

DEL HOSPITAL DE POBRES A LA CULTURA HOSPITALO-CÉNTRICA. ECONOMÍA POLÍTICA Y CAMBIO CULTURAL EN EL SISTEMA HOSPITALARIO CATALÁN

From the poor hospital to the hospital-centric culture. Political economy and cultural change in the Catalan hospital system

JOSEP M. COMELLES

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI (ESPAÑA) josepmaria.comelles@urv.cat

Es profesor emérito de antropología, desde 2015, en la URV. Doctor en Antropología (EHESS, París) y doctor en Medicina (UB) también es especialista en Psiquiatría.

ELISA ALEGRE-AGÍS

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI (ESPAÑA) elisa.alegre@estudiants.urv.cat

Es estudiante del doctorado de Antropología y Comunicación de la URV. Diplomada en Trabajo Social por la Universidad de Valencia (2009), licenciada en Antropología Social y Cultural (2012) y Máster en Antropología Médica y Salud Internacional (2014) por la URV.

JOSEP BARCELÓ PRATS

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI (ESPAÑA) josep.barcelo@urv.cat

Es profesor e investigador en el Departamento de Enfermería de la URV desde el 2009. Doctor en Antropología por la URV (2014), sus líneas de investigación son la antropología médica y la historia de las instituciones asistenciales.

RECIBIDO: 23 DE JUNIO 2017

RESUMEN: En el presente artículo se describe la evolución del sistema sanitario catalán utilizando, para ello, el desarrollo de un concepto cultural –el hospitalo-centrismo– clave para entender la hegemonía de la institución hospitalaria en los dispositivos de salud actuales. A tales efectos y utilizando dos perspectivas complementarias como son la historia antropológica y la antropología médica, el artículo analiza un *case study* a partir de tres ejemplos: la demanda de urgencias hospitalarias asociadas a una concepción cultural de lo que es “grave” y al *embodiment* de su eficacia por los ciudadanos; la necesidad del rol de asilo en las enfermedades crónicas o terminales; y la conversión del cuidado doméstico como “hospitalización doméstica” en el caso de la salud mental.

PALABRAS CLAVE: hospital-centrismo, sistema sanitario, historia de hospitales, urgencias, cuidados crónicos, salud mental.

ACEPTADO: 22 DE OCTUBRE DE 2017

ABSTRACT: This article describes the evolution of the Catalan Health System, using the development of a key cultural concept –hospital-centrism– to understand the hegemony of the hospital institution in the current health devices. To this purpose, and using two complementary perspectives such as anthropological history and medical anthropology, the article analyzes a case study from three examples: the demand for hospital emergencies related with a cultural conception of what is “severe”, and with its effectiveness *embodied* by the citizens; the need of the asylum role in chronic or terminal diseases; and the transformation of domestic care to “domestic hospitalization” in mental health cases.

KEYWORDS: hospital-centrism, health system, history of hospitals, emergencies, chronic care, mental health.

Comelles, Josep M.; Alegre-Agís, Elisa; Barceló Prats, Josep.

“Del hospital de pobres a la cultura hospitalo-céntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán”.

Kamchatka. Revista de análisis cultural 10 (Diciembre 2017): 57-85.

DOI: 10.7203/KAM.10.10420 ISSN: 2340-1869



DEL HOSPITAL DE POBRES A LA CULTURA HOSPITALO-CÉNTRICA. ECONOMÍA POLÍTICA Y CAMBIO CULTURAL EN EL SISTEMA HOSPITALARIO CATALÁN¹

En nuestros días, el gran hospital se considera una fábrica de salud y un lugar de paso, totalmente opuesto a la concepción tradicional, (...) que tiende a eclipsar el resto de servicios (...) para convertirse en el principal e insustituible vehículo de la salud pública.²

La reforma de los sistemas sanitarios europeos y el desarrollo del estado del bienestar cambiaron las representaciones culturales “locales” de los hospitales y manicomios. El punto de partida era la imagen estereotipada de esas instituciones como asilos de “incurables” o refugio para los pobres y los locos; el punto de llegada, una nueva representación “global”, colectiva y “hospitalo-céntrica”, muy tecnificada y hegemónica en los dispositivos de salud. Esta transformación, que se produce durante el siglo XX en todos los países occidentales –aunque con cronologías distintas–, fue la consecuencia de los efectos globales que tuvo la aplicación del *Flexner Report* (Flexner, [1915] 1972)³ sobre la economía, administración y organización de los hospitales norteamericanos (Risse, 1999) y que les obligaba a adaptarse a la cada vez más compleja atención técnica, a la introducción de tecnología diagnóstica y terapéutica y a la formación de profesionales para poder conseguir su acreditación por parte de las autoridades. Atendía, además, al hecho que con la generalización de los seguros públicos y privados de salud estos exigían escandallos de costos bien establecidos y rendimientos de cuenta de resultados económicos y sanitarios.

El “hospitalo-centrismo” es un concepto cultural con el que describimos la hegemonía del hospital en los dispositivos de salud actuales, desarrollado a partir de la asunción, por parte del estado moderno, de garantizar su capacidad resolutoria, su fiabilidad económica y su valor como espacio fundamental en la formación de profesionales. Aunque en los años veinte del siglo pasado se trataba de un punto de partida ajeno a la percepción social y cultural de este tipo de instituciones, el discurso derivado de su eficacia diagnóstica y terapéutica y el hecho de convertirse –los nuevos hospitales construidos en América entre 1920 y 1940– en edificios singulares dotados de un enorme valor simbólico (De la Camara, 1948; Pieltaín, 2003), contribuyeron a su *embodiment* en la percepción de los ciudadanos que los ubicaron, también, en el centro de sus “complejos asistenciales” (Comelles, 1997). Todo ello desemboca en el “hospitalo-centrismo” desde, al menos, tres perspectivas: la de los poderes políticos que asumen la posición central del hospital en los dispositivos sanitarios; la de los profesionales porque son los espacios fundamentales de su educación y donde se construyen sus

¹ Nuestro agradecimiento a Marta Allué, Xavier Allué, Reis Fontanals, Antoni Conejo, Pilar Salmerón, Josep Danón, Enrique Perdiguero-Gil, Teresa Huguet, Jon Arrizabalaga, José Luís Peset, Rafael Huertas, Coral Cuadrada, Ángel Martínez, Georges Lanteri-Laura y Louis Assier-Andrieu. Este texto es parte del proyecto: *Reforma Sanitaria y promoción de la salud en el tardofranquismo y la Transición democrática: nuevas culturas de la salud, la enfermedad y la atención*, HAR2015-64150-C2-1-P [MINECO/FEDER, UE] dirigido por Enrique Perdiguero-Gil.

² Guardia, M. A. (16 abril 1966). “El servicio de urgencias del Hospital Clínico será trasladado a un nuevo pabellón. Los centros asistenciales de la ciudad son insuficientes para atender la población urbana”. *La Vanguardia Española* (55).

³ El informe *Flexner* definió las especificaciones y estándares que debían reunir los hospitales para proporcionar la formación adecuada de los médicos (Starr, 1982).

expectativas profesionales;⁴ y, en último término, para los ciudadanos porque han cambiado radicalmente su posición en lo que podemos llamar la folk-medicina actual de las clases populares y en la que el hospital ha pasado a ser también un referente para las decisiones relativas a los procesos de salud, enfermedad y atención.

La hegemonía del hospitalo-centrismo supuso, también, y ese será uno de los objetivos de este artículo, la subalternización de otros espacios y recursos terapéuticos inscritos en el “pluralismo asistencial” de todas las sociedades actuales (Riccò, 2017). Si hasta mediados del siglo XX, en Occidente, la inmensa mayoría de “procesos asistenciales”⁵ discurrían en el ámbito del espacio doméstico, en la actualidad el hospital es un referente cotidiano en los mismos. La eficacia y capacidad de respuesta de los hospitales a las demandas ciudadanas son, sin lugar a dudas, los mayores argumentos para justificar las enormes inversiones necesarias para su construcción y mantenimiento y explican su condición de activos económicos, sociales, políticos y culturales.

En la hegemonía actual del hospitalo-centrismo se dan, sin embargo, ciertas paradojas. En primer lugar y contrariamente a lo que cabría esperar, la mejora general de los indicadores de salud de la población ha contribuido a un mayor uso de los dispositivos hospitalarios. Los centros abiertos 24/7 reciben actualmente un mayor número de consultas, aunque éstas no se traduzcan en un aumento significativo de las hospitalizaciones de más de un día. Asimismo, se han reducido a mínimos históricos los tiempos de hospitalización mediante alternativas como la cirugía ambulatoria –*one-day surgery* o *outpatient surgery*–, las técnicas quirúrgicas muy poco invasivas –como la laparotomía– y la descentralización o externalización de parte de la tecnología de diagnóstico por la imagen. En segundo lugar, la apuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por una cultura de la salud ligada a la prevención, la promoción y la educación de la salud impulsa movimientos de *empowerment* o *agency*,⁶ esto es de autonomía de los pacientes que tienden a reducir la demanda de atención médica hospitalaria a casos que pueden considerarse relativamente excepcionales, al menos entre los 2 y los 55 años de edad y con la excepción, principalmente, de los accidentes, las neoplasias y de la salud reproductiva. En último lugar, hay una relación entre los determinantes de la demanda, la creciente facilidad de acceso a información contrastada (Allué, 2013; Llamero, 2017; Egbe *et al.*, 2017: 247-253) y la aparición permanente de nuevas categorías diagnósticas (Comelles, 2017) que tienen poco que ver con el pasado reciente (Herzlich y Pierret, 1984; Comelles, 2004). No pocas de ellas, consideradas malestares de lo cotidiano, favorecen el recurso a una amplísima oferta de servicios, en el marco del pluralismo asistencial (Riccò, 2017), en el que el hospital es un recurso inusual por no decir anecdótico. Sin embargo, desde la perspectiva del despliegue de la economía política del dispositivo sanitario, el hospital sigue siendo el referente simbólico principal del sector

⁴ Más adelante se describe la subalternidad del resto de espacios asistenciales (Comelles, 1993).

⁵ Sobre el concepto de proceso asistencial y otros sinónimos, ver: Comelles (1997) y, sobre todo, Haro (2000).

⁶ Se trata de dos anglicismos de difícil traducción, muy empleados en antropología y que remiten a la toma de conciencia de la autonomía de los actores sociales en la toma de decisiones. Allué (2013) utiliza el término “paciente inquieto” para describir esas conductas desde una perspectiva etnográfica.

salud por su capacidad resolutoria y por ser hoy el núcleo principal de la producción de conocimiento médico y de formación de profesionales.

A grandes rasgos, el hospitalo-centrismo, que se inscribe en el “proceso de medicalización”,⁷ es el producto de un discurso médico “orgánico” hegemónico (Menéndez, 2005) que se proyecta sobre la política, la cultura y los medios de comunicación. Su legitimidad viene dada por un discurso basado en la “eficacia”, derivado del reconocimiento de la ciencia experimental, que sitúa la capacidad diagnóstica y terapéutica del hospital en el vértice superior del dispositivo de salud, especialmente en lo que refiere a urgencias vitales.

Los grandes hospitales son los únicos capacitados para un rápido diagnóstico y tratamiento porque, en general, sólo una financiación oficial es capaz de soportar el costeamiento de los modernos aparatos terapéuticos y dotar de riñón artificial, bomba de cobalto, equipo de transfusiones al alcance de la mano, así como facilidad de evacuación a otros departamentos dentro del mismo recinto, donde sean atendidos en salas generales, permitiendo descongestionar, tener libre el pabellón de urgencias, para las nuevas que se registren.⁸

Tanto el intervencionismo diagnóstico y terapéutico en los hospitales como la reducción de los tiempos de hospitalización de los pacientes⁹ son incompatibles con la mayoría de demandas actuales de cuidados a medio y largo plazo, muy características de tiempos presentes por la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas que se gestionan en el espacio doméstico. La atención de estas enfermedades explica la “noble función de asilo” que tuvo el “hospital de pobres” en el pasado como alternativa a la falta de recursos para la atención a estos casos en el seno de los grupos primarios. En la medida que el hospitalo-centrismo excluye –como veremos– el asilo, el dispositivo sanitario ha tenido que inventar, desarrollar e incorporar instituciones especializadas para este tipo de cuidados, así como nuevas estrategias de hospitalización a domicilio.¹⁰

El hospital de pobres del pasado y el actual hospital técnico, además de realidades administrativas y organizativas, son también *ideal types* culturales. Esta condición cultural es “determinante” en la toma de decisiones de los ciudadanos, como parte de sus “procesos asistenciales” (Haro, 2000). La elección del hospital, frente a otras alternativas, es el producto de cómo la experiencia previa de los actores sociales en esa institución ha sido *embodied* y convertida en un referente clave en las tomas de decisiones en situaciones de crisis (Comelles, 1997). Esto puede aplicarse tanto en la actualidad como a las primeras fundaciones hospitalarias de la Edad Media, puesto que la dimensión cultural del hospital, desde sus inicios (Comelles, 2013; Barceló, 2017), es el resultado de una compleja dialéctica entre ciudadanos, profesionales –el personal de recepción, los sanitarios o los administradores– responsables políticos y las administraciones públicas locales y/o

⁷ Sobre el concepto de proceso de medicalización ver Egbe, Alegre-Agís y Comelles (2017: 248–250).

