikhaïl Bulgàkov en el seu *Quadern de camp d'un metge*.

Des de 1895 hi ha també una cinematografia de la «missió». Malgrat imatges ocasionals preservades, el punt de partida és, probablement, el curtmetratge *The country doctor* (1909) de D W Griffith,⁹ que descriu un metge rural que ha d'abandonar la seva filla malalta per atendre la d'una família pobra, a la qual salvarà. En tornar a casa, la seva filla és morta. Va escollir perquè tenia una «missió». Griffith va traslladar la representació del realisme social del «tipus ideal» al cinema. Però, a mitjan segle xx, el diagnòstic ja era menys amable:

Recordemos cómo estaban constituidos los servicios cuando hace pocos años que existía el médico de familia, en el que se confiaba plenamente y al que se admiraba precisamente porque se sabía que la ciencia dejaba mucho que desear y él suplía esa medianía con afecto y asiduidad en sus visitas (...) aquel médico, sin fe en su propia misión, oía, sin embargo, su nombre en medio de alabanzas y repetido con cariño, al mismo tiempo

9. Griffith, David W. (1909), *The Country doctor*. Mut, B/N, 14', USA, Biograph.

que era regalado con mercedes. Su situación, a pesar de todo, no era deseable, puesto que vivía mediatizado por las fuerzas opresoras de los pueblos y ciudades, y con la mezquindad de unos sueldos que no se modificaban nunca ni se cobraban con regularidad y una iguala familiar que sonrojaba al recibirla (...). No obstante, aquel médico de familia hacia honor a su cargo con sacrificios en el servicio, con una moral altruista y elevada; en realidad era lo único bueno que daba de sí la organización sanitaria de aquellos tiempos (Polo Fiayo, 1959, 10-11).

I, a finals del segle xx, en un temps de qüestionament de la pràctica mèdica, un metge francès, Éric Galam, s'autodescriu així:

Té un aire especial. És rocós, arbusti i tendre alhora, gran jaqueta de vellut i gestos precisos, de vegades brutals, malhumorats, però tan efectius (...) li perdonem tot menys estar absent (...) Que és la vida! La pràctica, lluny de les pressions de la ciència que són també els hospitals universitaris, em permet interessar-me, tret que sigui per gust personal, per les raons reals que porten els pacients a consultar-me (Galam, 1996, 66-67).

I des de la distància del temps, un metge rebla que aquest tipus de pràctica havia estat organitzat dins les estructures de la seguretat social espanyola:

Se trataba de un sistema alejado del interés de la Administración, más preocupada y ocupada en el apoyo al desarrollo del nivel asistencial hospitalario que en la potenciación y apoyo al desarrollo del nivel primario. Un sistema al que no se le proporcionaron los recursos estructurales, económicos y humanos que sí se proporcionaron al nivel asistencial hospitalario. (...) Nos encontrábamos ante un sistema alejado del interés de la Universidad, de las distintas sociedades científico-médicas, de los mismos colegios profesionales, de los sindicatos y de no pocos de los facultativos que en él ejercían. (...) Tras esto nos preguntamos, ¿existió alguna vez mayor «crisis de identidad profesional» que la que ha padecido el médico de cabecera español durante las últimas décadas?(Simó Miñana et al., 1997, 343).

Simó Miñana i Éric Galam escriuen a finals del segle xx. El primer, amb Polo Fiayo, reconeix la crisi del model. Galam ho inclou en un monogràfic sobre la crisi del metge de capçalera a França, i coincideix amb el que explica el metge de família i antropòleg mèdic Cecil Helman (2004) o amb la vida quotidiana del *praticien* a les barriades obreres a la novel·la *La maladie de Sachs* (Winckler, 1998).¹⁰ No divergeix del que el 2024 expliquen els

10. Deville, Michel (1999). *La maladie de Sachs*. 1:47'. França: Elefilm.

metges d'atenció primària sobre el tipus de persones que acudeixen avui a les consultes: «muchas personas no saben identificar [lo] que les pasa, pero los síntomas que presentan los empujan a los centros de atención primaria en busca de una solución» (Herranz Rodríguez, 2024).

Un oncòleg que treballa en cures palliatives, una de les majors aportacions de la sanitat pública de les darreres dècades, afirmava que «pocas cosas se pueden curar de verdad (...), que la medicina tiene mucho que ver con la ayuda, la facilitación, la colaboración» (Valderama, 2008, 76). Coincideix amb el diagnòstic de Samuel Gross:

Molts imaginin que el metge és omnipotent, capaç de fer miracles, encara que estigui citat al costat de qualsevol home que pugui morir. Dels molts casos i accidents que cada dia ha de supervisar sempre hi ha alguns que han de ser inevitablement mortals i en els quals l'únic bàlsam és alleujar temporalment el sofriment o una breu prolongació de la vida. [...] En les malalties infeccioses no hi ha tractament, ni vàlid ni que escurci el procés. Els atacs poden ser moderats, però en ells l'interès personal, si més no el sentit del deure ha de conduir al metge a il·luminar al pacient i als seus amics, sense oferir-los il·lusions d'esperança o falses promeses (Gross, 1875, 8-9).

Cultura, societat i educació mèdica

Els trets bàsics del «model mèdic hegemònic» es van sistematitzar quan la medicina hospitalària ja era «la» referència del model (Menéndez, 2005 [1978]) i els metges de capçalera, un sector la subalternitat del qual (Comelles, 1993) ja podia documentar-se als suburbis de la Catalunya franquista (Calafell, 1957; Calafell et al., 1967; Maldonado, 1962; Redacció, 1970), a la medicina rural (Comelles et al., 2020), però també als països centrals (Galam, 1996; Helman, 2004; Winckler, 1998).

La crisi del «tipus ideal» entre els metges de capçalera tenia a veure amb la generalització de les assegurances socials, on el professional era «considerado como mero punto de paso —portero— o de distribución —filtro— al especialista» (Simó Miñana et al., 1997, 343), qüestionat pels pacients, que vindicaven els seus drets perquè *paesopago*, com va produir-se a Espanya just després de la fundació del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) el 1944, que va distorsionar de cop el mercat mèdic i la imatge dels sanitaris, sense que l'educació mèdica se'n ressentís. També per la generalització de l'especialització i per l'hegemonia de l'hospital en la gestió dels cassos més severos. A Espanya, la cronologia és diferent de la dels països centrals per l'organització específica del SOE i per una acadèmia refractària a incorporar les ciències socials a la carrera de medicina (Barceló-Prats, Comelles, 2022).

Des de la llei Moyano (1857), la legislació universitària espanyola ha estat rígida. Va limitar les facultats de medicina (Danón, 1998) i va legislar el currículum. Pere Felip Monlau (1808-1871) va dissociar l'assignatura anomenada Higiene en pública i privada (Monlau, 1864), puix que «la proclamación legal de la importancia de los estudios antropológicos

fue la iniciación práctica de la Medicina en la buena Administración pública» (citat a Báguena, 1994, 94). Per ell, una educació exclusivament hospitalària no habilitava per exercir i calia que els estudiants

sean conducidos [...] a las grandes fábricas, a los hospitales y a las cárceles, a los buques y a los cuarteles, para estudiar las influencias patogénicas, para enterarse de los procedimientos manuales de las artes, para examinar las condiciones atmosferológicas, etc. [...] Durante el curso se le debe acompañar a estudiar prácticamente el laboreo de minas, la policía rural, y ensayarle en la formación de topografías (citat a Báguena, 1994, 95).

No van fer-li cas, malgrat la reivindicació que fan de l'etnografia els metges locals que escriuen topografies mèdiques per poder comprendre la realitat en què exerceixen:

¿La etnografía puede acaso desprenderse más fácilmente de la ciencia de la naturaleza que de la ciencia histórica? Y ¿acaso la historia de la humanidad era verdadera ciencia cuando, sin estudiar al hombre en su probable origen, no dilucidaba el problema, resuelto ya, acerca de la procedencia de las llamadas razas? ¿ni le estudiaba como hijo de la naturaleza a la vez que ingénito en la sociedad? Y ¿cumple por ventura la historia con su objeto, si no desvanece las dudas acerca de la influencia del clima y de las costumbres en las manifestaciones de la inteligencia y en las del organismo? (Oliu Pages, 1880).

En el nou currículum mèdic de 1884, es van afegir: *Higiene pública, Filosofía médica; Historia crítica de la medicina general y particularmente en España, Estudio histórico y geográfico de las principales epidemias y particularmente de las ocurridas en España*, i *Neuropatías*, que incloïa els *trastornos mentales* i, al doctorat, *Estadística médica*. El pla Montero (1886) va eliminar la *Filosofía médica*. L'*Estudio histórico de las epidemias* esdevingué *Higiene pública y Epidemiología* fins a la *Ley de Ordenación Universitaria* de 1944.¹¹ La manca de continguts en antropologia fou reclamada pel catedràtic d'*Anatomia* Julián Calleja (1836-1913), perquè calia que els metges pensessin

sobre el hombre, decir de él cuanto es propiamente suyo, abarcar en una sola ciencia particular todos los hechos que ofrece en su organización, en su vida, en sus relaciones cósmicas, sano o enfermo, en su espíritu, en sus variedades étnicas, en su lenguaje, en su historia social, religiosa y política... (Calleja, 1892).

No va tenir-ne resposta. De les dues branques de l'antropologia amb transcendència a medicina, l'*Antropología física* va anar a les facultats de ciències, potser per les resistències ideolò-

11. Báguena (1994) descriu l'evolució de la Higiene a la carrera.

giques al darwinisme, mentre que l'*Etnologia* va a anar a filosofia i lletres.¹² Això no va ser un obstacle pel desenvolupament de la medicina social de la mà del compromís social d'alguns metges (Rodríguez Ocaña, 1987), dels informes etnogràfics (Rodríguez-López, 1896), del folklore i les topografies mèdiques (Casco-Solis, 2001; Urteaga, 1980), entre d'altres.

