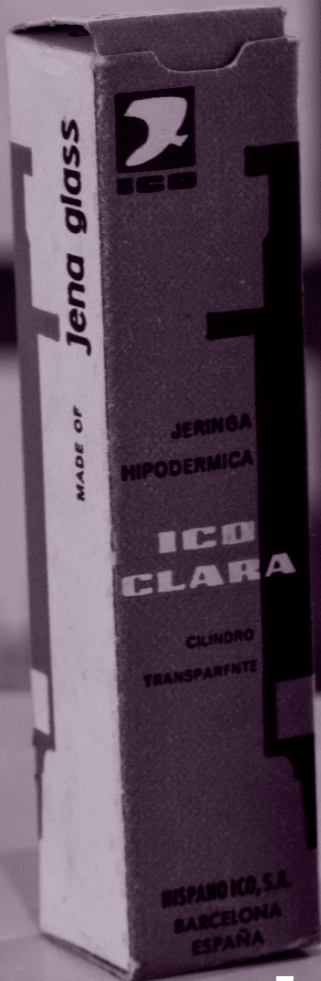


De les iguals a la cartilla

**El regiment de la cosa pública,
la medicalització i el pluralisme
assistencial a la Vall d'Aro**

**Josep M. Comelles
Sílvia Alemany
Laura Francès**



De les iguales a la cartilla

*El regiment de la cosa pública,
la medicalització i el pluralisme assistencial a la Vall d'Aro*



Direcció General de Cultura Popular,
Associacionisme i Acció Culturals

De les iguales a la cartilla

*El regiment de la cosa pública,
la medicalització i el pluralisme assistencial
a la Vall d'Aro*

Josep M. Comelles (ed.)
Sílvia Alemany (coord.),
i Laura Francès (coord.)

Amb la col·laboració de
Mariola Bernal, Laura Mascarella,
Ferran Montesinos, Joaquim M. Puigvert
i Alfons Zarzoso



Generalitat de Catalunya
Departament de Cultura

Barcelona, 2013

Biblioteca de Catalunya. Dades CIP

De les iguals a la cartilla : el regiment de la cosa pública, la medicalització i el pluralisme assistencial a la Vall d'Aro. – (Temes d'etnologia de Catalunya ; 24)

A la part superior de la portada: Direcció General de Cultura Popular, Associacionisme i Acció Culturals.

– Bibliografia

ISBN 9788439390862

I. Comelles, Josep M. (Josep Maria), ed.

II. Alemany Nadal, Sílvia, ed.

III. Francès, Laura, ed.

IV. Catalunya. Departament de Cultura

V. Catalunya. Direcció General de Cultura Popular, Associacionisme i Acció Culturals

VI. Col·lecció: Temes d'etnologia de Catalunya ; 24

1. Assistència mèdica – Catalunya – Aro, Vall d' – Història

2. Serveis sanitaris – Catalunya – Aro, Vall d' – Història

3. Antropologia mèdica – Catalunya – Aro, Vall d' – Història

614.2(467.1:23.04Aro)

A G R A Ï M E N T S

Un record molt especial per a FERRAN MONTESINOS, llicenciat en medicina i doctor en història amb una tesi sobre "Practicantes, matronas y cirujanos dentistas en la España contemporánea (1855-1932)".

© 2013: Josep M. Comelles, Sílvia Alemany i Laura Francès

© d'aquesta edició: Generalitat de Catalunya, Departament de Cultura

Direcció de la col·lecció: Joan Prat

Disseny de la col·lecció: Azúa / Ancochea

Fotografia de la coberta: Xavier F. Güell

Coordinació de l'edició i producció: Entitat Autònoma del Diari Oficial i de Publicacions

Primera edició: novembre 2013

Impressió: Gráficas M.B.

Dipòsit legal: B. 27620-2013

SUMARI

PRESENTACIÓ / 9

PRIMERA PART

DEL CONCEPTE DE MEDICINA POPULAR AL PROCÉS SALUT, MALALTIA I ATENCIÓ / 23

El procés *salut, malaltia i atenció*, i el pluralisme assistencial / 23

Els nivells d'atenció / 31

El sector popular i el folklore mèdic / 34

SEGONA PART

ELS ORÍGENS DEL PROCÉS DE MEDICALITZACIÓ A CATALUNYA: ENTRE LES CONDUCTES DEL COMÚ I LES FUNDACIONS HOSPITALÀRIES / 43

El finançament de l'acció social / 51

TERCERA PART

L'ESTAT LIBERAL I EL PROCÉS DE MEDICALITZACIÓ A LA VALL D'ARO / 63

El medi de la Vall d'Aro / 63

Les dones i els homes / 70

Els vius, els malalts i els morts / 80

La pràctica domèstica / 87

L'organització sanitària / 96

La pràctica dels metges / 108

L'Hospital / 111

La societat civil / 117

QUARTA PART

EL SOMNI D'UN ESTAT DE PROVIDÈNCIA (1907-1939) / 121

La consciència del fet diferencial / 123

La salut ganxona / 129

La medicina casolana /	138
Prevenir /	141
De les classificacions de les malalties /	144
Les dones, les cures i el parament de la llar /	152
Cura i terapèutica /	158
Els guaridors folk /	160
Practicants i infermeres /	179
Farmàcies, farmacèutics i rebotigues /	181
Els metges /	187
Conductes i honoraris /	203
Hospitals, assegurances i polítiques públiques /	208
La guerra /	218

CINQUENA PART

LA LLARGA POSTGUERRA / 225

Autarquia (1939-1959) /	227
Va haver-hi un sistema de salut franquista? /	232
Paisatge després de la batalla /	237
Malalts i malalties /	251
Practicants, infermeres i llevadores /	254
Els orígens del nou negoci farmacèutic /	262
Els metges de la postguerra /	274
Miracles /	300
El SOE, les mútues i les iguales /	317
Els dispositius assistencials /	321

EPÍLEG / 337

FONTS DOCUMENTALS. ORALS I BIBLIOGRAFIA

FONTS DOCUMENTALS / 343

Arxiu Històric de Girona /	343
Fons de l'administració perifèrica de l'Estat a la província de Girona, secció de Sanitat /	343

FONTS ORALS / 345

BIBLIOGRAFIA / 347

Los rics homens ciutadans així mateix deuen entendre a estudiar e a llegir en llurs cases notables llibres que sien de regiment de la comunitat i de llur vida e de qualque cosa profitosa, e deuen aprendre de saviesa en guisa que puixen ben governar e consellar la cosa pública quan los serà encomanat a dar sans consells quan serà temps e lloc, e es sapièn ben regir. E generalment aquests e aquells e tots qui no ho han per llur ofici, deuen fort esquivar places, llocs e tota congregació a ells inútil e qui els puxa torbar llur estudi, ne dar ocasió de molt parlar e de commoure discòrdies
(Eiximenis, 1927: 128)

Presentació



Aplec a l'ermita del Remei. Castell d'Aro, finals del segle XIX. Autor desconegut. AMSFG. Col·lecció Municipal d'imatges.