⁸ Guardia, M. A. (16 abril 1966). *Op.cit*

⁹ En términos técnicos nos estamos refiriendo a los ritmos de la “rotación” de pacientes.

¹⁰ Esto ha significado desarrollar nuevos modelos asilares denominados común y actualmente como socio-sanitarios.

estatales (Risse, 1999; Rosen, 1963; Miller, 1985; Nutton, 1982; Comelles *et al.*, 1991; Barceló, 2017).¹¹

Para comprender la evolución hacia la hegemonía del hospitalo-centrismo, el presente artículo analiza un *case study* desde dos perspectivas complementarias, como son la de una historia antropológica y de la antropología médica, aplicadas al caso del dispositivo hospitalario en la Cataluña contemporánea, un particularismo histórico en España (Comelles, 2010 y 2013; Barceló y Comelles, 2016),¹² a partir de tres situaciones: la demanda de urgencias hospitalarias asociadas a una concepción cultural de lo que es “grave” y al *embodiment* de su eficacia por los ciudadanos; la necesidad del rol de asilo en las enfermedades crónicas o terminales; y la conversión del cuidado doméstico como “hospitalización doméstica”¹³ en el caso de la salud mental.

DEL HOSPITAL-ASILO AL HOSPITAL TÉCNICO

El sistema hospitalario catalán se compone de una red pública y privada de 125 hospitales.¹⁴ Una parte sustancial de los de utilización pública pertenecen –en parte o totalmente– a los

¹¹ El hospital local es un objeto de estudio privilegiado para la etnohistoria urbana. Aplicarle los conceptos derivados de las *local level politics* (Swartz, 1968) pone de relieve los intereses particulares y la evolución de la política local (Barceló y Comelles, 2016). El papel de asilo permite acercarse a su significación social y cultural y la presencia de médicos y farmacéuticos permite ubicar su lugar simbólico en el pluralismo asistencial (Perdiguero-Gil y Comelles, 2015), así como su articulación con el proceso de medicalización. Esto explica también por qué los hospitales han sido objeto de una minuciosa mirada etnográfica, incluso, mucho antes de convertirse en objeto de estudio para historiadores (Henderson *et al.*, 2007; Bonfield *et al.*, 2013; Hugué-Termes *et al.*, 2014), sociólogos (Freidson, 1963; Steudler, 1973 y 1974) y antropólogos profesionales (Fortin y Knotova, 2013: 11-14; Perdiguero-Gil *et al.*, 2014: 229-231).

¹² La elaboración de este artículo deriva de investigaciones en curso de sus autores: una sobre la economía política de los hospitales catalanes (Barceló y Comelles, 2016); otra sobre la hospitalización doméstica (Alegre-Agís, 2017); y una tercera, aun inédita, sobre la reforma sanitaria en Cataluña. Estas investigaciones combinan una aproximación etnográfica, basada en entrevistas con profesionales, pacientes y sus redes sociales, observación participante en distintas instituciones y, finalmente, una revisión de literatura sobre la reforma sanitaria y hospitalaria durante el tardofranquismo y la Transición democrática; otra de literatura gris procedente principalmente del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, así como la revisión de la hemeroteca de *La Vanguardia*; y otra exhaustiva –aunque no del todo reflejada en este artículo– de las colecciones de *Estudios sobre Hospitales y Beneficencia (1956-1967)* –y una segunda época entre 1968 y 1981– y *Tribuna Médica (1964-1996)*. La primera de estas dos colecciones, una revista publicada por el Colegio de Médicos de Barcelona e inspirada por el Dr. Ignasi Aragó, es una fuente indispensable para la introducción en Cataluña de las nuevas corrientes de la planificación hospitalaria que influyeron en el desarrollo de los mapas sanitarios de la Transición democrática. Además, la revista contiene artículos internacionales que cubren casi todos los aspectos de lo que representa el modelo occidental moderno de hospital. *Tribuna Médica*, publicada por Antibióticos S.A., era un semanario distribuido gratuitamente a los médicos con una enorme cantidad de información sobre la problemática internacional de la medicina y la salud, con numerosas aportaciones sobre hospitales y salud mental. Asimismo, fue el pionero en la divulgación de los cuidados paliativos muy poco representados en la prensa profesional española.

¹³ A lo largo del artículo se hablará de “hospitalización doméstica” y “hospitalización a domicilio”, dos categorías que deben distinguirse. La primera refiere a la inercia custodial y manicomial proyectada sobre el espacio doméstico en la que se reproducen dinámicas y lógicas propias de la institución total (Alegre, 2017). La segunda, dentro del modelo de psiquiatría comunitaria, indica la atención por parte de profesionales de la salud mental, generalmente trabajadores sociales, a domicilio.

¹⁴ A finales del año 2015 la red pública catalana disponía de 69 hospitales (un 55,7% de los existentes) que suponían el 68,3% de las camas existentes (Alonso y Bustos, 2016).

municipios, como herederos que son de fundaciones medievales o *patronats* creados, expresamente, desde y por el derecho privado (Barceló, 2015a). Su estatus –ayer como asilos de beneficencia, hoy como empresas de servicios– siempre ha sido ambiguo, entre el derecho público y el privado, pues en sus patronatos encontramos administradores nombrados por los ayuntamientos, a veces por los cabildos eclesiásticos locales, y, más recientemente, por la Generalitat de Catalunya. Por lo que respecta al resto de instituciones públicas existentes en el Principado, todas ellas construidas por la Seguridad Social (SS) franquista, su titularidad fue transferida a la Generalitat, en 1981, quién creó el órgano de gestión llamado Institut Català de la Salut (ICS).

Antes de la Guerra Civil, el mercado médico catalán ya estaba muy desarrollado y fuertemente medicalizado (Barceló, 2015b): Médicos, farmacéuticos, hospitales públicos locales y clínicas privadas, quirúrgicas y maternas, cubrían la totalidad del territorio (Bertrán, 1936: 275-289).¹⁵ El dispositivo público asumía las obligaciones de la beneficencia liberal (Comelles y Barceló, 2017), mientras el privado ofrecía sus servicios a particulares, a mutuas obreras o a seguros privados (Pons y Vilar-Rodríguez, 2014 y 2017). La mayoría de los hospitales locales habían invertido en modestas salas de operaciones, pequeñas maternidades, así como en laboratorios (Comelles *et al.*, 1991). En 1936, el sistema sanitario catalán era, sin duda alguna, uno de los más desarrollados de España debido a la gran expansión del mutualismo (Rodríguez-Ocaña, 1990; Vilar-Rodríguez y Pons, 2011). Durante la Guerra de 1936-39 este dispositivo mostró su capacidad técnica y contribuyó a una nueva concepción del hospital como una herramienta técnica en manos de médicos, cirujanos y enfermeras diplomadas (Broggi, 2001: 88-95; Hervás, 2004). Y ya bajo el régimen franquista (1939-1977), inicialmente, se adaptó a la fundación del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) en 1942 –una mutualidad obligatoria para los ejecutivos y los empleados en la línea de los modelos Bismarck (Sigerist, 1984) inspirado en el fascismo italiano (Terrón *et al.*, 2017)–, y, posteriormente, a la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1967 como principal activo de las políticas sociales del citado régimen.¹⁶ En 1960, el SOE ya tenía afiliado un 50% de la población, la SS un 85% en 1975 (Miguel, 1979: 63 y 115). Su implantación, paralela al impacto cultural que tuvieron los antibióticos en la demanda de atención por parte de la población y en los comportamientos por parte de los profesionales sanitarios (Comelles, 2004; Comelles *et al.* 2013), favoreció el acceso a los servicios de salud y a los de farmacia y modificó la estructura de los procesos asistenciales de un modo parecido a lo que sucediera en Europa (Comelles, 1993; Galam, 1996; Helman, 2003 y 2004). La principal diferencia, en relación a Europa o Norteamérica (Stuedler, 1974; Risse, 1999), fueron las dos décadas de desfase en la reforma de los hospitales en Cataluña. Desde finales de los cincuenta, un grupo de profesionales –liderado por Ignasi Aragó– abordó un amplio debate técnico sobre la

¹⁵ Como, por ejemplo, el Institut Policlínic Plató fundado en 1924 para desarrollar y efectuar la cirugía más pionera (Casares y Fuentes, 2001). Las *Guies Mèdiques del Sindicat de Metges de Catalunya*, publicadas entre 1918 y 1936, contienen un inventario de estos recursos y la lista de facultativos asignados a ellos. Tras la Guerra Civil, *Medi-farma* fue una guía de recursos y profesionales, editada por el Colegio de Médicos de Barcelona, con un papel similar. Sobre el desarrollo de la red privada en Cataluña, ver (Comelles, 1983; Zarzoso, 2017).

¹⁶Véase, entre otros, Miguel (1979) y Solé-Sabarís (1971).

reforma del dispositivo hospitalario catalán inspirado inicialmente por modelos europeos y, posteriormente, norteamericanos dentro del marco de la administración provincial (Aragó, Artigas *et al.*, 1969) y municipal (Aragó, 1967).

La necesidad de reformar el dispositivo hospitalario catalán tuvo que ver con distintas variables. La primera, una cultura “hospitalaria” plenamente integrada desde antes de la Guerra Civil por las clases medias y altas, relacionada con el valor de la afiliación al mutualismo privado u obrero. En segundo lugar, la afiliación obligatoria al SOE no frenó la continuidad de los contratos a los seguros de enfermedad privados y a las mutuas, por parte de los afiliados a los mismos, puesto que el SOE no abrió su primer hospital hasta finales de los años cincuenta del siglo pasado. En Cataluña, la cultura sanitaria había incorporado un *ideal type* de medicina, así como la capacidad resolutive del hospital en la patología quirúrgica y la atención materno-infantil (Comelles, 2017; Rius, 2004; Comelles y Perdiguero-Gil, 2015). La afiliación a las mutuas se transmitía de generación en generación junto con sus valores asociados, lo que favoreció la consolidación de un discurso médico propicio a desarrollar por este tipo de establecimientos, con la idea de hacerlos permeables a la creciente expansión del mercado privado (Zarzoso, 2017). Esto explica el origen sobre los debates relativos a la reforma hospitalaria tras el parón que significó la crisis económica de la postguerra, la cual impidió tanto la introducción de determinadas novedades técnicas como la implantación de un nuevo modelo de gestión hospitalaria (Pons y Vilar-Rodríguez, 2016). Sin embargo, en este momento todavía no podía hablarse de hospitalo-centrismo puesto que la mayor parte de procesos asistenciales no quirúrgicos o traumatológicos seguían gestionándose en los domicilios de los pacientes (Comelles *et al.*, 2013; Comelles, 2015). A escala catalana, el debate sobre la reforma hospitalaria tenía relación con las críticas que médicos, técnicos y usuarios hacían al SOE y la SS franquistas por la deficiente calidad de sus servicios, por la falta de una red propia de hospitales y por los obstáculos burocráticos a las demandas de urgencia (Comelles y Perdiguero-Gil, 2016). Tales críticas explican la apertura de debates sobre la reforma del sector público de salud en 1965 (Solé-Sabarís, 1971), y una amplia producción de documentos relativos a la red hospitalaria, en buena parte recogidos en la colección *Estudios sobre Hospitales y Beneficencia*.