El títol de *Licenciado en Medicina y Cirugía* habilitava per la pràctica privada o per opositar a *titular* o, més tard, al SOE. Els qüestionaris de les oposicions s'ajustaven als continguts de la carrera i en el de 1905 per a *médicos titulares* quatre blocs de temes eren de clínica i el cinquè tenia vint-i-sis temes d'higiene (Barceló-Prats, Comelles, 2022). La majoria dels *titulares* començaven la vida professional a destins rurals (Comelles et al., 2019). La formació postgraduada podien fer-la com a voluntaris als hospitals de beneficència, amb literatura mèdica, tenint mentors, anant a congressos o als cursos de l'Escuela Nacional de Sanidad, fundada el 1924 (Pittaluga, 1930), si volien formar-se en salut pública. Això no va canviar després de la Guerra Civil, en un mercat mèdic en què la mirada etnogràfica era indispensable per entendre el que passava a la societat del seu temps.

La pantalla fèrtil

Il teatro e la vita non son la stessa cosa. No. Non son la stessa cosa.

(Leoncavallo, 1891, *Pagliacci*)

Abans de la II Guerra Mundial la cinematografia ja tenia gran influència en les classes populars. Les autoritats sanitàries van comprendre el seu valor i van finançar produccions de divulgació (Perdiguero et al., 2007).¹³ També les ONG i les productores comercials. Els documentals eren sovint «docuficcions» o «docudrames»,¹⁴ perquè era més fàcil atreure l'espectador amb arguments melodramàtics.¹⁵ Explicaven les causes de la malaltia, descriuen les conductes de risc i què calia fer sense renunciar a presentar les emocions. Es rodaven als dispensaris i als hospitals, i els metges i les infermeres n'eren els actors. La ficció mostrava també hospitals.¹⁶ A *Heroísmos* (1922), per afavorir el mecenatge,¹⁷ a d'altres, per raons comercials, com a *La Rosa de Madrid* (1928),¹⁸ amb seqüències sobre la «missió» dels metges, rodejats de malalts, sanitaris i religiosos.

12. *Filologia* i *Arqueologia* eren els altres dos camps que composaven el *quadrium* de l'antropologia general, assignats també a lletres.

13. Delgado, Fernando (1927), *La terrible lección*, muda, B/N, 27'. Espanya. Combina una primera part melodramàtica sobre el perill de les relacions sexuals fora del matrimoni i la segona sobre el tractament mèdic, l'exploració clínica i la recerca.

14. Griffith, Edward (1918), *The End of the Road*, muda, B/N, 1:06'. Estats Units: US War Department.

15. Taylor, Edward (1915), *The Lone Game*, muda, B/N, 16', Estats Units: Red Cross – Association for the Study of Tuberculosis.

16. Feuillade, Louis (1911), *La Tare*, muda, B/N, 41'. França: Gaumont.

17. Bonet Amigó, Luis (1922), *Heroísmos*, muda, B/N, fragments. Espanya.

18. Fernández Ardavin, Eusebio (1928), *Rosa de Madrid*, muda, B/N, 1:38'. Espanya: Producciones Ardavin.

El millor referent d'aquest apostolat és *Dr. Arrowsmith* (1931)¹⁹, una producció sonora de Hollywood amb Ronald Colman com a protagonista i amb una distribució global. Al guió, Sinclair Lewis va estilitzar la seva novel·la per mostrar la carrera d'un metge que transita del món acadèmic i la recerca a la pràctica entre les classes populars o marginals durant la Depressió. Una dècada més tard, *Dr. Kildare Strange case* (1940),²⁰ inspirada per una novel·la gràfica, ambientada en un hospital, mostrava la relació entre un metge sènior paraplègic i un de júnior. El primer responia a la imatge del bon doctor «de tota la vida» —una mica rondinaire—, mentre que el jove representava les innovacions terapèutiques però sense trencar amb el model ideal. Aquestes produccions són avui una font d'etnografia visual, tant la rodada *in situ* com en platós, perquè l'estil narratiu és el realisme o el naturalisme. Idealitzen la ciència, els metges i els laboratoris o els quiròfans. El paper de les dones és subaltern. Guionistes, productors i directors volien, tant en la ficció com en el documental, que el que es mostrava pogués ser reconegut i incorporat pels espectadors sense qüestionar-ne la bondat global.

Missioners de la ciència

A mitjan segle XIX, el «tipus ideal» de metge ja era un apòstol de la ciència que

sacseja amb una mà cautelosa el tronc d'alguns prejudicis relatius a la salut, i quan els jutja prou entesos, d'una mà ferma els arrenca del seus costums. I si del bon gra que ha sembrat en el camp encara inculc de la seva intel·ligència creixen algunes llavors que la societat podrà recollir més tard, aquest és el seu premi (Munaret, 1840, 39).

La «missió» té a veure amb el seu paper en el procés de medicalització. Un procés de canvi cultural, indispensable per projectar-se sobre col·lectius subalterns: el camperolat, el proletariat urbà a Europa i els grups ètnics durant la intervenció colonial. Explica el seu interès per construir una patologia «ètnica» (Comelles, DiGiacomo, 2018) i per la seva importància per vèncer els obstacles sanitaris i les resistències culturals al procés de colonització. Nicole Diasio (1996) estudià la producció etnogràfica dels metges colonials i la dels metges *condottos* a la Itàlia rural. Parla d'una «ciència impura» en mans de «missioners» de la medicina, que finançaria la Fundació Rockefeller (Cueto, 1994), també a Espanya (Rodríguez-Ocaña, 2000), però no l'antropologia professional (Jones-Kern, 1999).

D'aquestes etnografies vull destacar la monografia *La vida en la Amazonia Peruana. Observaciones de un médico* de Maxime Kuczynski-Godard (1944), influïda pel marxisme i la nova antropologia (King, 2023, caps. 5-6), on s'afirma que

19. Ford, John (1931), *Dr. Arrowsmith*, sonora, 1:48', Estats Units: United Artists.

20. Bucquet, Harold S. (1940), *Dr. Kildare's strange Case*, sonora, B/N, 1:15'. Estats Units: MGM.

Muchos indios todavía viven en grupos pequeños, bastante aislados, uno del otro, siguiendo una vida relativamente limpia que evita infestaciones densas con parásitos intestinales; una vida protegida visiblemente por una alimentación que acepta una multitud de comestibles silvestres, exenta de los «tabúes» de los colonos que provienen de manera muy humana de sus hábitos alimenticios. Así el indio se salva de las formas graves de la anquilostomiasis y de las carencias y precariedades que amenazan tanto la vida del colono. El indio se purga con sus remedios «del monte»; tiene, además, su tratamiento cosmético cuidadoso de la piel que, al mismo tiempo es adorno, protección higiénica y mágica, en la misma unión íntima e indisoluble que conocemos de ciertas prescripciones del Antiguo Testamento, tanto rituales cuanto saludables. El colono, aunque siga en muchos pormenores materiales y espirituales al indio, se orienta en sus actitudes sociales visibles hacia el blanco, sin poder entrar, hasta ahora, en su mundo cultural «occidental»; rehúsa, por eso, ciertos de los modales «muy indios», entre los cuales cuenta, por supuesto, la costumbre de pintarse el cuerpo con achiote, mezclado con aceite. (...) Si algo demuestra con evidencia el grado superior de acomodación biológica a la cual llegó el indio silvícola, lo es la diferencia enorme que existe a este respecto de trastornos cutáneos entre él y la población blanca, mestiza o india, domesticada y degenerada (Kuczynski-Godard, 1944, 150).

Aquest document no es una excepció. Al Palacio de la Inquisición de Mèxic es conserven els milers d'informes que els metges *pasantes*, en acabar el seu servei nacional a *rancherías* o a comunitats indígenes (Martínez Moctezuma, 2018), havien d'entregar a la UNAM per obtenir el títol. El promotor del programa, Bustamante, els volia «evangelizadores de la salud que requería llegar a todos los rincones del país» (Agostoni, 2013, 748). Els seus informes finals, sota una pauta derivada de la de les topografies mèdiques, descriuen com l'entorn natural i les condicions de vida afectaven la morbiditat i la mortalitat, els hàbits alimentaris i la cura de la mare i els fills en comunitats rurals i indígenes. Alguns metges fan palès el seu compromís social:

Aquí la vida es una tragedia para gente humilde que sufre varias privaciones (...). Estos fueron los problemas más dolorosos para mí porque los padres desconcertados a menudo me pedían ayuda desesperadamente (...), y haría todo el posible para corregir o mejorar estos trastornos enseñándolos maneras de mejorar su salud (Salas Rojas, 1952, 15-16).

Malgrat la inevitable qualitat irregular, molts dels informes són avui una font primària pels pobles originaris de Mèxic, com aquest exemple de la tarahumara:

Sobre todo, en la región de la Barranca, se acostumbra a tocar con la punta de los dedos de la mano derecha, una o más veces, el hombro izquierdo de la persona a la que se

saluda, correspondiendo este, simultáneamente, el saludo de la misma forma; después se extiende la mano y se da con ella, no un apretón, sino un simple toque de dedos al otro (...). Es digna de verse la ceremonia del saludo cuando se encuentran dos familias, pues los niños deben demostrar su educación, y así se agachan para que los pequeños les puedan dar palmaditas en el hombro (Irigoyen Rascón, 1974, p. 74).²¹

Als Estats Units i al Canadà, els antropòlegs participaven en projectes aplicats (Polgar, 1962; Scotch, 1963), i la medicina social i les ciències socials i humanes penetraven en l'educació mèdica. A Espanya, el 1952 el Ministerio de Educación va comissionar el metge Primitivo de la Quintana (1907-1996) perquè estudiés la situació de la medicina social en l'educació mèdica internacional quan es discutia la reforma del pla d'estudis de medicina de 1953 (Barceló-Prats, Comelles, 2022):

La necesidad de enseñar la Sociología y Economía médicas es proclamada de manera unánime por la American Medical Association, (...) por la American Public Health Association, (...) y por la Association of American Medical Colleges, que reúne a los profesores de las Escuelas de Medicina. Actualmente, Franz Coldmann explica en la Universidad de Yale un curso elemental para todos los estudiantes de Medicina, uno superior para especialistas y un tercer curso de organización de la salud en la colectividad. En ocho Universidades norteamericanas se dan programas completos de Medicina social para estudiantes de Medicina, para higienistas o para postgraduados, bajo distintos nombres, entre los que se utilizan más frecuentemente el de Economía médica o Economía de la Salud, siendo obligatorio este curso en algunas Universidades, como la de Minnesota. En la Universidad de Harvard se ha instituido, a partir de 1945, una cátedra de Sociología médica (Quintana, 1953b, 114).