Los hombres hacen su propia historia, pero no la hacen arbitrariamente, bajo circunstancias elegidas por ellos mismos, sino bajo circunstancias directamente dadas y heredadas del pasado. (Marx, Karl:1985 El dieciochobrumario de Luis Bonaparte. Barcelona, Ariel)

Cada Divendres Sant, a Tarragona, surt al vespre la Processó del Sant Enterrament que organitza la Confraria de la Puríssima Sang de Nostre Senyor Jesucrist. El seu punt culminant és la desfilada dels Improperis, penitents que duen objectes rituals com a fruit de promeses o penitències sovint relacionades amb la salut i la malaltia. Molts recorren lentament els carrers empedrats, descalços, en un temps sovint encara fred i humit.

Entre la Tarragona de 2009 i l'aplec a l'ermita de Castell d'Aro hi ha més d'un segle. La imatge de l'aplec mostra els homes i les dones, els nens i les nenes, en

un dia de festa. També una processó penitencial de Divendres Sant té components de festa, d'atractiu per a forasters. La carrera de la penitència d'avui tampoc és el que era en temps de contrareforma o de nacionalcatolicisme. A l'aplec d'ahir, i a la processó d'avui, hi ha la persistència de molts dels trets de socialització que són característics en una de les societats més secularitzades de tot Europa, la catalana. Aquests trets posen de relleu la persistència de la necessitat dels vincles socials, com els que s'entrellacen a l'entorn de les creences i pràctiques relatives a la salut, la malaltia i la desgràcia. Molts aplecs tenien com a fi renovar promeses col·lectives de pobles en temps de desgràcies, de pestes, i de demandes particulars destinades a tornar dons divins o a propiciar-los.

Abordar el problema de la salut, la malaltia i la desgràcia a tot Catalunya seria un treball titànic. Són fets socials tan transversals que brillen arreu, en tots els temps i tots els llocs, per a l'estudi dels quals caldria generacions que en combinessin el treball de recerca i síntesi per poder-ho fer. Així doncs, el nostre propòsit és més modest ja que pretén, a partir d'un estudi extensiu de casos, desenvolupar, d'una banda, un marc interpretatiu contextual que pugui servir en el futur per a altres estudis similars en distintes comarques o ciutats del país. De l'altra, obrir les portes a una reconsideració, per part dels antropòlegs i de la majoria dels historiadors, sobre una matèria de recerca interessant, no gaire explorada i que pot beneficiar-se dels debats teòrics que la historiografia i l'antropologia mèdiques han fet en el darrer mig segle (Comelles & Martínez-Hernández, 1993; Martínez, 2008). Al cap i a la fi, la història i la memòria de la Catalunya moderna i contemporània, des de la perspectiva del procés salut, malaltia, atenció, és indestruïble del que coneixem com a *procés de medicalització* del Principat, és a dir, un procés *històricament definit* i que ha suposat l'*incorporació* dels discursos mèdics i posteriorment científics a la vida social i cultural i que avui és hegemònic en la consideració, la descripció i la gestió d'amplis sectors de la nostra vida quotidiana. Un fenomen compartit a tot Occident, amb alguns trets idiosincràtics a casa nostra, que ha conduït a l'hegemonia de la medicina experimental en el *pluralisme medicoassistencial*, deixant en una posició subalterna una àmplia diversitat de recursos de caire religiós, empíric, màgic que inclouen també els apel·latius de medicines complementàries.

Per comprendre les relacions d'hegemonia i *subalternitat* que s'estableixen en el procés *salut, malaltia i atenció* entre la medicina experimental i els altres recursos, cal analitzar un procés històric que s'inicia amb la legitimació de la medicina esco-

làstica a Catalunya a la baixa edat mitjana. És significatiu que en el recull més gran que tenim sobre pràctiques alternatives, el tercer volum de Joan Amades (1980 [1969]), aquestes tenen el caràcter de supervivències o curiositats més que de pràctiques vives.¹ La marginalitat de la medicina popular d'Amades i el desinterès per aquestes pràctiques dels antropòlegs mèdics i dels historiadors de la medicina de casa nostra té a veure amb el prestigi que la medicina experimental ja havia assolit a la segona meitat del segle XIX. Alguns han donat valor a les nombroses topografies mèdiques publicades al Principat fins a mitjans del segle XX² i Zarzoso (2001, 2003, 2006) ha escrit sobre la sociologia de la pràctica mèdica durant la Il·lustració. La resta d'estudis s'han centrat més en les institucions, els professionals i distints tipus de malalts, que en el patrimoni consuetudinari s'han representat per les nocions de *medicina popular*, *folklore mèdic* o *medicina tradicional* (Comelles, Perdiguero & Martínez-Hernández (2007)).

Aquest desinterès va derivar de l'escepticisme dels antropòlegs —i dels historiadors— respecte a pràctiques que, com veurem més endavant, plantejaven problemes heurístics, teòrics i metodològics importants, pràctiques que eren incompatibles amb els interessos que dominen actualment en l'antropologia mèdica i en la historiografia mèdica catalanes. Per als primers, en un moment fundacional (vg. Prat, Pujadas & Comelles, 1980), el demarcador *medicina popular* vers *biomedicina* ja no tenia sentit en una societat en la qual gairebé la totalitat de la població estava assegurada o n'estava a punt. Per als segons, des de finals del segle XIX, metges i farmacèutics amb vocació d'historiadors pensaven en una història de la medicina acadèmica que ignorava les pràctiques populars i volia posar en relleu el paper científic dels professionals.³ Pel cantó dels historiadors generals, les polítiques o les

¹ Prat (1972), Comelles (1982) i Martí (1988, 1989, 1992) han revisat els materials d'Amades. Sobre el folklore mèdic a Catalunya vegeu Comelles, Erkoreka i Perdiguero (1998) i Perdiguero, Comelles i Erkoreka (2000). Algunes pistes del perquè van ser explicitades per Prat, Pujadas & Comelles (1980) i contextualitzades a Perdiguero (2004, 2005).

² Han donat lloc a un grup de treballs importants sobre els dos centenars de topografies mèdiques escrites a Catalunya, moltes de les quals es troben dipositades a la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona, vg. Urteaga (1980, 1999); Prats (1996, 1996^a) i Larrea (1997); també Perdiguero (1988) al País Valencià sobre el significat de l'etnografia en les topografies per a la pràctica mèdica vg. comelles, 2000.

³ Un bon repertori d'aquesta aproximació la trobem en general en els congressos d'història de la medicina catalana, vg. *I Congrés internacional d'història de la medicina catalana, Barcelona-Montpeller, de l'1 al 7 de juny de 1970*: llibres d'actes, volum 2. Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona, Société Montpellieraine d'histoire de la médecine i a la col·lecció de la revista *Gimbernat*.

pràctiques de salut eren temes secundaris,⁴ i han estat excepcionals les *jointventure* entre antropòlegs i historiadors per abordar aquests temes.⁵

Aquest llibre té la voluntat de trencar aquestes barreres, de ser el punt de partida per a un nou intent de col·laboració interdisciplinari. Ha posat en comú historiadors, historiadors de la medicina i de la farmàcia, antropòlegs mèdics i investigadors tant acadèmics com vinculats a institucions museístiques.