EL DESARROLLO DEL HOSPITAL MODERNO

El primer franquismo nunca abordó la reforma de la vieja y obsoleta legislación de beneficencia. La administración local –municipios y diputaciones–, siguió asumiendo la atención a los pacientes pobres sin los recursos suficientes para invertir en la mejora y adecuación de sus hospitales. Con la creación del SOE, el Régimen implementó una política sanitaria jacobina. A saber, ubicaría un único hospital en cada capital de provincia, denominado “residencia sanitaria”, destinado a los “productores” –un eufemismo para “obrero”–, construido siguiendo los modelos norteamericanos (Pieltaín, 2003) y con una calidad hotelera similar a las clínicas privadas para distinguirlo de los hospitales locales y provinciales (Allué, 2011; Reventós, 2002; Pons y Vilar-Rodríguez, 2016). Estas “residencias” fueron, inicialmente, hospitales quirúrgicos y maternidades, ya que el SOE era

fundamentalmente asistencialista y marginó la prevención y educación para la salud (Perdigüero-Gil y Comelles, 2014 y 2016; Terrón *et al.*, 2017). A pesar de la propaganda, la construcción de las residencias sanitarias se dilató en el tiempo (Vilar-Rodríguez y Pons, 2016) y, a finales del Régimen, expertos (Miguel, 1976; Solé-Sabarís, 1971; Infante, 1975) y actores sociales (Candel, 1976) criticaban abiertamente su organización y su funcionamiento (Comelles y Perdigüero-Gil, 2016). Los técnicos eran conscientes de la necesidad de coordinar las distintas redes hospitalarias así como su adaptación a entornos locales y comarcales (Aragó *et al.*, 1969). La prensa también reclamaba “una red hospitalaria coordinada para la región con establecimientos en cada comarca”,¹⁷ puesto que los movimientos sociales urbanos barceloneses exigían “hospitales de barrio” y terminar con el caos asistencial.¹⁸ Para los ciudadanos, la reforma del sector salud pasaba, ante todo, por una reforma de los hospitales que no se limitara solamente a la atención maternal, traumatológica y/o quirúrgica.¹⁹

Ignasi Aragó (Reventós *et al.*, 1990; Martínez Callén, 2002) se inspiró de modelos hospitalarios europeos ampliamente descritos en la colección *Estudios sobre Hospitales y Beneficencia* (León y Sarrasqueta, 2017). Sin embargo, su discípulo Carlos Soler Durall, autor de la jerarquización del Hospital de Sant Pau de Barcelona, se inspiró en el modelo norteamericano.²⁰ Pretendía un hospital abierto a mutuas públicas, privadas y a particulares, movilizó a los filántropos²¹ y creó, en Sant Pau, un servicio de urgencias y una unidad coronaria modernas,²² además de reorganizar completamente la administración de la institución.²³

Los servicios de urgencia en los hospitales son rentables socialmente, aunque económicamente resulten carísimos. La comunidad espera hoy algo distinto que ayer, en lo que se refiere a un servicio de urgencias. Antes pedía rapidez. Hoy piden que se resuelva el problema permanente. El paciente necesita, en primer lugar, el mantenimiento de la vida, y, sin solución de continuidad, la restitución de la función. No basta, hoy por hoy, con mantener al paciente con vida hasta que el hospital funciones y pueda atenderlo, sino que es preciso empezar, desde el primer momento, un tratamiento de recuperación. (...) Hoy en día el

¹⁷ Francés, Enrique (22 marzo 1974). “Urge una planificación regional hospitalaria. La actual distribución de centros clínicos es arbitraria e insuficiente”. *La Vanguardia Española* (33).

¹⁸ Anónimo (7 enero 1972) “Déficit en la infraestructura hospitalaria y asistencial del Vallés. Desfase entre crecimiento demográfico e industrial y creación de centros sanitarios”. *Tribuna Médica*, 425: p.20.

¹⁹ La atención primaria fue objeto de un debate limitado (Bravo *et al.*, 1979), a pesar de la creación de la especialización, a través del Programa MIR (Médico Interno Residente), en medicina familiar (Fajardo, 2007) y de la incorporación de la noción de “promoción para la salud” (García López, 2014).

²⁰ Sobre la jerarquización en España, ver: Aragó, 1967; Reventós *et al.*, 1990: 111-122; Reventós, 2002; Martínez Callén, 2002; Comelles, 2006: 218-227; y Nadal, 2016: 65-85. También, la entrevista realizada a Carles Soler-Durall en 2002 (Martínez-Callén, 2002).

²¹ Junta pro-unidad coronaria del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo (4 agosto 1968). “Boletín de adhesión a la campaña pro-unidad coronaria. ¡Ayúdenos! Deseamos salvar 200 vidas en 1968. 300 en 1969. Y muchas más en el futuro. ¡La suya puede ser una de ellas!”. *La Vanguardia Española* (31).

²² Fernández-Cruz, Arturo (14 febrero 1967). “Gran atención y medicina de urgencia”. *La Vanguardia Española* (49)

²³ Anónimo (27 enero 1968). “Inauguración del servicio de urgencias del Hospital de San Pablo”. *La Vanguardia Española* (22).

hospital, además de atender técnicamente al paciente, debe ocuparse también de sus familiares.²⁴

El modelo de Sant Pau inspiró las posteriores jerarquizaciones de los hospitales públicos catalanes y el proyecto del mismo Carles Soler-Durall del Hospital General de Catalunya basado en el mutualismo privado.²⁵ El éxito del modelo queda reflejado en el hecho que la demanda de urgencias había saturado ya el servicio correspondiente en 1975,²⁶ demostrando la veloz incorporación del modelo por parte de los ciudadanos y su generalización al resto de instituciones. A consecuencia de ello, la SS no tardó en ofrecer servicios de urgencia en sus hospitales y, también, en sus ambulatorios.

Yo fui médico de urgencias de 1972 a 1976, primero, en un ambulatorio de Cornellà de Llobregat²⁷ y, después, en Vilanova i la Geltrú²⁸ (ambos municipios de la provincia de Barcelona), éste último contaba con una pequeña clínica quirúrgica privada y un antiguo hospital local. Yo realizaba mi trabajo con un conserje y una enfermera diplomada. En Cornellà, en un día normal, se podían atender entre 150 y 200 consultas y solamente disponíamos de una pequeña sala de curas y de un armario-botiquín. Cualquier urgencia de gravedad era remitida rápidamente a los hospitales de Barcelona, puesto que no teníamos ni un simple aparato de rayos X, ni un pequeño laboratorio, ni otros recursos más allá de los de un médico rural. En Vilanova era peor. Se atendían de 30 a 100 visitas diarias y el Hospital de Barcelona quedaba a unos 50 kilómetros de carretera sinuosa y peligrosa. Los bebés con riesgo de deshidratación, muy común en aquellas épocas, se derivaban directamente a Barcelona. A menudo, teníamos que movilizar ambulancias improvisadas cuando las familias no tenían coche. Por suerte, un gran número de demandas correspondían a patologías banales, pero los usuarios preferían la visita en el servicio de urgencias porqué los horarios de los médicos y practicantes no eran compatibles con los de su trabajo.²⁹

Para enviar un paciente al hospital, el médico de la SS debía rellenar el formulario “P10”. A continuación, debía resolver como transportarle, ya fuera en el coche de un pariente o vecino, movilizand las ambulancias de la Cruz Roja, incluso a un taxi. Si el paciente no tenía el “P10”, el desplazamiento al hospital no lo reembolsaba la SS. A la falta de flexibilidad producida por la organización piramidal de la SS se le sumaba un incremento exponencial de la demanda en los servicios de urgencias, que ya solían nacer sobrecargados, de los hospitales jerarquizados de Barcelona y de las otras tres residencias sanitarias correspondientes al resto de las capitales de provincia catalanas. Y es que tanto los residentes de zonas rurales como de cabezas de partido tan

²⁴ Soler-Durall, Carlos (1 noviembre 1972). “Los servicios de urgencia en los hospitales”. *La Vanguardia Española* (27).

²⁵ M., J. [pseudónimo] (24 agosto 1973). Lanzamiento de una idea de crear un Hospital general de Cataluña. *Tribuna Médica*, 516: p. 18.

²⁶ Anónimo (25 octubre 1975). “El servicio de urgencias del hospital de San Pablo supera la cifra óptima de ocupación”. *La Vanguardia Española* (3).

²⁷ Cornellà de Llobregat fue el municipio más industrializado de la comarca del Baix Llobregat. Entre los años 1950 y 1975 la población de la mencionada comarca aumentó un 380% hasta llegar a los 90.000 habitantes. Este fuerte crecimiento introdujo profundos desequilibrios en el conjunto del hábitat (Beltrán, 2002: 245-248).

²⁸ Vilanova i la Geltrú es un municipio perteneciente a la comarca del Garraf que en 1975 tenía alrededor de 40.000 habitantes.

²⁹ JHF, médico.

alejados de Lleida como Vielha, por ejemplo, se veían obligados a acudir a estos nuevos servicios de urgencia, muchas veces teniendo que desplazarse, por carreteras no muy transitables, a 100 y hasta 200 kilómetros de su casa. Los hospitales locales, que antaño habían absorbido la demanda de maternidad, traumatología no compleja, o pequeña cirugía, no disponían del capital necesario para invertir en su jerarquización y, faltos de medios incluso para ofrecer cirugías programadas o asistencia al parto, muchos se reconvirtieron en asilos para personas mayores (Comelles *et al.*, 1991: 265-273). La ciudadanía aprendió, de forma muy rápida, a distinguir entre la atención integral que dispensaban las urgencias de los grandes hospitales jerarquizados y los recursos locales mucho más modestos.

A pesar de todas las dificultades de acceso descritas, el hospital general terminó por convertirse en una institución permeable y referente para las situaciones críticas y angustiantes, en las cuales los ciudadanos no tardaron en aprender –y enseñar al resto del conjunto– como sortear la burocracia. Esta permeabilidad de acceso se amplió con la introducción de las nuevas tecnologías de diagnóstico por la imagen y por los efectos de la hospitalización de patología médica, sobre todo de personas mayores o de pacientes en etapas finales de su vida (Allué, 1985). En 1985, el promedio de las estancias hospitalarias se situaba alrededor de los diez días (Generalitat de Catalunya, 1985: 115), entre otras cosas, por qué el cuidado en el hogar de personas mayores era ya imposible debido a los cambios producidos en las estructuras familiares y por la inexistencia de un apoyo profesional eficaz. En esta arena social, el hospital dejó de ser un recurso excepcional.

El nuevo hospital empleó médicos, enfermeras y demás personal sanitario a tiempo completo, mientras que el Programa MIR (Médicos Internos y Residentes) aseguró la formación de especialistas en los nuevos hospitales cualificados. Este programa alimentó el *staff* de los nuevos y más pequeños hospitales comarcales. No obstante, y a diferencia de otros países como Francia o el Reino Unido, donde la práctica hegemónica operaba “fuera” de los hospitales puesto que el mercado médico continuaba siendo “exterior” a ellos, el conjunto de todas estas reformas desplazó la carrera profesional del facultativo dentro del hospital, colocándolo en una posición subordinada a éste (Comelles, 1993).

LA CONSTRUCCIÓN CULTURAL DEL HOSPITALO-CENTRISMO

Durante la Transición democrática Cataluña recuperó la idea de una planificación sanitaria comarcal cuyas bases procedían de la Mancomunitat de Catalunya y la Generalitat republicana (Comelles, 2010 y 2013; Comelles y Barceló, 2017). Las nuevas ideas procedían de los estudios y reformas ya realizados en la década de los sesenta instadas por las Diputaciones y los municipios que disponían de hospitales locales (Comelles *et al.*, 1991). Apuntaban a la necesidad absoluta de una reforma hospitalaria regionalizada (Aragó *et al.*, 1969) que finalmente hizo suya la Generalitat provisional (Generalitat de Catalunya, 1980a; 1980b). El énfasis de las reformas en el dispositivo hospitalario oscureció el debate sobre el despliegue de la atención primaria en ese mismo periodo. No podemos entrar en la complejidad de esta casuística, pero el hecho es que los ciudadanos no tenían la

misma conciencia en relación a la atención primaria ya que, para una parte nada desdeñable de la población catalana, los facultativos de las mutuas privadas ofrecían un servicio razonable que hacía que, las clases medias y altas, casi nunca utilizasen el recurso de la SS.