La «sociologia» empírica que vindica era l'estructural funcionalista de Parsons i Merton en què participaven també antropòlegs. Els treballs aplicats es publicaven a revistes com *Human Organization*, però a Espanya pocs hi estaven atents. Quintana conclou a partir d'aquestes influències que

se deduce de manera clara que el médico en ejercicio necesita conocer algo que no está en relación directa con el organismo humano sino a través de su medio social y de la organización social en que viven ambos —médico y paciente— y de lo cual hasta la fecha en España no ha sido adiestrado ni informado en el curso de sus estudios universitarios (Quintana, 1953a, 8).

21. Cap a 1960 la seva qualitat declina. L'antropologia mèdica prenia el relleu (Beltrán, 1994; García Mora, 1987).

La seva recomanació no va ser atesa (Barceló-Prats, Comelles, 2022). Alfonso de la Fuente Chaos (1958), un falangista i tècnic sanitari, proposava, per la reforma de la carrera de medicina de 1959, un currículum clínic destinat a formar *médicos de zona* del SOE i que s'adaptaria per preparar els futurs MIR als hospitals (Nadal, 2016). Durant la dècada dels seixanta va créixer la matrícula a medicina. Una part dels llicenciats podien fer formació postgraduada a l'estranger (Allué, 2011) i per la promoció de 1966-1972 de medicina a Barcelona, l'horitzó professional ja no era ser metge de capçalera, sinó treballar en un hospital.²² Durant el franquisme i la Transició, la premsa professional va reflectir de menys a més la crisi del «tipus ideal» de metge (Perdiguero-Gil, Bueno, 2020), pel major pes de l'especialització (Redacció, 1968; Jovell, Roig, 2001) i pel canvi en el significat dels hospitals (Comelles et al., 2020). Tant es així que avui les places de medicina de família del MIR són les menys cobejades pels candidats i posa de relleu com la «missió» en els termes en que va construir-se ja no es una font de «vocacions», doncs la medicina de família esta «desprestigiada socialmente, subalterna del hospital, poco atractiva entre los candidatos a MIR, las consultas médicas masificadas con escaso tiempo por paciente, la burocracia mantenida e irracional distribución de tareas son, entre otros, los problemas que persisten. Todos ellos identificados desde hace muchos años» (Simó Miñana, 2022, 2).

Medicina, societat i cultura a les institucions assistencials

Els metges imaginaven que reificant el cos del «pacient hospitalari» al «laboratori» de l'hospital eliminarien emocions, subjectivitat, simbolismes, rituals i l'experiència (Comelles, 2007). Però, segons Suñé i Molist ([Sola], 1883, 81), a la Santa Creu de Barcelona, la malalta

estaba llena de aprensión por los continuos rezos que las hermanas imponían a las enfermas; dijole que cada acto, ya fuese el de comer, el de beber, el de lavarse, etc... iba acompañado de una oración y avemarías; que al anochecer una hermana, puesta de rodillas ante el altar había rezado el rosario, la letanía y algo más, acompañándola muchas enfermas con voz de sueño y buena dosis de bostezos; que cada hora, al oírse la campana del reloj, la hermana decía una oración muy melancólica cuya oración terminaba avisando, cual augur funesto, que «todas tenían una hora menos de vida».

Suñé i Molist (1852-1914), a la seva novel·la *Misterios del Hospital*, descriu etnogràficament l'hospital barceloní a partir de les seves observacions com a estudiant, primer, i com a metge, després. És una etnografia tan «densa» que fou un escàndol i el llibre va ser segregat. El seu naturalisme impugnava «l'hospital domèstic» inspirat per la religió, com ha estat assenyalat en altres casos (Long & Golden, 1989; Rosenberg, 1987), també a Catalunya (Martín et al. 1993). Aquest model pretenia combinar l'hospital com a casa d'acollida i es-

22. Comelles, Josep M. (2023), *The way we were?* vídeo HD, 26'. Tarragona: Arxiu d'Etnografia de Catalunya.

pai de producció científica. Per això, l'acollida, en mans de personal tècnic, havia de preservar la calidesa de l'atenció familiar, també a les noves clíniques especialitzades creades pels metges (Zarzoso, 2022). La seva avaluació etnogràfica podia ser el punt de partida d'una revisió dels rols institucionals, dels administradors, del personal tècnic i religiós i dels metges i de les seves xarxes socials i culturals respectives. Si al domicili el *tino practico* era abastable per un metge etnògraf, a l'hospital aquesta complexitat exigiria una revolució metodològica.

El punt de partida fou l'obra de Dunham i Weinberg (1960 [1939]), que van aplicar el concepte de «subcultura» per descriure el funcionament d'un manicomi. Més tard, Caudill (1966) va utilitzar el de «comunitat» dins d'una perspectiva funcionalista (Stanton, Schwartz, 1954) que permet una etnografia interpretativa indispensable per avaluar les discrepàncies entre els objectius i les pràctiques institucionals (Comelles et al., 2018, 13-18) o el funcionament dels nous establiments (Rapoport, 1960). Les etnografies van servir també per avaluar els nous hospitals en transició (Smith, 1958), que podrien donar respostes i solucions a la deshumanització de l'hospital (Pardell, 1973) i al qüestionament del «tipus ideal» de metge (Crepu, 1989; Dubernand, 1997). Alguns antropòlegs que han estat pacients (Allué, 1996; DiGiacomo, 1987; Frank, 1991; Murphy, 1987) han produït autoetnografies denses de les institucions (Allué, 1998, 2011)²³ i estudis sobre la relació entre els ciutadans i els professionals (Allué, 2013) per mostrar com en serveis d'alta tecnologia també operen la màgia, els miracles i la religió (Comelles, 2002). Les etnografies institucionals són per això indispensables i han estat clau per desenvolupar una rica etnografia visual entre la ficció i la no-ficció, sobretot a l'Amèrica del Nord (Comelles, Brigidi, 2014).

A Espanya, en canvi, el No-Do (Tranche, Sánchez-Biosca, 2006) va oferir poca informació sobre el sector sanitari (Ramírez Martínez, 2011) i només es van produir una dotzena de pel·lícules de ficció amb metges i hospitals. Cinc giren al voltant de la medicina, i les més interessants són *Llegaron siete muchachas*, (1954),²⁴ *Hospital General* (1956)²⁵ i *Hospital de Urgencia* (1956).²⁶

*Llegaron siete muchachas*²⁷ és l'única sobre la medicina rural. Posa en contrast el metge titular i la metgessa de la *Cátedra ambulante de la Sección Femenina*. Pensada com una cinta de propaganda falangista, critica les actuacions entorn d'una endèmia palúdica. L'interès està en el fet que el «tipus ideal» no és l'home, un metge frustrat i desencantat, sinó ella, una activista conscient de la seva «missió». *Hospital General* es va rodar a l'Hospital Provin-

23. Giges, Aparicio (1985) a *La Vida doliente* (1906) descriu l'hospital des de la perspectiva del pacient.

24. Viladomat, Domingo (1954), *Llegaron siete muchachas*. Sonora, B/N, 1:17'. Espanya: Norte Films.

25. Arévalo, Carlos (1956), *Hospital general*. Sonora, B/N, 1:28'. Espanya: Hispamer Films.

26. Santillán, Antonio (1956), *Hospital de Urgencia*. Sonora, B/N, 1:23'. Espanya: IFI Producción.

27. Comelles, Josep M.; Brigidi, Serena; Barceló-Prats, Josep (2020), *Ficció y realidad en la cinematografía del franquismo*. Vídeo, 10'. Tarragona: Arxiu d'Etnografia de Catalunya.

cial de Madrid. És una cinta neorealista, amb valor documental en les escenes rodades a l'hospital. Hi ha una línia discursiva sobre el significat de l'hospital per als estudiants i un relat sobre el compromís professional i l'ètica. *Hospital de Urgencia* es va rodar a la novíssima Residència Sanitària Provincial Francisco Franco, a Barcelona. És l'única que mostra els nous hospitals del SOE. Les seqüències rodades a l'interior de les clíniques infantils tenen un valor documental i posen de relleu el significat dels nous equips de metges. És impossible avaluar el grau de difusió d'aquesta cinematografia, i el seu valor avui és quasi bé exclusivament el de l'etnografia visual. La seva cronologia il·lustra i documenta un període de canvi molt lent i assenyala la persistència del «tipus ideal» i la «missió» del metge fins a una dècada mes tard.

Entre Kildare i E.R.

A diferència de l'escassa producció espanyola, la internacional va tenir una enorme desenvolupament des de la dècada del cinquanta als Estats Units i les sèries «mèdiques» van esdevenir un gènere a la televisió amb audiències importants (Turow, 2010). A Europa, el 1958 la BBC va començar a emetre, en directe, *Your life in their hands*.²⁸ Segons Boon (2020, 41-42), hauria canviat la manera de representar la medicina en la televisió. Els metges i, també, el nou National Health Service (NHS) no tenien massa clar el seu objectiu, però

l'espectador està veient alguna cosa que realment s'està produint en el mateix moment de la transmissió, i ningú sap realment el que passarà. La tensió que produeix una situació així en l'audiència és una cosa que abans es considerava un dels majors actius de la televisió, i enregistrar prèviament un programa (i així eliminar tot el que s'aparta d'un pla concertat) és llençar per la finestra aquest enorme avantatge (Swallow 1966 citat a Boon, 2020, 43).