L'ocasió va sorgir de manera accidental quan Pau Casals, fill del doctor Martí Casals, que va ser un metge rural molt estimat a la Vall d'Aro, va voler llegar a una institució el despatx i l'instrumental mèdic del seu pare: una col·lecció realment impressionant. El Museu d'Història de Sant Feliu de Guíxols se'n va fer càrrec, juntament amb una comunitat de municipis (l'Ajuntament de Sant Feliu de Guíxols, l'Ajuntament de Castell-Platjad'Aro-s'Agaró i l'Ajuntament de Santa Cristina d'Aro), va crear i gestionar l'Espai del Metge i de la Salut Rural amb la col·laboració d'altres institucions relacionades amb el món de la medicina.⁶

Els responsables del museu van entendre que les col·leccions procedents dels metges i dels apotecaris eren un dels elements, però no l'únic —i això fa referència al pluralisme assistencial que descriurem més endavant— del dispositiu de salut de la comarca i que calia una presentació més global i complexa que posés en relació els objectes amb els professionals: metges, infermeres, practicants, apotecaris, manescals i guaridors populars amb les pràctiques d'autoatenció o de medicina domèstica (*home medicine*).⁷

⁴ La col·lecció *Historia, política, societat i cultura dels Països catalans* dirigida per Borja de Riquer des de fa uns quinze anys (Barcelona: Enciclopèdia catalana). Conté poquíssima informació sobre salut i malaltia malgrat la voluntat enciclopèdica, sembla com si en el domini de la salut i malaltia els historiadors que la van dirigir no tinguessin pràcticament interlocutors.

⁵ Vegeu per exemple Zarzoso (1996, 2001, 2003, 2006), Comelles (1988, 1991, 2004, 2006) i Comelles, Daura, Arnau & Martín (1991).

⁶ Fins aquest moment, s'han signat convenis de col·laboració amb les institucions següents: Col·legi Oficial de Metges de Girona (octubre 2003), Reial Acadèmia de la Medicina de Catalunya (juny de 2005), Consell de Gestió de l'Espai del Metge i de la Salut Rural de la Fundació Pascual i Prats (desembre de 2006), Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (desembre 2007), Museu d'Història de la Medicina de Catalunya (novembre 2007 i 2012), Centre de Recerca d'Història Rural de la Universitat de Girona (2008), Universitat de Girona per a la constitució de la Càtedra Martí Casals de Medicina i Salut en l'àmbit rural (juliol de 2008), Museu-Col·lecció Tomàs Balvey de Cardedeu (gener 2009), SEMERGEN (Societat Espanyola de Metges d'Atenció Primària) (febrer 2009), Universitat de Lleida (febrer 2012), Universitat de València (febrer 2012) i Universitat Rovira i Virgili de Tarragona (març 2012).

⁷ El concepte de medicina domèstica (*home medicine*) fa referència a les pràctiques fetes al marge dels professionals. Avui tenim la tendència de substituir-lo per termes com ara *self-care*, traduït per autoatenció, o a vegades com pràctiques profanes (*lay practices*).



Algunes de les peces exposades dins l'Espai del Metge i de la Salut Rural de Sant Feliu de Guíxols. MHSFG



El doctor Martí Casals, al costat del masover Respecta, als afores costaners de Sant Feliu de Guíxols. MHSFG

Aquest és un conjunt significatiu, complex, que cal situar en l'espai i en el temps. Limitar-lo únicament a la medicina oficial seria empobridor en la mesura que, amb la farmàcia, representa avui dia el tipus de pràctica hegemònica, sobre salut i malaltia, però no tota la pràctica.

La primera fase del projecte actual es va plantejar amb la intenció de com donar-li un sentit en el context d'una exposició: una exposició temporal, que va tenir lloc el 2003, on ja es mostraven alguns dels enregistraments realitzats a pacients, i també a través de l'exposició permanent, la qual es va materialitzar a partir de 2005, al Museu d'Història de Sant Feliu de Guíxols, amb l'objectiu d'exposar la situació sanitària i els condicionants en la salut a la Vall d'Aro (vg. Gaitx, 2008).⁸

Així mateix, aquestes col·leccions calia mostrar-les en l'entorn d'on procedien, la qual cosa ha significat fer-se preguntes sobre el context del conjunt de les pràctiques de salut i malaltia a la comarca. La col·lecció del museu n'és la faceta

⁸ Al llarg del llibre quan parlem de Vall d'Aro ens referim als tres municipis que la componen: Sant Feliu de Guíxols, Santa Cristina d'Aro i Sant Antoni de Calonge.

visible, l'ancoratge necessari per fer reviure part del patrimoni cultural de la comarca, el que avui hom diu la *memòria*; però, tot i això, al costat de la col·lecció i la seva presentació física, calia un exercici molt més acadèmic o erudit, per tal de facilitar una comprensió més densa del que hom pot exposar. Les sales del museu i aquest llibre són complementàries; parlen de *memòria*, però de manera diferent. L'exposició permet una combinació de recursos multimèdia i artístics que són impossibles en un llibre. En canvi, en el llibre, podem penetrar en un nivell de detall i d'anàlisi que a l'exposició queda molt simplificat. Són nivells de memòria diferents, el museu evoca l'exercici de la memòria i el llibre la permet comprendre.

Ara bé, el terme *memòria*, avui de moda per raons del màrqueting polític —la dita *memòria històrica*—, no ens agrada, perquè ens trasllada a allò que és personal i poc transferible, a allò que és la *meva* geografia o història sentimental, que no ha de ser compartida pels altres; en canvi, *patrimoni* remet al *comú*, a la col·lectivitat humana sencera. És inevitable que part de la meva memòria desaparegui amb la mort, perquè no és possible salvaguardar-la completament. En canvi, és perfectament possible que el patrimoni es pugui conservar, de vegades, perquè els objectes hi són i es poden inventariar però, sobretot, perquè podem demanar als objectes que ens expliquin la seva història, la posició que van ocupar en una societat i una cultura determinades. Aquesta cultura és local però no «de campanar», perquè tota cultura local té una dimensió universal, global. I aquesta narrativa la podem transportar a l'escriptura o al registre audiovisual de natura etnogràfica: Què vol dir la relació entre allò *global* i allò *local*? Simplement que res és completament local sinó que és el producte de processos complexos de natura dialèctica, que condueixen a mestissatges culturals permanents i que es transformen al llarg dels processos històrics que donen lloc a paisatges ètnics (*ethnoscapes*) específics (vg. Appadurai, 2001).⁹

El llibre que tenen a les mans és un intent de reconstruir el patrimoni cultural, el qual els professionals solem anomenar *procés salut, malaltia, atenció* (Menéndez, 1990), o sigui, l'articulació entre les pràctiques, les representacions i els dispositius de salut en un context històric local concret, en aquest cas, en una part del Baix Empordà.

⁹ El terme *ethnoscape* fa referència a un espai identitari local. En la topografia de Sant Feliu de Guíxols (Oliu Pagès, 1880) va fer un esforç interessant per reflectir la singularitat de la identitat guixolenc a combinant la descripció del paisatge urbà, dels oficis i del tarannà dels vilatans, és a dir l'*ethnoscape* local.



Panoràmica dels afores de Santa Cristina d'Aro, amb la serralada de les Gavarres al fons. Autor desconegut. AMSFG.
Col·lecció Espuña-Ibáñez.