De este modo, la reivindicación del hospital técnico tuvo sus raíces en prioridades culturales – el *embodiment* por parte de los ciudadanos de sus bondades–, en el interés de los médicos y en la necesidad política de capitalizar y financiar a los antiguos establecimientos benéficos que no eran ya capaces de proporcionar atención técnica de calidad por su falta de inversiones. En Cataluña, la solución pasó por la concertación de servicios: la Generalitat financió las inversiones para efectuar las reformas necesarias, mientras que las fundaciones o patronatos municipales gestionaban el día a día a partir de empresas de servicios creadas *ad hoc*. Es lo que se conoce como “el modelo catalán”. En 1981, la Generalitat desarrolló las especificaciones técnicas que las instituciones hospitalarias debían cumplir para garantizar los estándares de calidad de sus servicios y planificó una red de hospitales comarcales de entre 100 y 150 camas cada uno. La financiación de estas infraestructuras no fue nada fácil y su aplicación real se demoró a lo largo de dos décadas. Sin embargo, la administración autonómica no pudo prever los efectos colaterales. Por un lado, el crecimiento de la demanda de urgencias hospitalarias fruto de la sencillez y gratuidad en el acceso y de los ya comentados cambios demográficos, sociales y culturales; y, por el otro, la creación de las “listas de espera” debido a la también creciente demanda en exploraciones, cirugía y terapéutica hospitalaria –como la oncológica–, en una sociedad que nunca antes había tenido un acceso tan fácil al dispositivo. Al mismo tiempo el desarrollo constante de nueva tecnología diagnóstica y terapéutica fue modificando los parámetros tradicionales de diagnóstico: anamnesis y exploración física pasaron a un segundo plano ante la eficacia diagnóstica de la tecnología. La imagen del médico generalista se difuminó y la demanda de respuesta diagnóstica nunca tuvo –ni puede tener– límites ya que, en última instancia, depende de las decisiones de los ciudadanos, a menudo tomadas sin el consejo o la recomendación de un profesional sanitario. Lo que se considera o se reconoce como social y culturalmente “urgente” no puede esperar a la apertura de los centros de atención primaria o a la visita del médico a domicilio del paciente. Por eso, las campañas para concienciar a la población de que no se salte el recurso de la atención primaria no han tenido éxito, y la estrategia de llamar a los teléfonos de consulta o atención sanitaria no presencial, como por ejemplo el “061 *CatSalut Respon*” en Cataluña,³⁰ depende del valor que los usuarios atribuyan a los signos y síntomas que observan y de su experiencia previa.

En 1982 se atendieron un total de 1.275.998 urgencias hospitalarias. En 1985 ya fueron 1.887.174. Un incremento de casi el 48% de consultas en una población que estaba estabilizada alrededor de los 5,5 millones de habitantes (Generalitat de Catalunya, 1985). Y, en 2014, a pesar de la información y educación de la población al respecto y del desarrollo de las urgencias en los casi 400

³⁰ El “061 *CatSalut Respon*” lo forma un equipo de más de 200 profesionales entre médicos, enfermeros y técnicos, cuya función es dar atención sanitaria no presencial y ofrecer consejo e información de salud. Además, en el “061 *CatSalut Respon*” se pueden realizar trámites administrativos. Si es necesario, este servicio le dirige al centro de salud más adecuado o bien activa un médico a domicilio, una ambulancia o un helicóptero medicalizado del Servicio de Emergencias Médicas (SEM) para atender al usuario.

Centros de Atención Primaria (CAP) existentes (Generalitat de Catalunya, 2012) –que cuentan con el apoyo de una plantilla de más de 4.500 médicos de familia–, se registraron 4.450.094 consultas en los servicios de urgencias de los hospitales catalanes –públicos y privados– con una población aproximada de 7,5 millones de habitantes (EESRI, 2013). Esto es, casi dos tercios de la ciudadanía acuden anualmente a urgencias.

El pediatra y antropólogo Xavier Allué (1998) analizó, desde un punto de vista etnográfico y estadístico, las urgencias pediátricas en el Hospital Joan XXIII de Tarragona. En 1994, por ejemplo, se habían atendido 13.101 casos, incluyendo un 3'5% (458 casos) que acudieron a urgencias sin serlo. En 1995 fueron un total de 14.584 visitas, de las cuales 466 no presentaban patología. La consejera de salud de la Generalitat, en 2008, afirmaba en los medios de comunicación que era posible “ordenar” y gestionar toda esta demanda.³¹ Con el paso del tiempo, los hechos han demostrado que esto era y continúa siendo imposible, puesto que la demanda es cultural y construida a diario en *ethnoscapes* particulares. Hasta el punto que en 2015:

Más de la mitad de los pacientes que acudieron a un centro hospitalario por una urgencia médica tendrían que haber ido a otro tipo de centro. (...) Concretamente, el 52% de las urgencias hospitalarias se podrían haber resuelto en un Centro de Urgencia de Atención Primaria (CUAP) y el 12% en un CAP. Si los pacientes lo hubieran hecho, habrían encontrado la misma solución y en un tiempo de espera menor. Por lo tanto, solamente un tercio de los casos, realmente, necesitaba ir al servicio de urgencias de un hospital.³²

Ciertamente, la percepción de lo que es –y no es– urgente es cultural y casi siempre tamizada por la inexperiencia ante lo desconocido. En un contexto donde apenas existe la transmisión generacional de cuidados en salud, la experiencia de enfermedad para todos aquellos que no son mayores es menos común que antes. Sin embargo, ésta nunca ha sido y continúa no siendo la única explicación del –“mal”– uso de las urgencias. Hoy en día, la demanda y obtención de información se ha transformado de forma radical, puesto que internet ha hecho más fácil el acceso a los conocimientos, aunque, también, exige un cierto trabajo crítico de las fuentes consultadas. Marta Allué (2013) escribió, en una de sus etnografías, que la relación entre los pacientes y los servicios de salud requiere, en primer lugar, del aprendizaje de sus propias enfermedades para, posteriormente y si lo desean, poder negociar con el dispositivo de asistencia con el máximo de información posible a su disposición. Miguel Ángel Asenjo, uno de los referentes de la reforma hospitalaria en Cataluña (Reventós *et al.*, 1990), negaba –ya en los años 80 del siglo pasado– el argumento de la ignorancia de los usuarios cuando decía:

Se ha hablado mucho y no siempre con lógica de las verdaderas y falsas urgencias. Los autores más serios que figuran en mi biblioteca han podido demostrar que no más del 20% de las personas que acuden al servicio de urgencias sufren una auténtica urgencia. ¿Qué debemos hacer con ese 80% de falsas alarmas? Sostengo que el riesgo de que una urgencia de verdad

³¹ Ricart, Marta (3 enero 2008). “Urgencias crónicas”. *La Vanguardia* (26-27).

³² Calvó, Sonia (23 de diciembre de 2016). “El 64% de las urgencias hospitalarias podrían resolverse en un CUAP o en un CAP”. *El diari de la Sanitat* (1).

no sea correctamente atendida, de que esa urgencia no llegue al hospital y pueda determinarse la muerte de una persona, es un riesgo muy superior al trabajo que representa atender casos que no son de urgencia objetiva. La urgencia la define más el propio enfermo que el médico. Es quizá una sensación de estar enfermo hasta que el médico te asegura que no lo estás (Asenjo, 1980: 17).³³

Xavier Allué (1998) aporta una nueva explicación del fenómeno cuando recuerda que el hospital, además de ser una antena fiable de información, está abierto las 24 horas del día y por ello es capaz de dar respuestas eficientes ante la incertidumbre. La representación cultural de la “eficacia” ante la “urgencia”, diseñada a finales del siglo pasado como la mejor publicidad para el hospital y su imagen pública, también se proyectó hacia sus profesionales los cuales, desde entonces, tuvieron que asumirla como una responsabilidad profesional no exenta de ciertas paradojas. Y es que, como se puede ver en el siguiente ejemplo, la actitud de un médico de urgencias puede ser la contraria:

Un bebé de ocho meses con un resfriado de varios días. Fue llevado al pediatra de su centro de atención primaria dos veces. Al ver que no había mejoría, la familia lo llevó a un pediatra privado. (...) Al no remitir la fiebre, los padres acuden al servicio de urgencias, preocupados, por qué ya no saben qué hacer. El pediatra de guardia le retira todos los medicamentos recetados y le prescribe instilaciones de agua salada y un antipirético para la fiebre (Allué, 1998: 68).

Es precisamente la imagen de credibilidad y legitimidad que le otorga la institución, la que permite al médico hospitalario comprender la desconfianza de la ciudadanía en relación a los profesionales de atención primaria, cuya práctica queda supeditada a la hegemonía del hospitalo-centrismo, con especial énfasis, durante las situaciones de crisis. Llegados a este punto, la desconfianza es bilateral. Por un lado, los profesionales de primaria saben que se han convertido en la cara visible y más próxima de un sistema, caracterizado por la imagen social de una eficiencia global asociada al hospitalo-centrismo, que no pueden ni reproducir ni, tampoco, ofrecer plenamente en las consultas ambulatorias y en las visitas domiciliarias. Por el otro lado, los usuarios conocen los obstáculos burocráticos que la atención primaria les pone para las situaciones no urgentes y saben, si se lo pueden permitir, que la asistencia privada es capaz de ofrecerles un menor tiempo de espera. En el frente de ambos bandos, la guerra de trincheras. Las urgencias son medicina militar en tiempos de paz. Detener las hemorragias, evitar que el paciente se ahogue, aliviar el dolor, estabilizar...

Disparar primero y preguntar después. La extrema gravedad, que ronda a la muerte, puede ser reconocida por los ciudadanos. Y cuando la duda se instala es el peso de la representación de la gravedad percibida por los ciudadanos, construida a base de experiencias previas –“el niño tiene fiebre y parece que se paraliza el mundo. Si nos llaman al trabajo, ya no damos pie con bola; si nos damos cuenta por la noche, empezaremos a darle vueltas (qué mala es la noche) y ya no pegamos ojo; si es la abuela quien se da cuenta, ya habrán saltado todas las alarmas”–,³⁴ la que determina las

³³ Asenjo, Miguel Ángel (1 agosto 1980). “Las urgencias objetivas”. *La Vanguardia* (17).

³⁴ Galán, Lucía. (2014) “*Verdades y mentiras de la fiebre*”. *Lucía, mi pediatra. Desde la experiencia de mi profesión y la sensibilidad de mi maternidad*.

decisiones de acudir o no a los servicios. Ante una larga noche en la incertidumbre, se sabe que acudir a las urgencias hospitalarias, a pesar de saber que habrá que esperar varias horas en la sala de espera y unas cuantas más en una camilla, ofrece la seguridad de estar acogidos en una institución que basa su prestigio en la seguridad que ofrecen sus paredes y, aún en mayor medida, en su capacidad resolutive. Incertidumbre compartida por el paciente y su red social, compañera indispensable en la espera de urgencias. Tan indispensable que produce situaciones paradójicas en el servicio: “llegué muy cojo. A duras penas, conseguí llegar a admisiones tras una fuerte torcedura de tobillo. La administrativa me preguntó quién me acompañaba. Nadie –respondí–. Se sorprendió. No había celador disponible para empujar unas sillas de ruedas destinadas a ser manipuladas por un tercero”, y que el paciente no podía manejar por sí mismo”.³⁵

Durante el franquismo y la Transición democrática se criticaba acerbamente la práctica de los médicos de la SS por sus consultas cortas, enfocada hacia la prescripción médica o a las derivaciones o a las analíticas y radiografías. Es cierto que los pacientes habían aprendido a demandar y, aún más, a exigir. Los reformadores del sistema sanitario creían que, con educación y promoción de la salud, podrían cambiar los hábitos de usuarios y favorecer la toma de decisiones “racionales” (Terrón *et al.*, 2017). La racionalidad biomédica del sistema, nada tenía que ver con la racionalidad cultural de los pacientes que, a fin de cuentas, era la que determinaba sus decisiones y no los consejos técnicos. Costó una generación no exigir antibióticos en las viriasis...