TVE se'n feu ressò i, durant el tardofranquisme, va emetre *Dr. Kildare*,²⁹ *Medical Center*³⁰ i *Marcus Welby*.³¹ Kildare mostra la vida d'un metge resident a un hospital, una figura que a Espanya pràcticament no existia. A l'hospital, un monobloc dels anys trenta, no hi havia unitats de cures intensives ni urgències —tampoc a Espanya—, i les línies argumentals es basaven en el contrast entre sèniors i júniors amb els problemes humans que es plantejaven dins d'un hospital. Executada en clau realista i amable, l'obra té cert valor etnogràfic perquè representa els hospitals derivats del *Flexner report*, tot just abans que les noves tecnologies els transformessin en la segona meitat dels seixanta (Risse, 1999). Aquesta evolu-

28. (1958-1991) *Your life in their hands*. 1986 episodis. UK: BBC.

29. (1961-1966) *Dr. Kildare*. B/N, 40', 192 episodis. USA: Arena Productions.

30. Ward, A.C.; Glicksman, Frank. (1969-1976) *Medical center*. Color, 40', 171 episodis. USA.

31. Victor, David (1969-1975) *Marcus Welby*. 40', 170 episodis. USA: ABC.

ció és palesa a *Medical Center*, produïda quan els transplantaments ja començaven a ser rutina i l'eficàcia tecnològica present als quiròfans i a les urgències era una altra. A totes dues sèries, els metges eren bells, empàtics i compassius, mentre que elles tenien posicions subalternes. Els espectadors espanyols podien ja reconèixer en algunes institucions els dos tipus d'hospitals i anar incorporant el nou significat dels establiments.

La tercera, *Marcus Welby, M.D.* (Turow, 1976), és una de les poques sèries sobre un metge de capçalera. Va tenir un 25 % d'audiència als Estats Units, perquè representava l'imaginari del «tipus ideal» en un moment en què el seu significat ja era diferent d'aquell que abans lluitava contra la mort en la descripció de Samuel Gross o en la representació de *Dr. Arrowsmith*. De mitjana edat, ell i la seva infermera, ajudats per un metge jove més «científic», tenen la consulta en un veïnat de classe mitjana a Califòrnia. Molts dels casos que atenia anaven al seu despatx acompanyats amb problemes de tota mena: malestars, malalties cròniques i/o problemes de caire social. Les urgències vitals ja anaven directament als hospitals. Avui, Welby és un símbol enyorat del «tipus ideal» en la cultura nord-americana:

Els metges varien en el grau en què s'ajusten a les expectatives culturals sobre què significa ser un 'doctor'. Un metge podria pertànyer a l'American Medical Association, portar una bata de laboratori blanc i insistir en ser abordat com a Dr. Marcus Welby, mentre que un altre podria rebutjar les associacions professionals convencionals, vestir-se amb roba de carrer i anar amb el seu nom (Halfmann, 2012, p. 188).

TV2 —l'«UHF», en termes populars— va emetre *Welby*. Va tenir poca audiència. El que s'hi mostrava tenia poc a veure amb la demanda i amb l'atenció als consultoris del SOE. La casuística que descriu representava les preocupacions mèdiques de la ciutadania americana del seu temps i no era reconeixible a Espanya. En canvi, des de 1971, TVE emetia *Crónicas de un pueblo*,³² una producció de propaganda franquista sobre la vida en un poble rural de Castella. En 37 dels 112 episodis apareix el metge *titular*, un «tipus ideal» sense fissura i paper educador d'ignorants. Els guions *costumbristas* idealitzaven la ruralia, però una direcció competent en general permet que tingui cert valor com a font etnogràfica, si s'aplica una mirada crítica.

No s'ha de menystenir el paper que la televisió va tenir en el procés de medicalització i en les representacions dels sanitaris entre la ciutadania. Durant mig segle les emissions televisives van ocupar el lleure de les famílies que veien la televisió plegats i podien «comentar la jugada». Són importants en la producció de significats perquè en clau realista, menys sovint naturalista, permetien als espectadors contrastar el que veien amb les seves pròpies experiències, cada cop més freqüents als hospitals. A Espanya es van produir algunes sèries

32. Mercero, Antonio et al. (1971-1974), *Crónicas de un pueblo*. 16mm, B/N, 30', 112 Episodis. Espanya: TVE.

amb una mirada molt idealitzada dels metges i els hospitals; a Europa, algunes de més crítiques (Brigidi, Comelles, 2015; Comelles, Brigidi, 2014) i, més endavant, alguna docuficció (Úbeda, 2014).

La ruptura en el gènere fou *E.R.*,³³ rodada en clau documental naturalista, sobre un servei d'urgències. Descriu amb una perspectiva coral el dia a dia en un hospital públic, incorporant la perspectiva de gènere, la diversitat ètnica, una mirada no medicocèntrica i el treball d'equip. Mostra la diversitat i la complexitat de les casuístiques, així com, sovint, el seu context social i cultural. Inclou temàtiques controvertides com l'atenció a determinades malalties, problemes de comunicació cultural o dilemes ètics entorn dels avortaments, les cures pal·liatives o la salut mental. A *E.R.* el «tipus ideal» està diluït perquè es la institució, com a col·lectivitat, la que se significa, malgrat que fa quasi bé impossible la participació de la ciutadania (Comelles & Brigidi, 2014).

En la cultura global, aquesta producció visual és avui enorme, amb registres ben diferents. Dominen el panorama els hospitals, la tecnologia i les noves terapèutiques amb referències explícites a les tècniques de reanimació. En canvi, l'androcentrisme del «tipus ideal» s'ha anat esvainent, i les metgesses i també el personal d'infermeria tenen un paper protagonista. L'hegemonia de les produccions nord-americanes fa que les representacions no corresponguin a les dels hospitals públics europeus, però moltes temàtiques són comunes i permeten lectures diferenciades o comparatives. No hi ha dubte que són una eina a favor de l'hospitalocentrisme i d'una medicina convertida en una enginyeria de diagnòstic basada en arbres de decisions, representada, amb certa ironia, per *House M.D.*³⁴ Però també cal considerar que els guionistes de *House* i de totes les sèries de tema mèdic no poden prescindir, per escriure'n els guions, com tampoc els *showrunners* i els directors, d'un treball de camp previ etnogràfic, que és el que permet acreditar la seva credibilitat. Per això són avui una font no negligible.

Etnògrafs sota la carpa sanitària: perplexos?

En la medicina més tecnificada, camí d'incorporar la intel·ligència artificial (IA), no hi ha cap possibilitat de re significar el model mèdic hospitalari; només el de reforçar la seva hegemonia (Menéndez, 2020b). Davant d'aquest fet, l'etnografia és indispensable per comprendre com això està incorporat pels professionals, per les organitzacions, pels pacients i per la ciutadania i quins efectes té sobre les bones pràctiques en el sector de la salut. El «tipus ideal» és, avui, més una reivindicació simbòlica que una realitat pràctica dins els hospitals i, sobretot, un argument comercial per a la medicina privada (Lepore, 2012).

Els metges joves que fan l'examen MIR deixen vacants les places de medicina de família o es tornen a presentar per poder triar especialitat. En canvi, la infermeria comunitària i la

33. Crichton, Michael (1994-2009) *E.R.* 331 episodis, Color, 44'. Estats Units: Amblin.

34. Shore, David (2004-2012), *House, M.D.*, 176 episodis, 44'. Estats Units: Heel & Toe films.

infermeria hospitalària (Mazarrasa et al., 2003), els terapeutes ocupacionals o els tècnics en cures auxiliars d'infermeria (TCAI) han fet de les ciències socials una peça fonamental en la seva nova identitat (Comelles, 2003). Els antropòlegs mèdics podem estar raonablement orgullosos de les nostres aportacions al fet que aquestes professions hagin assumit la mirada etnogràfica malgrat l'escepticisme amb què podem mirar les «metodologies qualitatives» (Menéndez, 2012).

En canvi, entre la medicina i l'antropologia mèdica hi ha molt de camí per fer. Si fa mig segle el sector acadèmicista de l'antropologia arrufava el nas davant l'antropologia mèdica, ara la teologia de l'experimentalisme fa que molts metges-enginyers no tinguin en compte el seu valor. No hauria de sorprendre, en canvi, que la perplexitat actual dels sectors subalterns de la medicina coincideixi amb la dels antropòlegs mèdics de fa mig segle i els metges que no volen ser només «enginyers» d'atenció primària es preguntin cap on van (Martín Zurro et al., 2023; Martín Zurro, 2022). El problema és que la majoria dels teòlegs de l'experimentalisme que controlen l'educació mèdica no formen metges de família ni treballen en centres d'atenció primària, amb tres dotzenes de visites cada matí i algunes de domiciliàries, ni exerceixen com a cooperants a hospitals i dispensaris a Àfrica, Àsia o Amèrica Llatina. Quan ho fan, descobreixen quines són les seves mancances i aleshores cerquen respostes. Alguns les troben de forma autodidacta, altres s'inscriuen en els postgraus de ciències socials i humanes, perquè, com aquells antecessors que escrivien etnografies per entendre el seu entorn, també volen comprendre què, per què i com viuen el que viuen. L'antropologia és una eina per «comprendre» els mons locals i per comprendre qui són ells en aquests mons. Potser per tot això alguns metges hem canviat la medicina per l'antropologia mèdica.