Per dur a terme la recerca eren possibles diversos enfocaments. D'una banda, podíem centrar-nos en les institucions —els hospitals locals—, però aquesta feina ja estava feta, en bona part, per la monografia excel·lent de Miquel Borrell (2005). D'altra banda, doncs, era més lògic combinar les institucions, com ara l'hospital o les mútues locals, les pràctiques dels guaridors i les dites —incorrectament— *pràctiques informals* de salut, seguint el conegut antropòleg mèdic nord-americà Arthur Kleinman (1980), el qual les distingeix com a *populars*, *folks* i *professionals*. Això ens permet situar els pacients i les seves famílies, els professionals i les institucions, en un mateix paisatge, però ens obliga a combinar la recerca del patrimoni material i immaterial, basat en l'observació de les històries de vida o altres tècniques de recerca de camp que permetin fixar les memòries personals i convertir-les en patrimoni, al costat de la recerca purament historiogràfica, hermerogràfica o documental.

L'opció escollida pot ser mal compresa si hom cerca en l'estudi local només la identitat local. L'important en aquests estudis és també posar allò local en el món,

cosa que vol dir situar, des d'una perspectiva implícitament comparativa, la Vall d'Aro dins Catalunya, Espanya, Europa i el món. A la Vall d'Aro, hi ha alguns elements idiosincràtics —els de més gran interès per a la identitat local— i d'altres compartits —els de més gran interès per a la comunitat científica—, de vegades amb cronologies i formes distintes. Emprar una unitat d'anàlisi local no és sinó una tria virtual. Catalunya dins Espanya és també un *fet local*, i Espanya és un *particularisme local* dins Europa i el món.

En escollir la perspectiva local s'insereix dins una tradició intel·lectual que aplega sociòlegs, historiadors i antropòlegs i que alguns anomenen *sociologia* o *antropologia històrica*. Aquesta disciplina intenta conciliar la capacitat comprensiva i totalitzadora d'una antropologia nascuda a l'entorn de l'estudi de les formes particulars del discurs humà, amb la capacitat explicativa general de la historiografia i de la sociologia (Terradas, 1985).

Per a la nostra formació d'antropòlegs socials i d'historiadors, veiem els fenòmens socials —especialment els locals— com a fenòmens microsocials, que s'articulen en conjuntures macrosocials en les quals cal privilegiar la diferència. Braudel (1968) en feia èmfasi en establir les seves conegudes *tres durades*. També aquí, un cop feta la capitalització local del patrimoni que hom valora, la importància científica es troba en com comprendre'n el sentit i les transformacions, tant les d'abast temporal curt com aquelles que suposen canvis de llarga durada. Per això, és important comprendre quin és i quin va ser el sentit d'aquest patrimoni en diferents contextos històrics, perquè respongui a preguntes de recerca més àmplies (Terradas, 1985). Davant una simple acumulació de dades documentals o d'objectes sense cap voluntat analítica, volem abordar aquest tema des d'una perspectiva crítica i comparativa en un nivell molt més subjectiu: el dels motius, de les possibilitats i de les contextualitzacions que donen sentit als fets, malgrat que els expliquin completament. L'estudi microsocial és sobretot vàlid per comprendre, a través de la complexitat i la varietat, els fenòmens socials particulars, les diferències locals en les grans transformacions històriques, especialment aquelles que representen canvis i processos de llarga, mitjana o curta durada.

L'àmbit geogràfic que hem triat és la Vall d'Aro, a la part sud del Baix Empordà i que fa frontera amb la Selva. Aquesta comarca es va definir administrativament als anys trenta sobre criteris innovadors de complexitat, ja que incloïen no solament referents geogràfics sinó també econòmics i culturals.



La carretera que uneix Sant Feliu de Guíxols amb Girona, al seu pas per Santa Cristina d'Aro. Autor S. Martí. AMSFG. Col·lecció Espuña-Ibáñez.



Accident en el ferrocarril que unia Sant Feliu de Guíxols amb Girona des de 1892 fins al 1969, cap a l'any 1940. Autor desconegut. AMSFG. Col·lecció Municipal d'Imatges.

Tanmateix, entre el disseny comarcal de la Generalitat republicana i la seva adopció, sense revisió crítica, als anys vuitanta del segle xx, hi ha una distància notable a causa dels importants canvis culturals i socials de la costa catalana. Aquests van ser motivats pel desenvolupament, entre d'altres, de la indústria turística i pels canvis sanitaris, derivats de la implantació del *Seguro Obligatorio de Enfermedad* (SOE), el 1943, i la seva evolució fins als mapes sanitaris (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1980, 1985), per acabar, posteriorment, amb la construcció del Servei Català de la Salut per la Generalitat.

El Baix Empordà té unes característiques singulars. Forma part d'aquella geografia catalana que, des del segle xvii, va articular-se primer amb el mercantilisme internacional, abans i després de l'obertura del comerç amb Amèrica, i, un cop feta aquesta obertura, amb el desenvolupament del capitalisme industrial, a partir de la indústria surera. És una comarca amb un front marítim i dos ports importants, pròxima als camins terrestres que duïen a França, connectada ben aviat amb Barcelona i França per ferrocarril, i pionera en la indústria turística de l'Estat, és un dels millors exemples de la Catalunya dins l'Espanya moderna. En aquest espai una *gentry* mesocràtica d'arrels agràries, i després mercantils i industrials, però educada, tindrà un paper clau en la conformació del que es coneix com la Renaixença, i en general el catalanisme.¹⁰

Probablement entre els processos de salut, malaltia, atenció a la Vall d'Aro i a altres indrets de Catalunya no hi ha, a priori, moltes diferències. I menys encara entre les comarques marítimes del Principat, especialment el Maresme, l'Alt Empordà, el Garraf, el Baix Penedès i en general el camp de Tarragona per l'articulació, de manera força coetània, en els processos de mercantilització, en la revolució industrial i en la implantació del capitalisme. També és així gràcies a la prevalença d'uns patrons epidemiològics, amb l'excepció de les endèmies de pal·ludisme als aiguamolls costaners.

Dit això, el projecte inicial d'aquest llibre era relativament modest: intentar una reconstrucció etnogràfica combinant documentació històrica, etnogràfica, hemerogràfica, fonamentalment del món de la salut i la malaltia. Ara bé, el desenvolupament de la recerca ens va obligar a replantejar el contingut i els límits, en la mesura que no era possible comprendre el present sense conèixer el passat.

¹⁰ Molts dels seus fills formen part de la nòmina més rellevant de la cultura catalana del seglel xix i xx: Pla, Puig i Ferrer, Víctor Català, Gaziell, Ruyra, etc.



Mercat del peix al passeig de Sant Feliu, entre 1920 i 1935. Autor desconegut. AMSFG. Col·lecció Municipal d'Imatges.

Però, al mateix temps, la magnitud de l'objectiu ens va obligar a establir un límit temporal, gens arbitrari, precisament perquè vam considerar que no ho era. Parlem de l'any 1967, en què, durant el tardofranquisme, va promulgar-se la *Ley de Bases de la Seguridad Social*.