La racionalidad cultural permite comprender que “la gente acude a urgencias porque desea rapidez e inmediatez”.³⁶ La respuesta rápida de los servicios de urgencia no puede equiparse a lo que sucede en un CAP. En atención primaria, entre la primera visita –que además no siempre puede ofrecer un tiempo razonable al paciente para que se explique cómo desearía– y el diagnóstico, el usuario se somete a una larga lista de visitas a especialistas y de exploraciones complementarias que pueden durar meses. Por ello, su capacidad resolutive es baja, excepto para aquellas patologías banales que siempre se habían manejado en la esfera doméstica y, eventualmente, con el saber hacer de un médico rural o un practicante local. En esta arena, la hegemonía cultural del hospitalo-centrismo rige el imaginario de las decisiones a tomar en los diferentes itinerarios terapéuticos. Los ciudadanos de otros tiempos sabían que sus facultativos tenían la misma capacidad resolutive a domicilio o en sus consultas que en el hospital. En 2017 saben que eso ya no es posible. Por eso las crisis en la demanda de urgencias, desde hace tiempo, se han vuelto crónicas (Torner *et al.*, 2003).

LOS OTROS ÁNGULOS DEL HOSPITALO-CENTRISMO

El hospitalo-centrismo está presente en todo el dispositivo de salud y absolutamente incorporado a la folk-medicina actual. La estructura piramidal del dispositivo convierte al hospital en la puerta de acceso a funciones distintas de las de la hospitalización clásica como, por ejemplo, el acceso a la tecnología diagnóstica y terapéutica ambulatoria o a los espacios de rehabilitación. El

³⁵ JHF, médico.

³⁶ Roglán, Joaquín (10 enero 1999). “Vida de urgencias”. *La Vanguardia. Suplemento: la Revista del Domingo* (2-5).

hospital es hoy un espacio público y permeable que configura experiencias personales muy distintas a las tradicionales de internamiento de los pobres, quedando este último recurso como excepcional y utilizado sólo por razones de enfermedad física o mental graves y prolongadas. Sin duda, su discurso institucional y académico sobre la eficacia médica se irradia al conjunto de la sociedad y está hecho a partir de la folk-medicina local y global.

Pero esta hegemonía no está exenta de contradicciones que, a continuación, abordaremos a partir de algunos ejemplos etnográficos recuperados de investigaciones hospitalarias realizadas en Cataluña. Tales investigaciones, la mayoría inscritas en el interaccionismo simbólico, muestran las dimensiones culturales del hospitalo-centrismo “en” diferentes salas o antecámaras del hospital.³⁷ El otro aspecto que también se analizará se centra en las relaciones que se establecen entre los demandantes de atención, los profesionales y las instituciones, así como, también, la posición activa de los enfermos (Allué, 2013) y cómo, todo ello, condiciona al conjunto del sistema.

La hegemonía del hospitalo-centrismo en Cataluña y la rigidez de acceso a la atención médica especializada o a las propias instituciones, deja a los facultativos de atención primaria –el profesional de referencia en muchos países– en una posición subalterna, a pesar de su papel en las urgencias de proximidad y de seguir ostentando el monopolio de la prescripción médica. Las distribuciones de estos profesionales en los diferentes CAP repartidos por todo el territorio catalán aseguran proximidad, pero los ciudadanos saben que sus respuestas diagnósticas y terapéuticas son modestas.³⁸ Tanto que, en ocasiones, su papel parece más el de guardagujas del sistema –volantes para análisis, pruebas diagnósticas y derivaciones a especialistas– que el de un médico diagnosticador y pronosticador como los de antes. La folk-medicina actual tiene perfectamente asumido este papel, estos son sus límites, a pesar de los esfuerzos de la administración para facilitar el consejo médico por teléfono, por internet³⁹ o mediante la aplicación de programas de educación y promoción de la salud. La demanda de urgencias hospitalarias no cesa. Si los niños son los clientes asiduos (Allué y Comelles, 1998), la mayor afluencia a los servicios de urgencia de los hospitales son las crisis intermitentes de los enfermos crónicos y de las personas mayores.

A principios de la década de los ochenta del siglo XX, Marta Allué aún describía el hospital técnico acogiendo agonizantes (Allué, 1985). Pero esta casuística ya no representa el actual paradigma. María Antonia Martorell (2015), en cambio, ya describe los itinerarios entre el hogar, el hospital, el hospital de día o el centro socio-sanitario desde la perspectiva de las redes sociales de los pacientes con la enfermedad de Alzheimer. En su etnografía se pone de relieve como este tipo de patologías crónicas ya no pueden ser –ni son– gestionadas por el hospital técnico, el cual ha perdido su condición de asilo para convertirse en un recurso asistencial a utilizar, básicamente, en las situaciones de crisis o de reagudización de la enfermedad crónica (Quiñones *et al.*, 2013).

³⁷ Algunos ejemplos se pueden encontrar en: Allué (1996); Allué (1998); Comelles (2002); Pallarès (2003); Comelles (2006); Serradell (2008); Allué (2011) y Perdiguero-Gil *et al.* (2014).

³⁸ La mayoría de los CAP no están equipados ni de aparatos de Rayos X ni, tampoco, de laboratorios que puedan realizar una simple analítica.

³⁹ Véase, en el [caso catalán](#).

En Cataluña, la introducción relativamente precoz –a finales de los años ochenta y principios de los noventa– de la filosofía de cuidados paliativos (Gómez-Batiste, *et al.*, 1996; Mahtani y González-Castro, 2006), aplicada por el *Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport* (PADES) en el domicilio del paciente (Generalitat de Catalunya, 2010), permitió que la hospitalización de este tipo de enfermos sea, actualmente, una circunstancia excepcional (Gómez-Batiste *et al.*, 2012). Los equipos locales de atención primaria –médicos, enfermeros y trabajadores sociales– complementan el soporte técnico en las “hospitalizaciones a domicilio”. Ello se ha traducido en una reducción de la demanda de hospitalización de pacientes en fases terminales de su vida y en la mejora de la calidad de vida de estos enfermos y sus familiares. Analizado en estos términos se habría conseguido transformar la percepción de los ciudadanos y de los profesionales de la atención primaria (Valderrama, 2008).

Sin duda alguna, el éxito del PADES –como ejemplo paradigmático del segundo ángulo del triángulo hospitalo-centrista– coloca en el centro del debate la organización de la asistencia domiciliaria en atención primaria. Entre otros motivos, porque este modelo puede también ser considerado como una descentralización del hospital adaptada a las particularidades de la vida cotidiana y muchas veces se denomina como “hospitalización a domicilio”. De un modo u otro, parecería que el hospitalo-centrismo más radical se bate en retirada ante las experiencias personales de los actores sociales que devienen militantes de unas modificaciones asistenciales en las que la coproducción de saberes es un hecho. Uno de los puntos fuertes de este proceso ha sido el cambio de perspectiva en los roles de la enfermería a domicilio, fruto de dos décadas de reformas en la formación de estos profesionales (Codorniu *et al.*, 2011).⁴⁰

Si el PADES ha reducido los viajes al hospital, por los efectos de un modelo de atención y soporte descentralizado, el siguiente caso de estudio conforma el tercer y último ángulo de nuestro triángulo situándose, en un territorio fronterizo, entre el hospital y la “hospitalización doméstica” –o mejor dicho en un vaivén entre éstos–. El modelo de asistencia psiquiátrica actual arraigó en Cataluña (Comelles, 1991), más tarde que en otras regiones, con el cierre de los asilos psiquiátricos y la transferencia de la atención a las crisis agudas a salas de hospitales generales y especializados. Como en los otros ámbitos de la medicina, una parte de los psiquiatras quisieron participar de la nueva concepción hospitalo-céntrica y alinearse, de este modo, con otros especialistas (Fourquet *et al.*, 1975; Comelles *et al.*, 1980). Ciertamente, la transición de la imagen de pabellones asilares a salas especializadas en psiquiatría permitió proyectar sobre la sociedad no solo una imagen de eficiencia sino, también, una nueva estampa de institución “para atender” que ha incorporado todos los elementos del hospitalo-centrismo. Los protocolos clínicos hegemónicos en estas instituciones, calcados a los habitualmente empleados en medicina somática –como el uso generalizado del DSM y el CIE o la recuperación de determinadas tecnologías terapéuticas como la ECT (electroshock)– benefician una puesta en escena propia del teatro quirúrgico.

⁴⁰ María José Conti realizó un exhaustivo estado de la cuestión en relación a la influencia de los *nursing studies* y de la antropología médica en la formación de los profesionales de enfermería (Conti, 2009).

Hasta la Ley de Sanidad de 1986 (Comelles, 2010), las instituciones psiquiátricas dependían de las Diputaciones provinciales en virtud de lo dispuesto, en su momento, en las obsoletas leyes de la beneficencia liberal (Comelles, 1988). Vistos los límites de las reformas realizadas en los antiguos manicomios (González de Chávez, 1980), los objetivos de la nueva reforma pasaron por el vaciado de tales instituciones y la apertura de departamentos en hospitales especializados (Comelles *et al.*, 1980). Sin embargo, el conflicto surgió en la manera de aplicar dicha reforma. Por un lado, los defensores de una psiquiatría más hospitalo-céntrica y, del otro, los partidarios de unas estructuras asistenciales descentralizadas en la comunidad (Comelles y Alegre-Agís, 2016). En aquellos momentos, el segundo enfoque era más complicado de aplicar que el primero, a saber, por la disociación existente entre el sector salud, dependiente aún del Gobierno central, y los servicios sociales, que tenían distribuidas sus competencias entre la Generalitat, las diputaciones y los ayuntamientos (Pelegrí, 2011), y cuya coordinación real no se pudo conseguir hasta finales del siglo XX e incluso principios del XXI. La ley consagró ambas opciones, si bien con el paso del tiempo se terminó imponiendo la idea de una atención dentro de la comunidad que priorizara la inserción social del enfermo y la preservación de su estructura familiar (Alegre-Agís y Comelles, 2016). Así pues, la totalidad del dispositivo de atención a la salud mental opera, actualmente, en tres niveles complementarios: el hospital especializado, en la cúpula del sistema que implica también investigación y formación, los centros de atención intermedios⁴¹ y la atención y cuidado a cargo de las familias (Alegre-Agís, 2016a).

Si bien la atención a la salud mental puede pensarse como un modelo alejado del de urgencias y del de paliativos, su punto de unión converge justamente en las formas de hospitalo-centrismo que rigen las percepciones de los usuarios en relación al funcionamiento del sistema. Por un lado, hay que recordar que el acceso al dispositivo de salud mental se articula, principalmente, vía las “urgencias” de los hospitales especializados o de las salas de psiquiatría de los hospitales generales (Brigidi, 2009). La práctica más frecuente, al menos en los primeros brotes, consiste en dirigirse a las urgencias de un hospital general. Una vez dentro del circuito asistencial, las recaídas pueden gestionarse, ocasionalmente, en el hospital general pero más frecuentemente en las urgencias de los hospitales especializados. Todo ello depende de la distancia entre el domicilio del paciente y el recurso asistencial más próximo, aunque también de si se tratan de ingresos voluntarios o no. Cuando el sistema judicial y policial interviene en el ingreso involuntario se pone de relieve la responsabilidad legal del psiquiatra, su monopolio en el diagnóstico de los trastornos mentales graves y su hegemonía profesional respecto de otros profesionales de la salud física y mental.

A pesar del hospitalo-centrismo existente en las respuestas asistenciales a las crisis agudas mediante el intervencionismo farmacológico u otras técnicas como el ECT, la tendencia de la psiquiatría para resolver los intervalos entre crisis se aproxima mucho más a un modelo de atención paliativa a la sintomatología. Ello es fruto de la consideración, por parte de la comunidad psiquiátrica,

⁴¹ Los más conocidos, en Cataluña, son denominados Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA) y Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ).

de los trastornos mentales graves como crónicos con episodios de reagudización, hecho que refuerza la creencia, por parte de pacientes y familiares, de la incurabilidad de dichos trastornos. Aplicando esta lógica a la terapéutica, el tratamiento solo paliaría la sintomatología, pero no curaría la enfermedad. Ambas representaciones convergen sobre el modelo de atención a la salud mental creando realidades ambivalentes que se superponen y se complementan.