Eppure si muove. Pensàvem, fa mig segle, que això seria diferent. Dues generacions senceres han treballat per fer-ho possible. No sé si el got és mig buit o mig ple, com explicava Tullio Seppilli (1928-2017) fa dècades o quan Arthur Kleinman deia que els tres darrers anys «cínics» de la carrera de medicina destruïen les ciències socials explicades en els tres primers on, potser encara, l'estudiant novell està enlluernat pel model ideal. Però l'agenda de 1980, a l'Europa actual, ja no serveix. L'antropologia mèdica a Europa no ha abandonat les terres ultramarines, però desenvolupa programes intensius ben finançats als països de la UE en projectes coordinats. Els investigadors formats en les dues darreres èpoques formen part de projectes interdisciplinaris internacionals i estan compromesos en les formacions postgraduades.

Potser el sector sanitari desenvolupi una agenda pròpia basada en la recerca qualitativa aplicada i en la formació acadèmica formal sense referència a l'antropologia mèdica. La nostra responsabilitat és fer-li costat com a consultors per garantir que aquesta producció doni forma al desenvolupament de la recerca bàsica, la teoria i la formació futura. Això requereix que l'antropologia mèdica dugui a terme un complicat exercici de construcció de consens, ja que no podrem resoldre la nostra presència «dins» del món de la salut si no som capaços de proporcionar-hi alternatives i respostes. Els meus dubtes s'esvaeixen i em fan ser relati-

vament optimista —coses de l'edat— quan lleigeixo, enguany, l'editorial d'una revista de referència en atenció primària, malgrat que es limiti —cal fer-ho?— a la medicina rural:

Cuando comencéis a trabajar de médicas de familia en el pueblo es necesario dar un tiempo para que los pacientes os conozcan y vosotras tenéis que daros otro tiempo para conocerlos. Tendréis que trabajar con cercanía y empatía, dentro de los límites de vuestras capacidades, demostrar integridad, pedir ayuda cuando sea necesario y demostrar respeto e interés por vuestros pacientes y sus familiares. Habéis de utilizar el conocimiento que tenéis y el pensamiento analítico para resolver los problemas clínicos, después de realizar una historia clínica y un examen físico completo, solicitando las pruebas diagnósticas necesarias e integrar la información para un correcto diagnóstico diferencial con el fin de planificar un plan de tratamiento adecuado. Pero recordar, lo más importante de todo es escuchar lo que nos dice el paciente, tener empatía con sus problemas y desviar la mirada del monitor y mirarle a la cara. (...) Otra faceta muy importante de vuestro trabajo será la atención domiciliaria. Los pueblos están envejecidos y con muchas personas mayores que tienen problemas de movilidad, que viven alejadas de la consulta, y en ocasiones carecen de adecuados medios de transporte. En las visitas a los domicilios de estos pacientes, seréis conscientes de cómo viven, cómo tienen sus casas y os dará una nueva visión de las condiciones de salud que les rodean, entraréis en la parte privada de su hogar, de su vida. La gente os agradecerá vuestra dedicación con una sonrisa, con una lechuga, con unos huevos de su corral o simplemente con un «gracias». En la atención domiciliaria, aparte de visitar a las personas mayores, también tendréis que visitar a los pacientes en seguimiento por cuidados paliativos terminales, ya que la gente en los pueblos quiere pasar sus últimos días en su casa, rodeada de su familia, alejada del hospital. Tendréis que estar formadas en el control del dolor y otros síntomas de la enfermedad, y saber ofrecer un apoyo físico, emocional, social y espiritual a los pacientes y sus familiares. Después de un tiempo, veréis que no tienes que picar para entrar en su domicilio, entrarás como uno más de la familia, tendrás la puerta abierta de sus casas (García Fernández, 2024).

Sembla que la «missió» del metge d'atenció primària del segle XXI segueix sent una apològica basada en l'etnografia...

Bibliografia

- AGOSTONI, Claudia (2013), «Médicos rurales y medicina social en el México posrevolucionario (1920-1940)», *Historia Mexicana*, 63 (2), 745-801.
- AGUIRRE-BELTRÁN, Gonzalo (1947), «La medicina indígena», *América Indígena*, 7 (2), 109-125.
- AGUIRRE-BELTRÁN, Gonzalo (1994), *Antropología médica: sus desarrollos teóricos en México*, Veracruz, Universidad Veracruzana.
- ALLUÉ, Marta (1996), *Perder la Piel*, Barcelona, Seix-Barral.
- ALLUÉ, Marta (2013), *El paciente inquieto. Los servicios de atención médica y la ciudadanía*, Barcelona, Bellaterra.
- ALLUÉ, Xavier (1998), *Abierto de 0 a 24 horas*, Zaragoza, Mira Ediciones.
- ALLUÉ, Xavier (2011), *Allà Baix. L'Hospital Joan XXIII de Tarragona (1967-2009)*, Tarragona, Silva Editorial.
- ALLUÉ, Xavier (2011), «Las influencias internacionales en la formación de los médicos españoles en la segunda mitad del siglo xx. La implantación del sistema MIR en España y sus influencias». A: PORRAS, Isabel et al. (eds.), *Transmisión del conocimiento médico e internacionalización de las prácticas sanitarias*, Madrid, Sociedad Española de Historia de la Medicina (SEHM), 335-341.
- ALMAGOR, Eran; SKINNER, Joseph (2013), *Ancient Ethnography. New Approaches*, Londres, Bloomsbury Academic.
- AMA (1999), *Cultural competence compendium*, [Chicago], American Medical Association.
- BÁGUENA, María José (1994), «La Higiene y la salud pública en el marco universitario español», *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 68, 91-96.
- BALAGUER, Pablo (1865), «De las funestas consecuencias físicas y morales de la inobservancia de los preceptos higiénicos en nuestra sociedad». A: Acta de la sesión pública anual de la Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona en 2 de enero, Barcelona, AMCB.
- BARCELÓ-PRATS, Josep; COMELLES, Josep M. (2022), «¿Qué carrera para qué medicina? El fracaso de la introducción de las ciencias sociosanitarias en la formación médica del primer franquismo (1938-1959)», *Historia y Memoria de la Educación*, 15, 29-61.
- BETANCOURT, Joseph R. (2004), «Cultural competence, marginal or mainstream movement?», *The New England Journal of Medicine*, 351 (10), 953-955. <https://doi.org/10.1056/NEJMp048033>
- BLANCKAERT, Claude (2009), *De la race à l'évolution: Paul Broca et l'anthropologie française, 1850-1900*, París, L'Harmattan.
- BONNER, Thomas Neville (1996), *Becoming a physician. Medical education in Britain, France, Germany, and the United States, 1750-1945*, Nova York – Oxford, Oxford University Press.
- BOON, Timothy M. (2020), «Playing the Doctor, Playing the Patient. The performance of Health Identities in Live Medical Television 1958». A: BOON, Timothy M. (ed.), *Body, Capital, and Screens*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 41-67. <https://doi.org/10.5117/9789462988293>
- BOYER, A.M. (2001), «Littérature et ethnologie», *Revue de Littérature Comparée*, 2 (298), 295-303.
- BRIDGEMAN, Patrick J. et al. (2018), «Burnout syndrome among healthcare professionals», *American Journal of Health-System Pharmacy*, 75 (3), 147-152. <https://doi.org/10.2146/ajhp170460>
- BRIGIDI, Serena; COMELLES, Josep M. (2015), «Entre etnografía y didáctica. La construcción de la experiencia sobre el proceso salud, enfermedad y atención en los medical dramas». *Panace@* 16 (42), 165-176.
- BROWN, Theodore M.; Cueto, Marcos; Fee, Elizabeth (2006), «The World Health Organization and the transition from international to global public health», *American Journal of Public Health*, 96 (1), 62-72. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.050831>
- BULGÁKOV, Mikhail. (2016), *Diario de un joven médico*, Madrid, Alianza Editorial.
- BUSFIELD, Joan (2017), «The concept of medicalization reassessed», *Sociology of Health and Illness*, 39 (5), 759-774. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12538>
- CALAFELL, Pere (1957), «Servicios asistenciales en los suburbios», *Estudios de Hospitales y beneficencia*, 2, 10-14.