Per tant, la *Ley* va ser el primer document legislatiu a Espanya que va obrir les portes a generalitzar la prestació sanitària a tota la població. El 1975, pràcticament el 75 % de la població espanyola i un percentatge encara més alt de la catalana, per la incidència superior de l'*assalariament per altri* al Principat i la baixa presència de funcionaris i militars —que tenen el seu règim—, estava assegurada. Això va significar que per primera vegada l'hegemonia en el sector salut, malaltia, atenció a Catalunya passava del regiment de la cosa pública local —municipis i diputacions— a l'Estat central, i a partir de 1981 a l'Estat autonòmic.

Ens trobem, doncs, que per primer cop a l'Estat espanyol hi ha una legislació estatal —amb tots els matisos que hom vulgui i amb un *background* falangista evident— que té la voluntat d'abastar el conjunt de l'assistència sanitària «so-

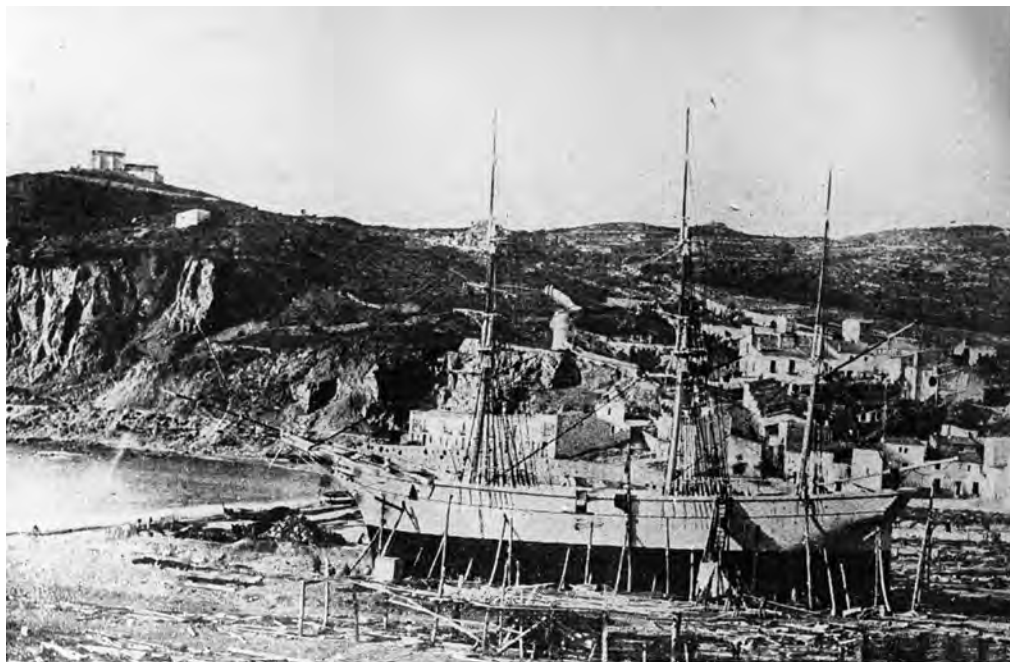
màtica» de la població i trencar amb l'hegemonia dels governs locals, municipis i diputacions. Però, a més a més d'aquests aspectes que hem apuntat anteriorment, el fet de limitar el treball a l'entorn de 1967 prenia sentit també a partir de la documentació i dels nostres propis informants.

En canvi, el període precedent no podia fraccionar-se perquè ni la legislació liberal del segle XIX ni el regeneracionisme del segle XX havien trencat amb un model de gestió a l'entorn del problema de la *salut, malaltia i atenció* amb dimensions molt particulars a Catalunya, derivades de la generalització de les *conductes del comú*, és a dir, de la contractació de metges escolàstics, formats a les universitats, per als municipis des de la baixa edat mitjana. En segon lloc, la creació massiva de fundacions assistencials locals, tant hospitals com obres pies, la majoria de les quals estaven sota control municipal i que arriben sense solució de continuïtat fins a la Transició democràtica espanyola i superen per tant els tres processos desamortitzadors dins l'Estat i la legislació liberal des de 1812. Finalment, des de finals del segle XVIII un procés progressivament massiu de formes de mutualisme destinat a oferir serveis assistencials al conjunt de la societat.

La nostra hipòtesi és que aquest procés, que s'obre entorn el segle XIII i es conclou, només parcialment, el 1967, era el producte de la lenta, però inevitable, influència del constitucionalisme —el dret propi— català —encara que, en bona part, també comú als altres territoris de la Corona d'Aragó—, formulat entre d'altres en textos legals com els *Usatges* de Barcelona o els *Costums* de Tortosa i que donaran lloc a un estil propi en la pràctica política de les ciutats i viles del Principat que anomenarem en aquest text *regiment de la cosa pública*. Així va titular Francesc Eiximenis (1927) el 1385 el seu tractat de filosofia política destinat als jurats —els actuals regidors— de la Ciutat de València sobre la pràctica de la governança a la *res pública*.

L'articulació de la vida pública entorn dels usatges locals o sigui d'una producció local de dret, que hom construeix sobre la vella tradició del dret romà, va permetre a la societat catalana el manteniment d'una cultura política relacionada amb el regiment de la cosa pública local que va persistir molt més enllà dels Decrets de Nova Planta de Patiño i del constitucionalisme espanyol del segle XIX i del segle XX.

Això explica que un cop l'Estat va generalitzar la contractació de metges d'APD o «titulars» al segle XIX, les conductes del comú van continuar com un costum local, les *iguales*, fins a la Transició, a molts pobles i ciutats del Principat. En un altre àmbit, la consciència dels locals vers la importància del dispositiu hospitalari de



Les drassanes a la platja, que evidencien el paper del port de Sant Feliu de Guíxols en el comerç de cabotatge i a Ultramar 1871.
 Autor desconegut. AMSFG. Col·lecció Municipal d'Imatges.

les viles dins el regiment de la cosa pública, explica el manteniment dels hospitals locals catalans fins a la Transició, així com el desenvolupament de formes de mutualisme voluntari a mesura que Catalunya fa la transició a l'economia capitalista.

Un treball com aquest no s'improvisa. Malgrat que confinat a una treball d'investigació d'un any, la recerca es va beneficiar de l'important tasca prèvia feta pel Museu. Des de 2005, el doctor Pau Casals, fill del doctor Martí Casals, va anar enregistrant i filmant diferents testimonis de pacients del seu pare, que es guarden al Centre de Documentació del Museu i que s'han anat actualitzant i ampliant al llarg d'aquest anys. No només amb la recerca sobre medicina rural a la Vall d'Aro, resultat que teniu en aquesta monografia, sinó també amb la catalogació sobre els remeis tradicionals als pobles pescadors de la Costa Brava que el Museu, a través de les línies de recerca de l'Institut de Patrimoni Etnològic de Catalunya (IPEC), ha desenvolupat entre 2007 i 2009, amb l'enregistrament de més de 60 pescadors o familiars de pescadors, de diferents pobles de la Costa Brava.