Dentro de este modelo se entrecruzan tres situaciones: en primer lugar, el uso del hospital continúa siendo hegemónico en las decisiones a tomar durante las crisis producidas en los intervalos de estancia en casa o en los apartamentos bajo tutela, ya que los servicios de urgencias hospitalarios continúan siendo el referente donde acudir. En segundo lugar, la demanda de atención y la terapéutica de la vida cotidiana giran constantemente entre los tres niveles que conforman la globalidad del dispositivo, dando lugar al fenómeno conocido como el *revolving door* entre el hospital y la necesidad de refugio. Y, finalmente, la “hospitalización psiquiátrica a domicilio” o la “organización de los cuidados a domicilio” (Megías del Rosal *et al.*, 2004), un modelo de cuidado dentro del ámbito familiar o tutelado, orientado a la rehabilitación y reinserción social del paciente en la comunidad. Sin embargo, esta última realidad acaba por insertar tanto a enfermos como a familiares en una perversa paradoja donde el hospital mental queda para periodos de crisis, el domicilio del paciente como lugar de reclusión para periodos en que está compensado y los pisos tutelados –en tanto que alternativas al hogar– como espacios que no dejan de ser tan “custodiales” como el hospital mental para periodos de crisis o el propio hogar para los de más tranquilidad.

Todo ello se agrava al tomar en consideración que, si en urgencias o en paliativos la tutela va en consonancia a la autonomía del paciente y en caso de no tenerla suele ser por periodos breves, en la enfermedad mental severa la responsabilidad de tutelaje del paciente puede durar décadas. En cuidados paliativos, además, la coordinación entre el PADES, los equipos de atención primaria y el hospital suele ser consistente y sólida, cosa que no sucede en el dispositivo de salud mental por la dispersión y falta de armonización de sus recursos.

Tras el alta del hospital mental, el paciente vuelve a la reclusión en el hogar, a la “hospitalización doméstica” (Alegre, 2017), a la atención ambulatoria por parte de los centros de atención intermedios y al resto de estructuras de rehabilitación y reinserción social. Sin embargo, el hospital especializado y sus psiquiatras siguen siendo referentes debido a su responsabilidad legal en la siempre espinosa cuestión de la tutela durante el internamiento. Esta posición hegemónica dificulta el seguimiento y la evolución de la vida diaria del paciente y de su red familiar cuando éste no está hospitalizado, salvo cuando el psiquiatra envía a una enfermera o trabajadora social al domicilio. Del mismo modo, la escasa coordinación con las asociaciones y redes de apoyo “no formal”, las cuales ofrecen rehabilitación, terapia ocupacional o psicoterapia como un tipo de “hospitalización parcial”, repercute en la baja efectividad de la rehabilitación social y en la limitada integración al mercado laboral lo que, definitivamente, suele dejar al individuo aislado.

El conjunto de estas circunstancias deja al paciente en una situación similar al internamiento en el hospital mental en casa. Su reclusión en el hogar se corresponde a una forma de

institucionalización no tan diferente del comportamiento observado en los antiguos asilos (Goffman, 1968). A saber, cronificación en un espacio cerrado y construido sobre “adaptaciones primarias” y “secundarias” que deja a un lado el mundo exterior, aunque esté abierto a él: “se queda en su habitación, acostado en la cama. Fuma y no le gusta salir. Si tenemos visitas, insisto en que salga de su habitación. Nunca lo hace. No se cambia de ropa, siempre usa la misma”.⁴² Por el contrario, el paciente ve en su habitación la creatividad: “la mesa, la cama o el suelo son una extensión de mí porque me permiten crear, producir, proyectarme a través del arte, a través de la música o a través de no hacer nada”,⁴³ un espacio dónde expresar su identidad (Alegre-Agís, 2016b).

Si comparamos las etnografías de los viejos asilos psiquiátricos (Stanton y Schwartz, 1954; Caudill, 1958; Warren y Weinberg, 1960; Goffman, 1968) con las condiciones de la vida doméstica actual de estos pacientes, podemos llegar a la conclusión de que se han convertido en una “institución doméstica total” (Alegre-Agís, 2017). En muchos casos, observamos como los pacientes y sus padres reproducen, en su vida común, una reclusión casi perpetua enmarcada por los rituales cotidianos: comer, dormir, ir a un taller, etc. Si en las instituciones asilares los guardianes organizaban el tiempo, en el hogar son los padres quienes lo controlan en un juego inconsciente de infantilización, vigilancia y control terapéutico. Aprueban o desaprueban las actividades del día a día: las horas de sueño y de comida, los hábitos alimentarios o el uso de los equipos tecnológicos y de los espacios; controlan los paseos, las actividades lúdicas o simplemente la realización de actividades banales. El miedo de las familias a la “dependencia” del paciente permite explicar la vida asilar y custodial a domicilio de éste y la confianza del grupo primario en el hospital como red de seguridad para responder a las situaciones de crisis. En última instancia, las presiones sobre los pacientes con respecto a su actitud –entre ser “bueno” o “malo”–, junto con el hecho de responder y aceptar el tratamiento, de experimentar su deseo de sanar y de recuperar la “normalidad” no son más que consecuencias fruto de la creencia de las familias y de los profesionales de que el “cambio de actitud” del paciente es determinante para su inserción social y el buen pronóstico de su enfermedad.

CONCLUSIONES

El “hospitalo-centrismo”, como representación cultural de un *ideal type* de eficacia médica, forma parte de una etapa del proceso de medicalización (Perdiguero-Gil y Ruiz-Berdún, 2017) que llevó a la conversión de los viejos hospitales-asilo de beneficencia (Huguet-Termes y Arrizabalaga, 2010) en referentes técnicos diagnósticos y terapéuticos en la actualidad. El hospitalo-centrismo no es una hipótesis sino una realidad contrastable reflejada ampliamente por su historiografía, así como por las aportaciones de las ciencias sociales –la antropología y la sociología médicas– y por los estudios culturales y de la ciencia.⁴⁴ El “hospitalo-centrismo” no es simplemente el producto de discursos técnicos más o menos universales, sino el producto de una dialéctica “local”. El término

⁴² Madre de 67 años. Vive con su marido y su hijo que sufre de esquizofrenia en Barcelona.

⁴³ Enfermo de esquizofrenia de 25 años que vive con otros enfermos en un piso tutelado en Barcelona.

⁴⁴ Sin embargo, inserto dentro de las distintas fases del proceso de medicalización al que ya hemos aludido.

“local” plantea siempre problemas, pero para nosotros “local” puede corresponder a una región, a una ciudad, a un Estado o a una isla del tamaño de Sicilia o de Groenlandia. Como rasgo cultural, el hospitalo-centrismo se desarrolla y alcanza su hegemonía a partir de distintas variables culturales, entre ellas y no la menor, por la evolución histórica del significado que las instituciones hospitalarias han tenido en contextos histórico-culturales concretos a escala fundamentalmente local, puesto que el hospital se ubica, física y arquitectónicamente, en una posición determinada del espacio público “local”. Entiéndase este no como un espacio “en la ciudad”, sino como una institución en un espacio que lo hace accesible desde cierta distancia. El debate sobre la comarcalización hospitalaria, sucedido en Catalunya durante la Transición democrática, deriva de la necesidad de situar el hospital a una distancia razonable, un máximo de hora y media de ambulancia u otra modalidad de transporte.⁴⁵

Si el proceso global de transformación de las funciones y los significados del hospital tiene diferentes cronologías a nivel mundial, regional y local –estas dos últimas categorías abiertas a la mirada etnográfica– (Comelles, 2000), la progresiva hegemonía del hospitalo-centrismo está regida por el mismo principio. La particularidad del caso catalán, que le otorga una condición diferencial respecto al proceso de medicalización desarrollado en el resto del territorio español, deriva de ser la consecuencia de una evolución secular del significado cultural del hospital, ya presente en el imaginario colectivo de la población catalana antes del estallido de la Guerra Civil española y que se caracterizó por un proceso de organización comarcal de la red de hospitales locales con el objeto de romper con los problemas que planteaba su aislamiento territorial (Comelles, 2013; Barceló y Comelles, 2014). Tras el paréntesis de la Guerra Civil, y desde los años cincuenta, los debates en la ya muy medicalizada sociedad catalana (Comelles et al., 2013) junto con el desarrollo de los estudios hospitalarios desde el grupo de la revista *Estudios sobre Hospitales y Beneficencia* apostaron por un hospitalo-centrismo muy evidente, para ir más allá de la hegemonía –hasta entonces– basada en la atención profesional a domicilio, aunque ya se observaba una rapidísima medicalización de los partos y un desarrollo muy importante de la cirugía especializada, únicamente posible en el hospital.

Como se ha podido comprobar, durante los años setenta del siglo pasado el hospitalo-centrismo ya estaba enraizado muy profundamente en los complejos asistenciales de la sociedad catalana, especialmente por los nuevos modelos de urgencias, de unidades coronarias y de cuidados intensivos. El proceso de comarcalización derivado del Mapa Sanitario de 1980 (Departament de Sanitat i Assistència Social, 1980), no cuestionado al menos en lo que se refiere a los hospitales, reforzó dicho hospitalo-centrismo al acercar a la ciudadanía catalana recursos como las urgencias y las unidades de cuidados intensivos, dejando la atención de aún mayor especialización en los hospitales de referencia de mayor nivel y universitarios.⁴⁶ Aunque esta política sanitaria pretendió “desmitificar la hospitalización (...) e intentar toda la asistencia posible fuera del hospital”,⁴⁷ lo cierto es que el

⁴⁵ Podemos pensar también en el helicóptero, en la avioneta medicalizada o en los camarotes de emergencia de los catamaranes del servicio de transporte local en Noruega o en territorios insulares aislados. El caso de Canarias y Baleares, en España, lo pone de relieve.

⁴⁶ De la Cuadra, Juan Ramón (1977). “Entrevista con el Conseller de Sanitat de la Generalitat”. *Tribuna Médica*, 736: 6.

⁴⁷ De la Cuadra, Juan Ramón (1977). *Op. cit.*, p. 7.

hospitalo-centrismo, gracias a su íntima asociación con la concepción de un hospital técnico fiable y eficaz, terminó por penetrar fuertemente la folk-medicina catalana y se erigió, de forma definitiva, como la referencia que aún, actualmente, construye la representación hegemónica de la práctica médica.

La presencia del hospitalo-centrismo, como hecho cultural, no significa que el mismo se refiera únicamente a hospitales generales o especializados, sino que permea el conjunto de recursos asistenciales, especialmente aquellos que –cuando hablábamos del viejo hospital de pobres– asociábamos a la “noble función de asilo” de los mismos. Esto se ha traducido en formas alternativas de “hospitalización” que, tal y como se ha demostrado en este artículo, nunca han podido desligarse de la poderosa imagen hospitalo-céntrica. Una de estas alternativas, como son los actuales centros socio-sanitarios, deriva puramente de la revisión de la concepción asilar. Otras, como es el caso de los cuidados paliativos o el seguimiento de las enfermedades crónicas o de largo curso clínico –entre las que destacan las enfermedades de salud mental–, surgen de la redefinición de estrategias asistenciales que recuperan el valor del espacio doméstico, no solo como espacio de asilo sino, también, como espacio medicalizado. Tanto es así que las dimensiones de hospitalidad o de asilo, que antaño conformaron la piedra angular del hospital “benéfico”, incorporan –en su actual descentralización fuera de los muros hospitalarios– elementos de hospitalo-centrismo por la presencia domiciliaria de soporte profesional y de atención técnica; pero sobre todo por la asunción, de una gran parte de la ciudadanía, que son el recurso ineludible en caso de crisis o de problemas de salud graves.