- CALAFELL, Pere et al. (1967), «La hospitalización pediátrica en Cataluña», *Pediatría catalana: Butlletí de la Societat catalana de Pediatria*, 28 (3), 183-221.
- CALLEJA, Julián (1892), *Necesidad de proteger los estudios antropológicos en nuestro país*, Madrid, Imprenta de Don Luis Aguado.
- CASAL, Gaspar (1762), *Historia natural y médica del Principado de Asturias*, Madrid, Oficina de Manuel Martín.
- CASCO-SOLIS, Juan (2001), «Las topografías médicas: revisión y cronología», *Asclepio*, 53 (1), 213-244.
- CAUDILL, William (1953), «Applied Anthropology in Medicine». A KROEBER, A., (ed.), *Anthropology Today*, Chicago, Chicago University Press, 771-806.
- CAUDILL, William (1966), *El hospital mental como comunidad terapéutica*, Buenos Aires, Editorial Escuela.
- CÉLINE, Louis F. (1952), *Voyage au bout de la nuit*, París, Gallimard.
- CHRISMAN, Noel J., MARETZKI, Thomas W. (eds.), (1982), *Clinically Applied Anthropology. Anthropologists in Health Science Settings*, Dordrecht, Reidel.
- CIGES APARICIO, Manuel (1985 [1906]), *El libro de la vida doliente del hospital*, Alicante, Caja de Ahorros de Alicante y Murcia.
- COMAS, Juan (1945), «El maestro y el médico en el mejoramiento indígena», *América Indígena*, 5 (4), 318-324.
- COMELLES, Josep M. (1984), *L'Antropologia de la Medicina a l'Estat Espanyol*. A: COMELLES, Josep M. (ed.), *Antropologia i Salut*, Barcelona, Fundació Caixa de Pensions, 137-157.
- COMELLES, Josep M. (1989), «Ve no sé dónde, trae no sé qué. Algunas reflexiones sobre el trabajo de campo en Antropología de la Salud», *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 7, 205-235.
- COMELLES, Josep M. (1993), «La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria», *Revisiones en Salud Pública*, 3, 169-192.
- COMELLES, Josep M. (1997a), «De l'assistència i l'ajut mutu com a categories antropològiques», *Revista d'Etnologia de Catalunya*, 11, 32-43.
- COMELLES, Josep M. (1997b), «Paradojas de la Antropología médica contemporánea», *Nueva Antropología*, 16 (52-53), 187-214.
- COMELLES, Josep M. (1997c), «The Fear of (One's Own) History. On the Relations Between Medical Anthropology, Medicine and History», *Dynamis*, 17, 37-68.
- COMELLES, Josep M. (1996), «Parole de médecin. Le récit sur la pratique dans la médecine contemporaine». A: LAPLANTINE, F. et al. (eds.), *Récit et Connaissance*, Presses Universitaires de Lyon, 299-316.
- COMELLES, Josep M. (2000), «The role of Local Knowledge in Medical practice: a Trans-historical perspective», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24 (1), 41-75.
- COMELLES, Josep M. (2002), «Medicine, magic and religion in a hospital ward: An anthropologist as patient», *AM Rivista della Società Italiana di Antropologia*, 13-14 (1), 259-288.
- COMELLES, Josep M. (2003), «Cultura y salud. De la negación al regreso de la cultura en medicina», *Quaderns de l'ICA*, 19, 111-131.
- COMELLES, Josep M. (2007), «Feelings, distance and emotions in medical practice». A: Dongen, E. et al. (eds.), *Facing distress: distance and proximity in times of illness*, Viena, Lit, 117-151.
- COMELLES, Josep M. (2016), «From superstition to folk medicine. The transition from a religious to a medical concept», *Medicine Anthropology Theory*, 3 (2), 269-305.
- COMELLES, Josep M. (2021), «Los orígenes y el significado profesional de la escritura etnográfica». A: CARRUESCO, J. et al. (eds.), *Entre Asclepi i les Muses. Un homenatge a Joana Zaragoza, Tarragona*, Publicacions URV, 207-246.
- COMELLES, Josep M. (2022), «La Covid-19 i la crisi sanitària a Catalunya», *Revista d'Etnologia de Catalunya*, 46, 32-54.
- COMELLES, Josep M. (2023a), «De las cátedras a los departamentos. El proceso de institucionalización de la antropología española (1975-1991)», *Ágora de Filosofía*, 42 (1), 0-16.
- COMELLES, Josep M. (2023b), «Sobre la medicina i el sabers populars». *Gimbernat*, 80, 49-66.

- COMELLES, Josep M.; Brigidí, 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. <https://doi.org/10.2436/20.2006.01.182>
- COMELLES, Josep M., Conejo, T., Barceló-Prats, J. (2018), «Introducción. Atender al extraño y al ciudadano. Hacia una economía política de las instituciones y prácticas asistenciales». A COMELLES, Josep M. et al., eds., *Imago Civitatis. Hospitales y manicomios en Occidente*, Publicacions URV- Universitat de Barcelona edicions, 7-32.
- COMELLES, Josep M.; DIGIACOMO, Susan (2018), «The medicalization of diagnosis: from cultural and environmental nosology's to lay medical concerns». A: Nissen, N., Bech Risor, M. (eds.), *Diagnostic Fluidity*, Tarragona, Publicacions URV, 213-247.
- COMELLES, Josep M.; MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Angel (1993), *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*, Madrid, EUDEMA.
- COMELLES, Josep M.; PERDIGUERO-GIL, Enrique; BUENO, Eduardo; BARCELÓ-PRATS, J. (2020), «Por caminos y veredas: La práctica médica rural bajo el franquismo (1939-1979)». A: MARTÍNEZ PÉREZ, José; PERDIGUERO-GIL, Enrique (eds.), *Genealogías de la Reforma sanitaria en España*, Madrid, La Catarata, 63-124.
- COMELLES, Josep M.; RICCÒ, Isabella; TERRÓN, Aida; PERDIGUERO-GIL, Enrique (2017), «Educación sanitaria y antropología médica en Europa: Los casos de Italia y España». *Salud Colectiva*, 13 (2), 171-198. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1196>
- COMELLES, Josep M.; RICCÒ, Isabella; PERDIGUERO-GIL, Enrique (2014), «Tullio Seppilli, l'éducation pour la santé et la fondation de l'anthropologie médicale italienne», *Curare*, 37 (2), 85-99.
- COPANS, Jean; JAMIN, Jean (eds.), (1978), *Aux origines de l'Anthropologie Française*, París, Le Sycomore.
- CRÉPU, Michel (1989), «L'Hôpital a vif. L'état des lieux», *Autrement* (monographique), 109, 3-228.
- CUETO, Marcos (1994), *Missionaries of Science: the Rockefeller Foundation and Latin America*, Bloomington – Indianapolis, Indiana University Press.
- CUETO, Marcos (2004), «The origins of Primary Health Care and selective Primary Health Care», *American Journal of Public Health*, 94 (11), 1864-1874. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.11.1864>
- DANÓN BRETOS, José (1998a), *La enseñanza de la medicina en la Universidad española. Primera parte*, Barcelona, Fundació Uriach 1838.
- DELACROIX, Simon; FRANÇOIS-PRIMO, J. L. (1956-1957), *Histoire Universelle des missions Catholiques*, 3 vols, París, Gründ – Editions de l'Acante.
- DÍAZ GITO, Manuel Antonio (2016), «De la letra a la tela (I): Jan Steen y *La visita del médico* en la pintura holandesa del Siglo de Oro a la luz de la tradición clásica», *Cuadernos de Filología Clásica. Estudios Latinos*, 36 (1), 121-142. https://doi.org/10.5209/rev_cfl.2016.v36.n1.52547
- DIGIACOMO, S. (1987), «Biomedicine as a cultural System. An anthropologist in the kingdom of the sick». A: Baer, Hans, ed., *Encounters with Biomedicine*, Nova York, Gordon and Breach Science Publishers, 315-346.
- DOROLLE, Pierre (1953), «Ethnologie et problèmes sanitaires». *Revue Internationale de la Croix-Rouge et Bulletin International des Sociétés de la Croix-Rouge*, 413 (avril), 301-316.
- DUBERNAND, Jean-Michel (1997), *L'Hôpital a oublié l'homme*, París, Plon.
- DUNHAM, Warren; WEINBERG, Kirson (1960), *The Culture of the State Mental Hospital*, Detroit, Wayne State University Press.
- ESTELLÉS, Amparo (1971), «La medicina en las novelas sociales y valencianas de Blasco Ibáñez», *Medicina & Historia*, 2, 1-16.
- FINKE, Ludwig (1795), *Versuch einer allgemeinen Medizinisch-praktischen Geographie, worin der Historische Theil der einheimischen Völker und Staaten Arzneikunde vorgetragen wird*, 3 vols, Leipzig, In der Weidmännischen Buchhandlung.
- FINKE, Ludwig; ROSEN, George (1946), «On the Different Kinds of Geographies, but Chiefly on Medical Topographies, and How to Compose Them», *Bulletin of the History of Medicine*, 20 (1), 527-538.
- FOUCAULT, Michel (2001), *El nacimiento de la clínica*, Madrid, Siglo XXI editores.

- FRANK, Arthur W. (1991), *At the will of the body. Reflections on Illness*, Boston – New York, Houghton Mifflin.
- FREIDSON, Eliot (1970), *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*, Chicago, University of Chicago Press (trad. esp.1978 Península).
- GALAM, Eric (1996), *Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l'humain*, Paris, Autrement.
- GALÈ (2014), *Tres tractats sobre l'art de la medicina*, Tarragona, Publicacions URV.
- GARCÍA BALLESTER, Luis (1995), «*Artifex factivus sanitatis: health and medical care in medieval Latin Galenism*». A: Bates, D. (ed.), *Knowledge and the Scholarly Medical Traditions*, [Cambridge], Cambridge University Press, 127-150.
- GARCÍA FERNÁNDEZ, Juan J. (2024), «*Por qué ser médic@ de familia rural?*», *Atención Primaria*, 56 (3). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102869>
- GARCÍA MORA, Carlos (1987), *La Antropología en México. Panorama histórico 2. Los hechos y los dichos (1880-1986)*, México, INAH.
- GEERTZ, Clifford (1987), *La interpretación de las culturas*, Barcelona, GEDISA.
- GEERTZ, Clifford (1998), *El antropólogo como autor*, Barcelona, Paidós.
- GÉRANDO, Joseph-Marie de (1978), «*Considérations sur les diverses méthodes a suivre dans l'observation des peuples sauvages*». A: COPANS, Jean; JAMIN, Jean (eds.), *Aux origines de l'Anthropologie Française*, Paris, Le Sycomore, 127-170.
- GONZÁLEZ, Emilio; COMELLES, Josep M. (2000), *Psiquiatría transcultural*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- GREENWOOD, D. J. (1984), *The taming of evolution: the persistence of non-evolutionary views in the study of humans*, Ithaca, NY, Cornell University Press.
- GREGORY, John (1772), *Lectures on the duties and qualifications of a Physician*, Londres, Printed for W. Strathan and T. Cadell.
- GROSS, Simon D. (1875), *The Glory and the Hardships of the Medical Life: Being the Valedictory Address Delivered at the Philadelphia Academy of Music, March 11, 1875, Before the Trustees, Faculty, and Students of the Jefferson Medical College... Filadèlfia Madeira Surgical Instrument Maker*.
- GUAL, Malen et al. (2010), *Ciència i Caritat al Descobert*, Barcelona, Ajuntament de Barcelona, 10-30.
- HAHN, Robert A. (1995), *Sickness and Healing. An Anthropological perspective*, New Haven, CT, Yale University Press.
- HAHN, Robert A.; KLEINMAN, Arthur (1983), «*Bio-medical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions*», *Annual Review of Anthropology*, 12 (1), 305-333.
- HALFMANN, Drew (2012), «*Recognizing medicalization and demedicalization: Discourses, practices, and identities*», *Health*, 16 (2), 186-207. <https://doi.org/10.1177/1363459311403947>
- HARO, José A. (2000), «*Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud*». A: PERDIGUERO-GIL, Enrique; COMELLES, Josep M (eds.), *Medicina y cultura*, Barcelona, Bellaterra, 101-161.
- HELMAN, Cecil (2004), *Suburban Shaman. A Journey through Medicine*, Cape Town, Double Storey books.
- HERRANZ RODRÍGUEZ, Carmen (2024), «*Malestar emocional en Atención Primaria: ¿el abordaje?*», *Atención primaria*, 56, 10-12.
- HORDER, J.P.; SWIFT, G. (1979), «*The History of vocational Training for General practice*», *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 29 (198), 24-32.
- ILLICH, Ivan (1975), *Némesis Médica*, México, Mortiz.
- IRIGOYEN RASCÓN, Fructuoso (1974), *Cerocahui. Una comunidad en la Tarahumara*, México, UNAM.
- JONES, Colin (1996), «*The Construction of the Hospital Patient in Early Modern France*». A: FINZCH, Norbert; JÜTTE, Robert (eds.), *Institutions of Confinement. Hospitals, Asylums, and Prisons in Western Europe and North America, 1500-1950*, [Cambridge], Cambridge University Press, 75-96.
- JONES-KERN, Kevin (1999), «*Franz Boas, Margaret Mead, and... JD Rockefeller? The Role of the Rockefeller Foundation in the History of American Anthropology*», *American Association of the Behavioral and Social Sciences Journal*, 2 (1), 1-4.