PRIMERA PART

Del concepte de medicina popular al procés *salut, malaltia i atenció*

1. El procés *salut, malaltia i atenció*, i el *pluralisme assistencial*

L'aportació més important de l'antropologia mèdica internacional del darrer mig segle es dona a partir de l'observació, des d'una perspectiva distanciada i no medicocèntrica, de la complexitat del sector salut (vg. Comelles & Martínez-Hernández, 1993; Martínez-Hernández, 2008). Una aportació que la historiografia crítica de la medicina ha incorporat de tal manera que el fet de reconstruir el patrimoni assistencial de qualsevol col·lectiu humà, implica considerar-ne la complexitat a partir del concepte de *pluralisme mèdic* o, més pròpiament dit, de *pluralisme assistencial*, si considerem que aquesta és la conseqüència de l'evolució del procés salut, malaltia, atenció des de les societats anomenades *simples* —generalment les societats caçadores recol·lectores—, a les societats complexes. En les primeres, almenys fins on arriba el registre etnogràfic, el procés gira entorn de l'esfera de la cura i la teràpia dins el grup, o amb processos d'especialització en forma de *medicine man* o de xamans. En les segones, en canvi, són els processos de globalització propis de les societats històriques els que conduiran a una complexitat i diversitat més grans dels sistemes, on trobarem un espectre amplíssim de professions i ocupacions relacionades amb el fet de curar i cuidar, i la creació d'institucions específiques.

El *procés salut, malaltia i atenció* universal significa que qualsevol societat humana que pren cura de les situacions de crisi desenvolupa representacions culturals sobre la seva etiologia i la seva evolució, construeix processos col·lectius de presa de decisions, i sabers i experiències específiques que poden ser transmesos d'una generació a l'altra. Algunes societats han desenvolupat ocupacions o professions especialitzades, i altres, institucions específiques, com ara clíniques, hospitals o santuaris miraculosos.

Com que la malaltia i el mal tenen un curs —una temporalitat, sigui una pneumònia o la plaga de llagosta—, les pràctiques relatives al seu regiment es poden descriure com a processos temporals observables i que hom pot narrar. Per això hom parla d'història natural de la malaltia, de *moral career* del pacient, de *helpseeking behavior*, del *sickness process*, o d'*itinéraire thérapeutique*.¹¹ Descriuen i organitzen els esdeveniments i la seva evolució. Si el procés *salut, malaltia i atenció* fa referència al conjunt social, la noció de *procés assistencial* fa referència a cada cas; tot i que és sinònima incorpora també la historicitat del procés amb una variable indispensable per entendre la diversitat cultural local (Comelles, Andreu, Ferrús & Paris, 1981). Els processos assistencials, doncs, són itineraris construïts entorn dels recursos intel·lectuals, socials, institucionals i culturals dels microgrups. És per això que cal distingir entre *procés assistencial*, que seria la descripció etnogràfica dels fets, i el *complex assistencial*. Aquest darrer és una construcció intel·lectual que fem tots i cadascun de nosaltres a partir de la nostra experiència social, en relació amb les situacions de malaltia o mal, sobre quins recursos coneixem, quins estan disponibles i, a la vegada, com estan articulats i jerarquitats. El *complex assistencial* no pot ser «observat» ja que és un saber, és experiència, i és fonamental per comprendre la lògica dels itineraris dels individus i les seves xarxes. Ha de ser construït per l'investigador.

En termes metafòrics, el *procés assistencial* és com una frase o una conjunció de frases construïdes amb una gramàtica; el *complex* és el vocabulari necessari per escriure-les. El *complex* pertany a l'esfera del que és paradigmàtic, el *procés* a l'esfera del que és sintagmàtic. L'enorme diversitat dels processos, fruit d'una combinatòria de recursos, permet fer una lectura metafòrica dels processos assistencials locals, com a modismes locals. És a dir, que a partir dels casos observables, els *processos* podem inferir en les característiques dels *complexos*. Per tant, cada món local (*local*

¹¹ La revisió crítica d'aquestes nocions descriptives, que impliquen un observador «extern» de la situació de crisi, s'ha fet a partir de constatar la necessitat d'incorporar a l'anàlisi les representacions culturals de la malaltia, les dimensions simbòliques, subjectives i emocionals, l'expressió verbal i no verbal, l'articulació entre les pràctiques i els discursos locals amb el context històric i l'economia política (vg. Comelles & Martínez-Hernández, 1992 i Martínez-Hernández, 2008). La superació d'aquests conceptes ha estat feta amb nocions que volen reflectir la dimensió holística del continuum *salut, malaltia i atenció*. Unes nocions descriptives, com els models explicatius o el *healthcaresystem* (Kleinman 1980); altres interpretatives, com la de *semanticillnessnetwork* (Good 1977, 1994), o de l'*embodiment* (Csordas, 1994) i altres més sociològiques, com la de *procés assistencial*, directament influenciada per la noció de *procés salut, malaltia i atenció*. Una síntesi de la literatura internacional és a Haro (2000) i Perdiguer (2009).



El mas Riera a Bell-lloc (Santa Cristina d'Aro) en dos moments ben diferents: a dalt, els masovers allotjant els pacients de tuberculosi; a baix, en una sortida del Museu enregistren els testimonis dels pacients. MHSFG

word) o *ethnoscape* podrà desenvolupar llenguatges particulars combinant recursos comuns generals: per exemple, l'experiència remeiera de les dones, la creença en el paper mitjancer de la religió, la disponibilitat de guaridors folk o de professionals acadèmics i els dispositius institucionals allà on n'hi hagi. Aquests recursos els podem trobar combinats de manera distinta a qualsevol lloc.

La població pot desenvolupar dispositius propis: l'automedicació n'és el millor exemple (Menéndez, 1992, Canals & Romaní, 1996; Fainzang, 2001); però els dispositius que són més fàcilment identificables —des dels hospitals a les ONG o als santuaris miraculosos—, estan organitzats i estructurats a partir d'opcions ideològiques (religioses o polítiques) que corresponen a expectatives ideològiques, polítiques, socials o econòmiques i duen aparellats significats que hom vol projectar sobre la societat des dels grups dominants.

La majoria dels processos assistencials s'estructuren basant-se en decisions conjunturals dels microgrups, dels particulars, i giren a l'entorn d'experiències d'autoajuda, ajut mutu o autocura que no necessàriament han d'estar organitzades al voltant de dispositius formals, ni tan sols d'un sabers específics elaborats sobre la base de les experiències prèvies del col·lectiu. Sovint són el fruit dels avatars que impliquen formes excepcionals de crisi, i que obliguen a improvisar, a *bricoler* solucions per tirar endavant amb independència de les regles i les normes. Penseu que aproximadament vuit de cada deu problemes de salut es resolen fora dels dispositius externs als grups humans. Es fa difícil pensar que aquests tipus d'experiències puguin donar lloc a dispositius formals, precisament perquè la seva aleatorietat i la seva condició idiosincràtica representen molt més el desenvolupament de la capacitat de *bricoler* en el futur, que la d'assentar uns coneixements normatius. Les característiques d'aquest procés de construcció de coneixements, és a dir, una combinació de sabers empírics, d'habilitats, i de capacitat de manejar recursos molt dispars fa que ens costi parlar dels sabers populars (d'això es tracta, de sabers populars) com un dispositiu formal, però a la vegada és també impropï parlar, com fan la literatura sanitària i de vegades la sociosanitària, d'informal o de profà. Ni és informal, ni és profà, sinó a l'inrevés.