BIBLIOGRAFÍA

- ALEGRE-AGÍS, Elisa. “Ethnoscapes domésticos y rite de passage: Significación y cronicidad del diagnóstico de esquizofrenia”. *Revista de Antropología Social* 26(1) (2016a): 195-217.
- ALEGRE-AGÍS, Elisa. “La experiencia sintomatológica: significación y resignificación del diagnóstico en tres casos de trastorno mental severo”. *Arxiu d’Etnografia de Catalunya* 16 (2016b): 59–79.
- ALEGRE-AGÍS, Elisa. “Internados en casa: del manicomio a la institución doméstica total”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 37(131) (2017): 63-78.
- ALEGRE-AGÍS, Elisa y COMELLES, Josep M. (2016). “La traducción de genealogías intelectuales: las paradojas actuales de los textos doctrinales de la desinstitucionalización en España”. Esteban, Silvia; Markez, Iñaki; Martínez, Óscar; Sánchez, M.Luisa; Urmeneta, Xabier (coords.) *Historias de la salud mental para un nuevo tiempo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría: 205-218.
- ALONSO, Carmen y DE BUSTOS, Miguel (coords.) (2016). *Catálogo Nacional de Hospitales 2016*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- ALLUÉ, Marta. “La gestión del morir: hacia una antropología del morir y de la enfermedad terminal”. *Jano* (653-H) (1985): 57-68.
- ALLUÉ, Marta (1996). *Perder la piel*. Barcelona: Seix Barral.
- ALLUÉ, Marta (2013). *El paciente inquieto. Los servicios de atención médica y la ciudadanía*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- ALLUÉ, Xavier (1998). *Abierto de 0 a 24 horas*. Zaragoza: Mira Ediciones.
- ALLUÉ, Xavier (2011). *Alla Baix. L’Hospital Joan XXIII de Tarragona (1967-2009)*. Tarragona: Silva Editorial.
- ALLUÉ, Xavier y COMELLES, Josep M. “Similarities and differences in pediatric emergency care between Spain and the USA”. *Pediatric Research* 43 (1998): 66–66.
- ARAGÓ, Ignasi (1967). *Els hospitals a Catalunya*. Barcelona: Imprenta Altés.
- ARAGÓ, Ignasi; ARTIGAS, José; MUNTANER, José M.; SOLER-DURALL, Carles (1969). *Plan general de regionalización hospitalaria en Cataluña y Baleares, 5ª región hospitalaria española*. Barcelona: Caja de Ahorros Provincial de la Diputación de Barcelona.
- BARCELÓ, Josep. “El proceso de fusión hospitalaria en la ciudad de Tarragona”. *Medicina & Historia* 1 (quinta época) (2015a): 4-19.
- BARCELÓ, Josep (2015b). “Heroísmos: etnografía del modelo de asistencia y práctica médicas en la Cataluña noucentista”. Perdiguero-Gil, Enrique y Comelles Josep M. (eds.) *Medicina y Etnografía en Cataluña*. Madrid: Centro Superior de Investigaciones Científicas: 227-262.
- BARCELÓ, Josep (2017). *Poder local, govern i assistència pública : l’Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona*. Tarragona: Arola Editors.
- BARCELÓ, Josep y COMELLES, Josep M.. “La economía política de los hospitales locales en la Cataluña moderna”. *Asclepio* 68(1) (2016): 127-143.

- BELTRÁN, Joaquín (2002). “El movimiento obrero en el Baix Llobregat entre 1970 y 1975”. *Brocar*, 26: 245-264.
- BERTRÁN, Felip (1936). *Els serveis de Sanitat i Assistència Social de Catalunya. Reports i impressions del meu pas per la Conselleria de la Generalitat encarregada d'aquests serveis*. Barcelona: Llibreria Verdager.
- BONFIELD, Christopher; REINARZ, Jonathan; HUGUET-TERMES, Teresa (eds.) (2013). *Hospitals and Communities 1100-1960*. Oxford: Peter Lang.
- BRAVO, Federico; DE MIGUEL, Jesús; POLO, Roberto; REVENTÓS, Jacint; RODRÍGUEZ, Josep A. (1979). *Sociología de los ambulatorios: análisis de la asistencia sanitaria primaria en la Seguridad Social*. Barcelona: Ariel.
- BRIGIDI, Serena (2009). *Políticas públicas de salud mental y migración*. [Tesis Doctoral] Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- BROGGI, Moisès (2001). *Memòries d'un cirurgià*. Barcelona: Edicions 62.
- CANDEL, Francisco (1976). *Ser obrero no es ninguna ganga*. Barcelona: Ariel.
- CASARES, Ramón; FUENTES, Manuel (2001). *Història de la Clínica Plató. 75è aniversari*. Barcelona: Clínica Plató.
- CAUDILL, William A. (1958). *The psychiatric hospital as a small society*. Cambridge: Commonwealth Fund by Harvard University Press.
- CODORNIU, Núria; BLEDA, Montserrat; ALBURQUERQUE, Eulàlia; GUANTER, Lourdes; ADELL, Josa; GARCÍA, Francisca; BARQUERO, Ana. “Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, Consensos y Retos”. *Índex de Enfermeria*: 20(1-2) (2011): 71-75.
- COMELLES, Josep M. “Els manicomis i el fracàs de la psiquiatria catalana del XIX”. *Ciència. Revista Catalana de Ciència i Tecnologia*, 2(22) (1983): 26-31.
- COMELLES, Josep M. (1988). *La razón y la sinrazón, asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en España*. Barcelona: PPU.
- COMELLES, Josep M. “Psychiatric care in relation to the development of the contemporary state, The case of Catalonia”. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15 (1991): 193-215.
- COMELLES, Josep M. “La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria”. *Revisiones en Salud Pública* 3 (1993): 169-192.
- COMELLES, Josep M. “De l'assistència i l'ajut mutu com a categories antropològiques”. *Revista d'Etnologia de Catalunya* 11 (1997): 32-43.
- COMELLES, Josep M. “The role of local knowledge in medical practice, a trans-historical perspective”. *Culture, Medicine and Psychiatry* 24(1) (2000): 41-75.
- COMELLES, Josep M. “Medicine, magic and religion in a hospital ward. An anthropologist as patient”. *AM Revista della Società Italiana di Antropologia* 13-14 (2002): 259-288.
- COMELLES, Josep M. (2004). “Fiebres, Médicos y Visitadores. Notas etnográficas sobre la práctica médica durante el franquismo”. Martínez-Pérez, José (coord.) *La Medicina ante el nuevo Milenio: una perspectiva histórica*. Cuenca: Universidad Castilla-La Mancha: 989-1018.

- COMELLES, Josep M. (2006). *Stultifera navis, la locura, el poder y la ciudad*. Lleida: Editorial Milenio.
- COMELLES, Josep M. “Forgotten paths: culture and ethnicity in Catalan mental health policies (1900-39)”. *History of Psychiatry* 21(4) (2010): 406–423.
- COMELLES, Josep M. (2013). “Hospitals, Political Economy and Catalan Cultural Identity”. Bonfield, Christopher; Reinartz, Jonathan; Huguet-Termes, Teresa (eds.) *Hospitals and Communities 1100-1960*. Oxford: Peter Lang: 183–207.
- COMELLES, Josep M. (2015). “Preocupaciones y folkmedicina en la sociedad catalana durante el franquismo. El caso de “El consejo del Doctor” en la revista Destino”. Perdiguero-Gil, Enrique (ed.) *Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la transición democrática*. Elche-Alicante: Editorial de la Universidad Miguel Hernández: [capítulo IX].
- COMELLES, Josep M. (2017). “De los errores del pasado a las preocupaciones del ahora. Clínica, etnografía y educación sanitaria”. COMELLES, Josep M.; PERDIGUERO-GIL, Enrique (eds.) *Educación, promoción de la salud y comunicación*. Tarragona: Publicacions URV: 19-58.
- COMELLES, Josep M.; ABELLA, Delfí; LINARES, Juan L. (1980). “Assistència psiquiàtrica”. Abella, Delfí (ed.) *Psiquiatria fonamental*. Barcelona: Edicions 62: 507-532.
- COMELLES, Josep M.; DAURA, Angelina; ARNAU, Marina; MARTÍN, Eduardo (1991). *L’Hospital de Valls, assaig sobre l’estructura i les transformacions de les institucions d’assistència*. Valls: Institut d’Estudis Vallencs.
- COMELLES, Josep M.; ALEMANY, Silvia; FRANCÈS, Laura (2013). *De les iguals a la cartilla. El regiment de la cosa pública, la medicalització i el pluralisme assistencial a la Vall d’Aro*. Barcelona: Departament de Cultura, Generalitat de Catalunya.
- COMELLES, Josep M.; PERDIGUERO-GIL, Enrique (2015). “Begin the Beguine. Medicina y etnografía en Cataluña”. Perdiguero-Gil, Enrique y Comelles Josep M. (eds.) *Medicina y Emografía en Cataluña*. Madrid: Centro Superior de Investigaciones Científicas: 15-34.
- COMELLES, Josep M.; ALEGRE-AGÍS, Elisa (2016). “Del custodialismo y desinstitucionalización en la psiquiatría bajo el franquismo (1937-1977)”. Esteban, Silvia; Markez, Iñaki; Martínez, Óscar; Sánchez, M. Luisa; Urmeneta, Xabier (coords.) *Historias de la salud mental para un nuevo tiempo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría: 219-236.
- COMELLES, Josep M.; PERDIGUERO-GIL, Enrique (2016). “Las resistencias al Seguro Obligatorio de Enfermedad (1942-1967): la perspectiva de profesionales, trabajadores y ciudadanos”. En: *IX Encuentro de Investigadores del Franquismo, Granada, 10 y 11 de Marzo*. Granada: Universidad de Granada.
- COMELLES, Josep M.; BARCELÓ, Josep (2017). “La adaptación de los hospitales catalanes a la legislación benéfica del Estado liberal (1798-1914)”. Zarzoso, Alfons y Arrizabalaga, Jon (eds.) *Al servicio de la salud humana. La historia de la medicina ante los retos del siglo XXI*. Sant Feliu de Guíxols: Sociedad Española de Historia de la Medicina (SEHM), Museu d’Història de la Medicina de Catalunya, Museu d’Història de Sant Feliu de Guíxols y Institució Milà i Fontanals (CSIC): 503-508.
- CONTI, M. José (2009). “Enfermería y antropología: la literatura internacional”. Comelles, Josep M.; Martorell, M. Antònia, Bernal, Mariola (eds.) *Enfermería y Antropología. Padeceres,*

- cuidadores y cuidados*. Barcelona: Icaria: 219-234.
- EESRI SERVEI D'INFORMACIÓ (2016). *Estadística dels centres hospitalaris de Catalunya, 2014. Resum de resultats*. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.
- EGBE, Manfred; ALEGRE-AGIS, Elisa; COMELLES, Josep M. (2017). “El efecto Danacol. Publicidad, alimentos funcionales y la construcción de la medicina folk”. Juárez, Lorenzo M.; Medina F. Xavier; López, Julián (eds.) *Comida y Mundo virtual. Internet, redes sociales y representaciones visuales*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya: 247-283.
- FAJARDO, Angélica (2007). *El proceso de especialización en medicina familiar y comunitaria en España. Cambios profesionales en Atención Primaria en la década de 1980*. [Tesis doctoral] Granada: Universidad de Granada.
- FLEXNER, Abraham (1972). *Medical education in the United States and Canada*. New York: The Carnegie Foundation.
- FORTIN, Sylvie y KNOTOVA, Michaela. “Présentation: îles, continents et hétérotopies. Les multiples trajectoires de l’ethnographie hospitalière”. *Anthropologie et Sociétés* 37(3) (2013): 9-24.
- FOURQUET, François; MURARD, Lion; LAMARCHE-VADEL, Gaëtane; PRÉLI, Georges (eds.) (1975). *Histoire de la Psychiatrie de Secteur, ou le secteur impossible*. París: Recherches.
- FREIDSON, Eliot (1963). *The hospital in modern society*. New York: Free Press of Glencoe.
- GALAM, Eric (1996). *Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l’humain*. París: Editions Autrement.
- GARCÍA LÓPEZ, Sonia. “El franquismo, la transición y la mirada documental sobre la salud mental”. *Kamchatka*, 4 (2014): 189–207.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (1980a). *Estudis i dictàmens sobre sanitat*. Barcelona: Departament de Salut.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (1980b). *La sanitat a Catalunya. Anàlisi i propostes del Departament de Sanitat i Assistència Social*. Barcelona: Departament de Salut.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (1985). *Planificació sanitària pública a Catalunya. Pla de reordenació hospitalària*. Volum 4. Barcelona: Departament de Salut.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (2010). *Descripció i consens dels criteris de complexitat assistencial i nivells d’intervenció en l’atenció al final de la vida*. Barcelona: Departament de Salut.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (2012). *Model d’atenció a les urgències. Respostes adequades a les demandes d’atenció immediata*. Barcelona: Departament de Salut.
- GOFFMAN, Erving (1968). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Garden City: Doubleday.
- GÓMEZ-BATISTE, Xavier; FONTANALS, M. Dulce; ROCA, Jordi; BORRÀS, Josep M; VILADIU, Pau; STJERNSWÄRD, Jan. “Catalonia who Demonstration Project on Palliative Care Implementation 1990-1995: results in 1995”. *Pain Symptom Manage*, 12 (1996): 73-78.
- GÓMEZ-BATISTE, Xavier; BLAY, Carles; ROCA, Jordi; FONTANALS, M. Dulce. “Innovaciones conceptuales e iniciativas de mejora en la atención paliativa del siglo XXI”. *Medicina*