- JOUBERT, Laurent (1578), *Erreurs populaires, et propos vulgaires, touchant la médecine et le régime de santé*, Bordeus, Guillaume Bertrand.
- KENNY, Michael; MIGUEL, Jesús M. de (1980), *La Antropología médica en España*, Barcelona, Editorial Anagrama.
- KING, Charles (2023), *Escuela de rebeldes. Cómo un grupo de espíritus libres revolucionó las ideas de raza, sexo y género*, Madrid, Taurus (ebook).
- KLEINMAN, Arthur (1995), *Writing at the margin*, Berkeley, California University Press.
- KUCZYNSKI-GODARD, Maxime (1944), *La Vida en la Amazonia peruana. Observaciones de un médico*, Lima, Fondo Editorial de la UNMSM. <https://doi.org/10.1177/1025382308094382>
- LA FUENTE CHAOS, Alfonso de (1958), *Los grandes problemas de la medicina actual. Reforma de la enseñanza médica, plétora profesional, socialización de la medicina*, Barcelona, Editorial Científico-Médica.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro (1964), *La relación médico enfermo: Historia y teoría*, Madrid, Revista de Occidente.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro (1950), *La historia clínica: historia y teoría del relato patográfico*, Madrid, CSIC.
- LEPORE, J. (2012) «The lie factory», *The New Yorker*, 24 de setembre.
- LERNER, Henrik; BERG, Charlotte (2015), «The concept of health in One Health and some practical implications for research and education: what is One Health?», *Infection Ecology & Epidemiology*, 5 (1), 25300. <https://doi.org/10.3402/iee.v5.25300>
- LEWIS, Sinclair (2013), *Doctor Arrowsmith*, Madrid, Nórdica Libros.
- LONG, Diana E. (ed.) (1989), *The American General Hospital: Communities and Social contexts*, Ithaca, NY, Cornell University Press.
- LOUDON, Joe (ed.), (1976), *Social Anthropology and Medicine*, Nova York, Academic Press.
- MALDONADO, Fernando (1962), *La verdad de Montjuich*, Barcelona, Producció Barcelona.
- MARTÍN, Eduardo; COMELLES, Josep M.; ARNAU, Marina (1993), «El proceso de medicalización de los hospitales catalanes: el caso del Pío Hospital de Valls», *Dynamis*, 13, 201-234.
- MARTÍN ZURRO, Armando. (2022), «¿Aún estamos a tiempo?», *Atención Primaria Práctica*, 4, 100164. <https://doi.org/10.1016/j.appr.2022.100164>
- MARTÍN ZURRO, Armando et al. (2023), «¿Quo vadis atención primaria y comunitaria?», *Atención primaria*, 55, 102649.
- MARTÍNEZ MOCTEZUMA, Lucía (2018), «Las Misiones Culturales: Un proyecto de educación y salud en el medio rural mexicano del siglo xx», *Revista Iberoamericana Patrimonio Histórico-Educativo*, Campinas, 2 (3), 101-116. <https://doi.org/10.20888/ridphe>
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Ángel (2008), *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, Barcelona, Anthropos.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Ángel; COMELLES, Josep M. (1994), «La medicina popular ¿Los límites culturales del modelo médico?», *Revista de Dialectología y Tradiciones populares*, 49 (2), 109-136.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Ángel (2008), *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, Barcelona, Anthropos.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Ángel; PERDIGUERO-GIL, Enrique; COMELLES, Josep M. (2015), «Genealogía de la antropología médica en España». *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 70 (1) 205-233. <https://doi.org/10.3989/rntp.2015.01.010>
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Ángel; OROBITG, Gemma; COMELLES, Josep M. (2000), «Antropología y psiquiatría. Una genealogía sobre la cultura, el saber y la alteridad». A: GONZÁLEZ, Emilio; COMELLES, Josep M. (eds.), *Psiquiatría transcultural*, Madrid, AEN, 117-243.
- MASSÉ, Raymond (2001), «Contribution and challenges of Medical Anthropology to Anthropology», *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 11/12, 41-60.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (1977), «Nuevos» objetos de estudio en la Antropología Social, *Actas de la XV Mesa Redonda de la Sociedad Mexicana de Antropología*, III, 75-82.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (1989), *Autoatención de la enfermedad. La automedicación como primer nivel de atención*, México, CIESAS.

- MENÉNDEZ, Eduardo L. (1991), «Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes». A: Menéndez, E. L., *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, México, CIESAS, 165-203.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (1992), «Salud pública, sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible». A: *La crisis de la salud pública. Reflexiones para un debate público científico*, Washington, OPS/OMS, 103-122.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (2003), «Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas», *Ciència i Saude coletiva*, 8 (1), 185-207.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (2005) [1978], «El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores». *Salud Colectiva*, 1 (1), 9-32.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (2012), «Metodología cualitativa. Varios problemas y reiteradas omisiones», *Index de Enfermería*, 21 (1-2), 62-68.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (2020a), «La pandemia de coronavirus como delatora de contradicciones, deseos y negaciones». A: Evangelidou, S.; Martínez-Hernández, A. (eds.), *Reset. Reflexiones antropológicas ante la pandemia de COVID-19*, Tarragona, Publicacions URV, 17-24.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (2020b), «Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias», *Salud Colectiva*, 16, 1-25. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- METZL, Jonathan; HANSEN, Helena (2014), «Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality», *Social Science and Medicine*, 103, 126-133. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.032>
- MILLER, Genevieve (1962), «'Airs, Waters, and Places' in History», *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 17, 129-140.
- MOMIGLIANO, Arnaldo (1984), *La historiografía griega*, Barcelona, Crítica.
- MOMIGLIANO, Arnaldo (2000), *La Sabiduría de los bárbaros: Los límites de la helenización*, México, FCE.
- MONLAU, P. F. (1864), *Elementos de higiene privada*, Madrid, Librería de Moya y Plaza.
- MORGAN, Lynn M. (1990), «The Medicalization of Anthropology: A critical perspective on the critical-clinical debate», *Social Science & Medicine* (1982), 30 (9), 945-950. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90141-E](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90141-E)
- MUNARET, Jean-Baptiste (1840), *Du médecin des villes et du médecin de campagne: Moeurs et science* (2a edició), París, Germer Baillières.
- MURPHY, Henry Brian Meggett (1955), *Flight and re-settlement*, París, UNESCO.
- MURPHY, Robert (1987), *The body silent*, Nova York, W. W. Norton.
- NADAL, Juli de (2016), *La construcción de un éxito. Así se hizo nuestra sanidad pública*, Barcelona, Ediciones La Lluvia.
- OLIU PAGÈS, Luis (1880), *Estudio topográfico-médico de San Feliu de Guíxols*, AHMSFG.
- PARDELL, Helios (1973), «El hospital deshumanizado», *Doctor. Información profesional y administrativa*, 85, 43-51.
- PARÉS Y FRANQUÉS, José (1998), *Catástrofe morboso de las minas mercuriales de la Villa de Almadén del Azogue (1778)*. Edición de Alfredo Menéndez Navarro, Cuenca, Universidad Castilla-La Mancha.
- PARSONS, Talcott (1999), *El Sistema Social*, Madrid, Alianza.
- PAUL, Benjamin D. (ed.) (1955), *Health, culture and Community. Case studies of public reactions to health programs*, Nova York, Russell Sage Foundation.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique; BALLESTER, Rosa; CASTEJÓN, Ramón (2007), «Films in Spanish health education: The case of child health (1928-1936)», *Hygiea Internationalis*, 6 (2), 69-97. <https://doi.org/10.3384/hygiea.1403-8668.077169>
- PERDIGUERO-GIL, Enrique; BUENO VERGARA, Eduardo (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)». A: GONZÁLEZ MADRID, Damián; ORTIZ HERAS, Manuel (eds.), *El estado del bienestar entre el franquismo y la Transición*, Madrid, Sílex Editorial, 95-124.
- PERON, François (1978), «Observations sur l'anthropologie ou l'histoire naturelle de l'homme». A: CO-