La noció d'assistència fa èmfasi en les pràctiques, en el prendre cura, enfront de les nocions de representacions del mal, de la malaltia o del sistema mèdic. Cal no restringir la recerca a la noció de malaltia, i ampliar-la a una concepció molt més àmplia representada per la noció de mal, desgràcia o infortuni. Avui, per la influència de la medicalització, tenim la tendència de reduir els mals (físics o morals)

a les malalties enteses en la seva conceptualització mèdica. En canvi, partir de la idea més extensa i culturalment difosa de mal, desgràcia o infortuni —que inclou òbviament la majoria de malalties—, permet entendre millor la resposta a les situacions que impliquen ajut mutu o assistibilitat¹² i dilueix la posició de la medicina i del dispositiu sanitari dins dispositius més amplis de protecció social. L'acte inicial de qualsevol procés assistencial és un acte de diagnòstic, d'interpretació cultural que estableix si l'individu és o no assistible. L'assistibilitat no és la conseqüència de criteris objectius, somàtics o biològics, ja que molts signes biològics no són reconeguts com a assistibles. Tampoc ho és l'apreciació subjectiva de símptomes com el dolor («t'aguantes», diuen). L'assistibilitat remet a un criteri normatiu o jurídic: qui és assistible és qui té dret a ser assistit i és sempre una decisió social basada en criteris culturals, els qual poden incorporar naturalment signes i indicadors biològics.

La decisió d'assistir depèn de la forma local segons la qual els col·lectius interpreten l'estat del subjecte en funció de la seva experiència específica prèvia, de la seva incorporació col·lectiva i dels recursos de què disposa. És per això que la responsabilitat diagnòstica pot ser desplaçada sobre persones amb experiència: bé dins la pròpia xarxa social, bé en especialistes. L'acte d'interpretació diagnòstica esdevé el punt de partida per avaluar el curs de la crisi i posar dempeus les pràctiques destinades a assegurar la gestió de l'assistible. Dit en la terminologia actual, determina la demanda de serveis.

Assistibilitat vol dir el reconeixement social del mal i, per tant, un dispositiu normatiu que en permet el regiment col·lectiu. L'assistibilitat sempre té a veure amb la norma i el dret. En castellà, el modisme *derecho habiente* pot ajustar-se molt bé a qui pot ser assistit i a qui no en qualsevol context del *procés salut, malaltia i atenció*, en la mesura que posa en joc normes de reciprocitat i de redistribució dins els grups humans.¹³

El mal i la malaltia estan definits des d'un punt de vista cultural i no mèdicament. La medicalització de la malaltia és el producte cultural que deriva de la medicina experimental actual, és a dir, que actualment la medicina tendeix a medicalitzar malestars socials d'una manera sistemàtica. Per tant, dins el mal —que ha de ser reconegut com a tal culturalment per oferir assistibilitat social— hi ha també

¹² Un exemple pot ser la retòrica que acompanya el fet d'haver guanyat la grossa de Nadal: molts expliquen que els diners caiguts del cel ajuden amb les «necessitats»: deutes, etc.

¹³ Sobre el concepte de mal hi ha una discussió àmplia a Augé & Herzlich (1984).

malalties en la mesura que aquestes sovint poden ser concebudes com el fruit en individus concrets o en col·lectivitats —les epidèmies—, o com la conseqüència dels efectes del medi o de transgressions religioses. Cada grup tendeix a construir culturalment totes aquelles malalties o trastorns més freqüents en la seva vida quotidiana, allò que els epidemiòlegs en dirien més prevalent. Però també succeeix en aquells episodis puntuals a escala domèstica o col·lectiva més colpidors, encara que excepcionals.

La discrepància entre les dues representacions de l'epidemiologia, la popular —percebuda pels actors socials mateixos— i la medicoexperimental —construïda amb metodologies quantitatives complexes—, té unes enormes conseqüències socials i sanitàries ja que les prioritzacions de totes les polítiques públiques modernes es fan sobre la base de les segones i no sobre les primeres. Ambdues poden ser contradictòries, ja que els mals que percep la població poden ser de natura diferent a les malalties que els metges i els epidemiòlegs consideren problemes de salut des del segle XIX. Més encara, els problemes que en l'àmbit del regiment de la cosa pública a nivell estatal poden ser crucials, a escala local, en canvi, poden no ser-ho. L'«epidemiologia popular» implica que els grups elaborin constantment sabers sobre la seva experiència i en la mesura que els sabers són dialèctics —i poden ser sincrètics—, poden perfectament desafiar l'ortodòxia nosològica de la biomedicina. Aquesta discrepància té, però, com a corol·lari que mai hagi conduït a un monopoli absolut del sector salut —de la medicina—, sobre els complexos assistencials de la població.

En aquestes pràctiques del procés *salut, malaltia i atenció* hi podem distingir el fet de prendre cura, de protegir i de donar suport moral (*care* en anglès) en el tràngol i guarir (*cure*) en el fet d'intervenir directament sobre el trastorn. Així mateix, curar —de manera terapèutica—, és menys freqüent que el fet de cuidar i, sovint, davant trastorns que hom sap de pronòstic funest, es posen en peu teràpies rituals o simbòliques que no van tan dirigides a resoldre la malaltia com a alleugerir l'ansietat del malalt i de la seva xarxa social. Prendre cura suposa doncs acceptar sempre els límits de l'acció humana: sigui ajudant a esperar la misericòrdia divina, sigui acceptant que cal deixar fer a la natura el seu treball, o sigui com una conducta necessària davant la incertesa de qualsevol teràpia. Prendre cura també té a veure amb el món moral associat a l'assistibilitat i, pot implicar el fet d'acceptar passivament el curs de les coses o d'incorporar-ne, quan s'escau, la gestió al regiment de la cosa pública. La teràpia, en canvi, suposa la intervenció,

en el cas dels remeis empírics o de la teràpia biomèdica, o a vegades els esforços de mediació, com és el cas dels rituals terapèutics de tot ordre. És per això que el fet d'intentar curar adopta un caràcter diferent al de prendre cura; a vegades, perquè és vist com una prerrogativa divina que necessita d'un intercessor que estableixi una relació amb la divinitat; d'altres és una prerrogativa de coneixement tècnic que dona lloc a rols especialitzats que se situen al llarg d'un continuïum en el qual trobem, en un extrem, el coneixement derivat de les experiències particulars o de la transmissió oral i, en l'altre, la darrera i més sofisticada tècnica biomèdica. En tots els processos assistencials s'hi reflecteixen dimensions socials i col·lectives d'abast diferent. Unes representen les obligacions concretes envers un proïsme, d'altres s'inscriuen en els sistemes normatius o en racionalitzacions de caràcter religiós, polític o social i d'altres deriven de les experiències concretes viscudes. Totes aquestes representacions s'inscriuen en mons morals que reflecteixen les influències del context; es també en aquest context que podem comprendre el sentit que té que, en algunes societats, hi hagi curadors fortament especialitzats i institucions específiques.