- Paliativa* 19(3) (2012): 85-86.
- GONZÁLEZ DE CHAVES, Manuel (ed.) (1980). *La Transformación de la asistencia psiquiátrica*. Madrid: Mayoría.
- HARO, Jesús A. (2000). "Cuidados profanos, una dimensión ambigua en la atención de la salud". Perdiguero-Gil, Enrique y Comelles, Josep M. (eds.) *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona; Bellaterra: 101-161.
- HELMAN, Cecil (2003). "Natural History. changing folk perceptions of health and disease". Arnold, Ken y Boon, Tim (eds.) *Treat yourself. Health consumers in medical age. Exhibition catalogue Science Museum*. Londres: Science Museum: 9-12.
- HELMAN, Cecil (2004). *Suburban Shaman. A Journey through medicine*. Cape Town: Double Storey books.
- HENDERSON, John; HORDEN, Peregrine; PASTORE, Alessandro (eds.) (2007). *The impact of Hospitals 300-2000*. Berna, Peter Lang.
- HERVÀS, Carles (2004). *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil. Política i organitzacions sanitàries : l'impacte del conflicte bel·lic*. [Tesis doctoral] Barcelona: Universitat Pompeu Fabra.
- HERZLICH, Claudine y PIERRET, Janine (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. París: Payot.
- HUGUET-TERMES, Teresa y ARRIZABALAGA, Jon. "Hospital Care for the Insane in Barcelona, 1400-1700". *Bulletin of Spanish Studies* 87(8) (2010): 81-104.
- HUGUET-TERMES, Teresa; VERDÉS, Pere; ARRIZABALAGA, Jon; SÁNCHEZ, Manuel (eds.) (2014). *Ciudad y hospital en el Occidente europeo*. Lleida: Editorial Milenio.
- INFANTE, Alberto (coord.) (1975). *Cambio social y crisis sanitaria (bases para una alternativa)*. Madrid: Editorial Ayuso.
- LEÓN, Pilar y Sarrasqueta, Pilar (2017). "Caracterización de los tipos de Hospitales a través del análisis de la revista de Estudios sobre hospitales y beneficencia". Zarzoso, Alfons y Arrizabalaga, Jon (eds.) *Al servicio de la salud humana. La historia de la medicina ante los retos del siglo XXI*. Sant Feliu de Guíxols: Sociedad Española de Historia de la Medicina (SEHM), Museu d'Història de la Medicina de Catalunya, Museu d'Història de Sant Feliu de Guíxols y Institució Milà i Fontanals (CSIC): 137-142)
- LLAMERO, Lluïsa (2017). "Del paternalismo a la apomediación: la nueva relación entre médicos y pacientes bajo el condicionante de internet". COMELLES, Josep M.; PERDIGUERO-GIL, Enrique (eds.) *Educación, comunicación y salud. Perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*. Tarragona: Publicacions URV-MARC: 263-282.
- MAHTANI, Vinita y GONZÁLEZ-CASTRO, Inmaculada (2006). *Evaluación cualitativa de los modelos organizativos en cuidados paliativos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MARTÍNEZ-CALLÉN, Ramón (2002). *Entrevista a Ignasi Aragó (Memòria de la professió)*, Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.
- MARTORELL, Maria Antònia (2015). *Recuerdos del corazón. Vivencias, prácticas y representaciones sociales de familiares cuidadores de personas con Alzheimer*. Madrid: Ciclo Grupo 5.

- MEGÍAS DEL ROSAL, Fernando; AGUILAR, Eduardo J.; SILVESTRE, Francisca (2004). *Hospitalización domiciliaria. Salud mental*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (2005). “El modelo médico y la salud de los trabajadores”. *Salud Colectiva*, 1(1): 9–32.
- MIGUEL, Jesús de (1976). *La reforma sanitaria en España (el capital humano en el sector sanitario)*. Madrid: Editorial Cambio16.
- MIGUEL, Jesús de (1979). *La sociedad enferma. Las bases sociales de la política sanitaria española*. Madrid: Akal.
- MILLER, Timothy S. (1985). *The birth of the hospital in the Byzantine Empire*. Baltimore: JHU Press.
- NADAL, Juli de (2016). *La construcción de un éxito. Así se hizo nuestra sanidad pública*. Barcelona: Libros La Lluvia.
- NUTTON, Vivian (1982). “Continuity or rediscovery: the city physician in Classical Antiquity and in the Middle Ages”. Russell, Andrew W. (ed.) *The town and State physician in Europe, from the Middle Ages to Enlightenment*. Wolfenbütteler Forschungen: Herzog August Bibliothek: 10–46.
- PALLARÉS, Àngela (2003). *El mundo de las unidades de cuidados intensivos: la última frontera*. [Tesis Doctoral] Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- PELEGRÍ, Xavier (ed.) (2011). *El servei social a Catalunya. Aportacions per al seu estudi*. Lleida: Edicions de la Universitat de Lleida i Universitat Rovira i Virgili.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique y COMELLES, Josep M. (2014). “The fight against superstition as health education Folkmedicine in Spain (1885-1985)”. En: *X European Social Science History Conference, 23-26 abril*. Viena: Universität Wien.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique; MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, Àngel; COMELLES, Josep M. “Medical Anthropology in Spain: A historical perspective”. *Jahrbuch für Europäische Ethnologie* 9 (2014): 216–249.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique y COMELLES, Josep M. (eds.) (2015). *Medicina y etnografía en Cataluña*. Madrid: Centro Superior de Investigaciones Científicas.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique y COMELLES, Josep M. (2016). “The weakness of health education in the Francoist system”. En: *XI European Social Science History Conference, 30 marzo-2 abril*. Valencia: Universitat de València.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique y RUIZ-BERDÚN, M. Dolores (2017). “La medicalización: ¿un concepto útil? Reflexiones a propósito de la investigación histórica de la cultura de la salud”. Zarzoso, Alfons y Arrizabalaga, Jon (eds.) *Al servicio de la salud humana. La historia de la medicina ante los retos del siglo XXI*. Sant Feliu de Guíxols: Sociedad Española de Historia de la Medicina (SEHM), Museu d’Història de la Medicina de Catalunya, Museu d’Història de Sant Feliu de Guíxols y Institució Milà i Fontanals (CSIC): 247-252.
- PIELTAÍN, Alberto (2003). *Los hospitales de Franco. Las versión autóctona de una arquitectura moderna*. [Tesis doctoral] Madrid: Universidad Politécnica de Madrid.

- PONS, Jerònia y VILAR-RODRÍGUEZ, Margarita (2014). *El seguro de salud privado y público en España: Su análisis en perspectiva histórica*. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- PONS, Jerònia; VILAR-RODRÍGUEZ, Margarita (2016). “El sistema hospitalario catalán: el predominio de lo privado sobre lo público (1942-1986)”. En: *XIV Trobada de la Societat Catalana d’Història de la Ciència i de la Tècnica, 27-28 Octubre*. Castelló de la Plana: Universitat Jaume I.
- PONS, Jerònia; VILAR-RODRÍGUEZ, Margarita (2017). “The genesis, growth and organizational changes of private health insurance companies in Spain (1915-2015)”. *Business History*: 1-22.
- QUIÑONES, Antonia; ÁLVAREZ, Pablo; GARCÍA-SÁNCHEZ, María José; GUARDIA, Plácido. “Influencia de la atención avanzada en cuidados paliativos en la frecuentación de las urgencias hospitalarias”. *Medicina paliativa* 20(2) (2013): 60-63.
- REVENTÓS, Jacint (2002). *Història dels hospitals de Catalunya*. Barcelona: Diputació de Barcelona.
- REVENTÓS, Jacint; GARCÍA, Anna; PIQUÉ, Carme (1990). *Història de la medicina Catalana sota el franquisme i les seves conseqüències*. Barcelona: Hacer.
- RICCÒ, Isabella (2017). *En busca de un “nuevo mundo mágico”. De la medicina popular a las terapias New Age en un Occidente desencantado*. [Tesis Doctoral] Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- RIUS, Ramón (2004). *Conversaciones con Josep Espriu*. Barcelona: Angle Editorial.
- RISSE, Guenter B. (1999). *Mending bodies, saving souls : a history of hospitals*. Oxford: University Press.
- RODRIGUEZ-OCAÑA, Esteban (1990). “La asistencia medica colectiva en España hasta 1936”. Álvarez-Junco, José (coord.) *Historia de la acción social pública en España: beneficencia y previsión*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social: 321-360.
- ROSEN, George (1963). “The Hospital: historical sociology of a community institution”. Freidson, Eliot (ed.) *The hospital in Modern Society*. New York y London: The Free Press: 1-36.
- SERRADELL, Carme (2008). *De qui són aquests nens? El prematur extrem, tecnologia i societat*. [Tesis doctoral] Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- SIGERIST, Henry E. (1984). “De Bismarck a Beveridge. Desarrollo y tendencias de la legislación sobre Seguridad Social”. Lesky Erna (ed.) *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo: 187-209.
- SOLÉ-SABARÍS, Felipe (1971). *Problemas de la Seguridad Social española*. Barcelona: Pulso Editorial.
- SOLER-DURALL, Carles. “Reflexiones sobre el hospital: su función en la formación de los médicos”. *Educación Médica* 13(2) (2010): 71-75.
- STANTON, Alfred H. y SCHWARTZ, Morris S. (1954). *The mental hospital: a study of institutional participation in psychiatric illness and treatment*. New York: Basic Books Inc.
- STARR, Paul (1982). *The social transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.

- STEUDLER, François. "L'hôpital, la profession médicale et la politique hospitalière". *Revue Française de Sociologie* XIV (1973): 13-40.
- STEUDLER, François (1974). *L'hôpital en observation*. París: Armand Colin.
- SWARTZ, Marc J. (1968). *Local-level Politics: Social and Cultural Perspectives*. New York: Aldine Press.
- TERRÓN, Aída; COMELLES, Josep M.; PERDIGUERO-GIL, Enrique. "Schools and Health Education in Spain during the Dictatorship of General Franco (1939-1975) Manuscript". *History of Education review* 46(2) (2017): 22-31.
- TORNER, Elvira; GUARCA, Àlex; TORRAS, María Glòria; POZUELO, Antonio; PASARÍN, Maribel; BORRELL, Carme. "Análisis de la demanda en los servicios de urgencia de Barcelona". *Atención Primaria* 32(7) (2003): 423-429.
- VALDERRAMA, María José (2008). *Al final de la vida... Historias y narrativas de profesionales de cuidados paliativos*. Barcelona: Icaria.
- VILAR-RODRÍGUEZ, Margarita y PONS, Jerònia (2011). "El papel de las sociedades de socorro mutuo en la cobertura del riesgo de enfermedad en España (1870-1942)". En: *X Congreso Internacional de la AEHE 8, 9 y 10 de Septiembre 2011*. Carmona: Universidad Pablo de Olavide: 1-31.
- VILAR-RODRÍGUEZ, Margarita y PONS, Jerònia. "La construcción de la red de hospitales y ambulatorios públicos en España 1880-1960". *Asociación española de historia económica*. DT-AEHE 1609 (2016): 1-47.
- WARREN, Henry y KIRSON, Samuel (1960). *The Culture of the State Mental Hospital*. Detroit: Wayne State UP.
- ZARZOSO, Alfons (2017). "Privatización de la medicina y profesionalización de la gestión hospitalaria en Barcelona, 1888-1980". Zarzoso, Alfons y Arrizabalaga, Jon (eds.) *Al servicio de la salud humana. La historia de la medicina ante los retos del siglo XXI*. Sant Feliu de Guíxols: Sociedad Española de Historia de la Medicina (SEHM), Museu d'Història de la Medicina de Catalunya, Museu d'Història de Sant Feliu de Guíxols y Institució Milà i Fontanals (CSIC): 509-514.