- PANS, Jean; JAMIN, Jean (eds.), *Aux origines de l'Anthropologie Française*, Paris, Le Sycomore, 23-70.
- PETER, Jean-Pierre (1967), «Une enquête de la Société royale de Médecine (1774-1794): Malades et maladies à la fin du XVIIIe siècle», *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 22 (4), 711-751.
- PETER, Jean-Pierre (1984), «Reparar el desorden del mundo: la medicina ilustrada ante la enfermedad epidémica (Bas-Poitou, 1784-1785)». A: Peset, José Luis (ed.), *Enfermedad y Castigo*, Madrid, CSIC, 3-26.
- PINEL, Philippe (1803), *Nosografía filosófica o Aplicación del método analítico á la medicina*, Madrid, Imprenta Real.
- PIÑONES-RIVERA, Carlos et al. (2024), «Structural competency in global perspective», *Global Public Health*, 19 (1), 1-15. <https://doi.org/10.1080/17441692.2024.2326631>
- PITTALUGA, Gustavo (1930), *La constitución de la Escuela Nacional de Sanidad de Madrid (España)*, Madrid, Publicaciones de la Escuela Nacional de Sanidad.
- POLASCHEK, B.A. (1998), «Cultural safety: A New Concept in Nursing people of different ethnicities», *Journal of Advanced Nursing*, 27 (3), 452-457. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00547.x>
- POLGAR, Steven (1962), «Health and Human behavior: areas of interest common to the Social and Medical Sciences», *Current Anthropology*, 3 (2), 159-205.
- POLO FIAYO, Francisco (1959), *El médico encadenado. Seguro de enfermedad, seguridad social, asistencia médica libre, boticas y boticarios, prontuario de patología familiar*, [Madrid], s.n. [edició de l'autor].
- PORTA, Ignasi (1845), *Del verdadero tino práctico. Discurso inaugural. Acta de la sesión inaugural de la Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, Barcelona, Academia de Medicina de Barcelona*.
- PRAT, Joan; PUJADAS, Joan J.; COMELLES, Josep M. (1980), «Sobre el contexto social del enfermar». A: KENNY, Michael; MIGUEL, Jesús M. de (eds.), *La Antropología Médica en España*, Barcelona Anagrama, 43-68.
- QUINTANA, Primitivo de la (1953a), «La medicina social como problema docente», *Revista de Educación*, 5 (12), 1-11.
- QUINTANA, Primitivo de la (1953b), «La medicina social como problema docente II», *Revista de Educación*, 5 (13), 110-123.
- RAMÍREZ MARTÍNEZ, Felipe (2011), *Ciencia, tecnología y propaganda en el noticiario oficial del franquismo No-Do (1943-1964)*, Madrid, Universidad Autónoma de Madrid, *Tesi de doctorat*.
- RAPOPORT, Robert N. (1960), *Community as Doctor. New perspectives on a therapeutic community*, Londres, Tavistock Publications.
- REDACCIÓ (1968), «Cómo le ven sus pacientes», *Doctor. Información profesional y administrativa*, 25, 50-62.
- REDACCIÓ (1970), «La medicina suburbana», *Doctor. Información profesional y administrativa*, 44, 61-81.
- RETEL-LAURENTIN, Anne (1983), *Une Anthropologie médicale en France? Exposés et débats de la table ronde «Santé et sciences humaines»*, Paris, CNRS.
- RIEDER, Philip (2016), «Parcours de praticien et savoir historique : quelles histoires pour un médecin polygraphe?», *Études de lettres*, 1-2. <https://doi.org/10.4000/edl.865>
- RODRÍGUEZ-LÓPEZ, Jesús (1896), *Las preocupaciones en Medicina. Conocimientos útiles a la familia*, Lugo, Imprenta el Regional.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban (1987), *La constitución de la medicina social como disciplina en España (1882-1923)*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban (2000), «La intervención de la Fundación Rockefeller en la creación de la sanidad contemporánea en España», *Revista Española de Salud Pública*, 74, 27-34.
- ROMANÍ, Oriol; COMELLES, Josep M. (1991), «Les contradictions liées à l'usage des psychotropes dans les sociétés contemporaines: automédication et dépendance», *Psychotropes*, 6, 35-59.
- ROSENBERG, Charles E. (1987), *The Care of Strangers: the Rise of America's Hospital system*, Nova York, Basic Books.
- ROTHFIELD, Lawrence (1992), *Vital signs. Medical Realism in Nineteenth-Century Fiction*, Princeton, Princeton University Press.

- RUBIÉS, Joan P. (2017), «Ethnography and Cultural Translation in the Early Modern Missions», *Studies in Church History*, 53, 272-310. <https://doi.org/10.1017/stc.2016.17>
- SAILLANT, Francine; GENEST, Serge (2007), *Medical Anthropology. Regional Perspectives and Shared Concerns*, Nova York, Blackwell Publishing.
- SÁNCHEZ MORENO, Arnaldo et al. (eds.), (2003), *Enfermería Comunitaria. Vol. 1. Concepto de salud y factores que la condicionan*, Barcelona, McGraw-Hill.
- SCOTCH, Norman (1963), «Medical Anthropology», *Biennial Review of Anthropology*, 3, 30-68.
- SEPPILLI, Tullio (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.
- SHAPIRO, Johanna et al. (2009), «Medical humanities and their discontents: Definitions, critiques, and implications», *Academic Medicine*, 84 (2), 192-198. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181938bca>
- SIMÓ MIÑANA, Juan (2022), «Reflexiones de un médico de familia sobre la atención primaria española tras 30 años en la trinchera», *Atención Primaria Práctica*, 4, 100160. <https://doi.org/10.1016/j.apr.2022.100160>
- SIMÓ MIÑANA, Juan et al. (1997), «El médico de cabecera o la búsqueda de la identidad perdida: información para internistas y otros especialistas», *Medicina Clínica*, 109, 343-348.
- SKINNER, Joseph E. (2012), *The Invention of Greek Ethnography: From Homer to Herodotus*, Nova York – Oxford, Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/ISBN>
- SMITH, H.L. (1958), «Two lines of authority: The hospital's dilemma». A: GARTLY JACO, E. (ed.), *Patients, physicians, and illness*, Glencoe, Free Press, 468-477.
- SOLA, Emilio [SUÑÉ I MOLIST, Luis] (1883), *Misterios del hospital: narración realista de escenas y lances hospitalarios y patológicos, miserias humanas, etc.*, Barcelona, Guillermo Parera, Librero.
- STANTON, Alfred H.; SCHWARTZ, Morris (1954), *The Mental Hospital*, Nova York, Basic Books.
- STOCKING, George W. (1968), *Race, Culture, and Evolution: Essays in the History of Anthropology*, Chicago, University of Chicago Press.
- STOCKING, George W. (1983), *Observers Observed. Essays on Ethnographic Fieldwork*, Madison, The University of Wisconsin Press.
- STOCKING, George W. (1987), *Victorian Anthropology*, Nova York, Free Press.
- STOLL, Maximilian (1809), *Médecine Pratique*, 3 vols., París, Brosson, Librairie.
- SUGRANYES DE FRANCH, Ramón (1956), «Raymond Lulle, ses idées missionnaires». A: DELACROIX, M.; FRANÇOIS-PRIMO, J. (eds.), *Histoire Universelle des Missions Catholiques*, vol.1, París, Librairie Grund – Editions de l'Acante, 207-222.
- TERRADAS, Ignasi (1985), «La història de les estructures i la història de la vida». A: *La vida quotidiana dins la perspectiva històrica*, III Jornades d'estudis històrics locals, Palma, Institut d'Estudis Balearics, 3-30.
- TRANCHE, Rafael; SÁNCHEZ-BIOSCA, Vicente (2006), *No-Do. El tiempo y la memoria*, Barcelona, Cátedra – Filmoteca Española.
- TRATADOS HIPOCRÁTICOS I (1990), *Juramento, Ley, Sobre la ciencia médica, Sobre la medicina anti-gua...*, Madrid, Gredos.
- TRATADOS HIPOCRÁTICOS V (1989), *Epidemias*, Madrid, Gredos.
- TRATADOS HIPOCRÁTICOS II (1986), *Sobre los aires, aguas y lugares. Sobre los Humores*, Madrid, Gredos.
- TRIGO, Felipe (1912), *El médico rural*, [Madrid], Renacimiento.
- TUCÍDIDES (1889), *Historia de la Guerra del Peloponeso*, Vol. 1, Madrid, Librería de la Viuda de Hernando, 147-162.
- TUROW, Joseph (1976), «Marcus Welby, M.D. U.S Medical Drama», *The New York Times Magazine*, May.
- TUROW, Joseph (2010), *Playing Doctor: Television, Storytelling and Medical Power*, Ann Arbor, University of Michigan Press.
- ÚBEDA, Joan (2014), «Creative strategies for Scientific TV Documentaries», *Actes d'Història de la Ciència*

i de la Tècnica, 7, 71-88. <https://doi.org/10.2436/20.2006.01.185>

URTEAGA, Luis (1980), «Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX», *Geo Crítica*, 5 (29), 1-40.

VALDERRAMA, Marijo (2008), *Al final de la vida. Historias y narrativas de profesionales de cuidados paliativos*, Barcelona, Icaria.

VERMEULEN, Hans (1995), «Origins and institutionalization of ethnography and ethnology in Europe and in the USA, 1771-1845». A: VERMEULEN, Hans; ÁLVAREZ-ROLDÁN, Arturo, eds., *Fieldwork and Footnotes*, Routledge, 39-59.

WARE, John (1849), *Duties and qualifications of physicians. An introductory lecture*, Oxford, John Henry Parker.

WENDLAND, Claire L. (2019), «Physician Anthropologists», *Annual Review of Anthropology*, 48 (1), 187-205. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-102218-011338>

WINCKLER, Martin (1998), *La maladie de Sachs*, Luxembourg, P.O.L.

ZARZOSO, Alfons (2001), «El pluralismo médico a través de la correspondencia privada en la Cataluña del siglo XVIII», *Dynamis*, 21, 409-433.

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

ZARZOSO, Alfons (2022), «Igual que en su casa»: la construcción del paciente hospitalario en las clínicas quirúrgicas de la Barcelona de 1900», *Dynamis*, 42 (1), 95-123.