El *procés de medicalització* és un fenomen idiosincràtic dins el *procés salut, malaltia i atenció* que descriu el procés històric d'hegemonia d'alguns paradigmes de la medicina —essencialment el galenohipocràtic i l'experimental—, en l'explicació i la interpretació de nombroses dimensions de la nostra vida quotidiana des de l'edat mitjana europea.

En primer lloc és un procés que no es pot deslligar de la mercantilització de la societat europea des del segle XIII i de canvis culturals que van conduir a una noció laica de seguretat (vg. Delumeau, 1989), tampoc del desenvolupament del capitalisme. Enfront de les idees de Foucault (1991) o Illich (1984), que en situen l'origen a les polítiques públiques del segle XVIII, aquest període només va significar la generalització a escala europea i a l'Amèrica colonial d'un procés molt anterior, iniciat a les ciutats de la baixa edat mitjana com una peça clau de la construcció de la justícia i la societat civil a escala local, i que implicaria la regulació legal d'alguns aspectes de l'activitat professional dels metges escolàstics i dels apotecaris i, la reforma de la gestió i de les finances dels hospitals (Risse, 1999). Per això, els metges escolàstics conduïts i els hospitals civils eren un fet comú a pobles i ciutats durant l'Antic Règim.¹⁴

¹⁴ Sobre la complexitat de la pràctica mèdica vg. Porter & Porter (1989, 1993) i Porter (1992, 2002).

El segon va ser el canvi polític associat al desenvolupament de l'Estat i al constitucionalisme modern a Europa i Amèrica a partir de la generalització de la cosa pública local a tot l'Estat. El discurs orgànic de la medicina va tenir un paper molt significatiu en la definició de les condicions de la malaltia, és a dir per establir els límits de la normalitat biològica, en el disseny de propostes de polítiques públiques de prevenció i en nous processos de legitimació professional dels sanitaris que els van conduir al monopoli formal i jurídic de les tasques de diagnòstic i guariment (Rosen, 1985), relegant els dispositius consuetudinaris —com els curanderos o els guaridors folk— a una posició subalterna.

El tercer és el canvi en l'educació mèdica a partir del desenvolupament de les *infirmaries* o sales d'observació en els hospitals públics des de finals del segle XVII (von Bueltingsloewen, 1997) fins al naixement de la clínica al París de la primera meitat del segle XIX (vg. Foucault, 1978; Ackercknetch, 1986).¹⁵ Significarà la crisi de la medicina galenicohipocràtica escolàstica i la seva substitució pel model anatómicoclínic i la medicina experimental. Va suposar una revolució en l'educació mèdica i en la definició de l'hospital com a espai de formació durant el segle XX.

El quart, el menys present en la memòria col·lectiva, però indispensable per entendre el procés de medicalització té a veure amb la dialèctica que els dos processos anteriors plantegen amb les relacions amb la ciutadania i amb els efectes que es produeixen en nous significats culturals. Així mateix, aquest procés, en la seva faceta d'impulsar canvis culturals, ha de lligar-se a la literatura de popularització que va arribar a un teixit social en què la lectura i l'escriptura estaven prou difoses.¹⁶ En aquesta literatura sovintegen referències a la *home medicine* o *domestic medicine*,¹⁷ la qual va servir per assegurar l'hegemonia de la medicina, agafant distància respecte als errors *vulgaes* (Salcedo i Ginestal, 1898) o a les su-

¹⁵ La cronologia de la seva implantació a Espanya començarà amb la reforma de la formació quirúrgica a Cadis i Barcelona i els canvis professionals a la Ciutat Comtal (Zarzoso, 2003).

¹⁶ Sobre la popularització són indispensables Porter (1992), Fissell (1992), Rosenberg (1992) i per a l'Estat espanyol, Perdiguero (1992). Rosenberg (1992b, 1992^a, 1993c) analitza els canvis en la professió mèdica als Estats Units a principis del segle XIX per posar en relleu les condicions de la pràctica a la nova república.

¹⁷ Amades (1980:929 i seg.) empra el terme *medicina casolana* per fer referència al primer nivell d'atenció que no implica ni guaridors ni metges. La situa dins la *medicina popular*, un terme més ampli que inclou el conjunt dels dispositius populars, especialment els relacionats amb curanderos i amb instàncies religioses.

persticions (Gomis, 1996; Martín de Castañega, 1997; Ciruelo, 1997, Guichot y Sierra 1986)¹⁸ de les classes populars i dels pagesos.

El procés de medicalització no ha estat uniforme, ni ha dut a un món uniforme. Ans al contrari, les relacions d'hegemonia i subalternitat expliquen la diversitat cultural i social a l'entorn del procés *salut, malaltia i atenció* a la societat contemporània: són diferents els ritmes cronològics, les adaptacions locals, els mestissatges culturals que generen una enorme diversitat i flexibilitat cultural, i produeixen el que alguns autors anomenen *ethnoscapes* o «paisatges» culturals idiosincràtics (Appadurai, 2001).



Àpat entre els masovers de Can Riera (Bell-lloc), familiars i pacients de tuberculosos tractats pel doctor Martí Casals.

Procedència: Anna Vicens. MHSFG

2. Els nivells d'atenció

A la majoria de societats els processos assistencials dels malalts revelen l'existència de tres nivells genèrics d'atenció. El primer nivell d'atenció és sempre el del grup primari: família, banda, veïnatge, etc.,¹⁹ però és força comú que dins aquests grups és desenvolupin formes especialitzades —no cal que professionalitzades— de *guaridors* o *cuidadors*. En el llenguatge comú, el *guaridor* —des del metge al *curandero*— remet a una concepció «terapèutica», mentre el qui pren cura va des de la pràctica domèstica més quotidiana a la cura especialitzadíssima en una unitat de cures intensives. Tots els éssers humans aprenem i sabem prendre cura de l'altri al llarg de la nostra vida. Tant els hospitalers, homes que prenen cura dels malalts

¹⁸ Reedicions modernes d'obres publicades entre els segles XVI i XIX.

¹⁹ La formulació teòrica més complexa del primer nivell d'atenció l'ha feta l'antropòleg Eduardo Menéndez (1992). Això significa que el que anomenem *atenció primària*, no és sinó el segon nivell d'atenció des de la perspectiva del malalt i de la seva xarxa social.

internats en hospicis o hospitals, com les llevadores empíriques, dones expertes en ajudar a parir, les dones del comú amb coneixements etnobotànics, com els pastors o *hueseros* amb experiència per reduir fractures i luxacions, les quals són exemples de la diversitat en les funcions de prendre cura, si be és cert que en bastants col·lectius, el paper de les dones és hegemònic (vg. Comas, Bodoque, Ferreres & Roca, 1990; Narotzki, 1991).

Algunes societats han desplegat dispositius basats en institucions especialitzades, que inclouen una immensa varietat de recursos: institucions religioses com ara els santuaris amb vocació curadora, o civils, com ara els hospitals.²⁰ Malgrat que podem estar temptats d'associar el desenvolupament de les institucions formals a l'anomenat procés de medicalització, hem d'anar en compte, ja que com el procés que va suposar, durant segles, l'hegemonia de la religió sobre el discurs polític a l'Occident cristià; hi ha també processos d'institucionalització amb implicacions directes en la teràpia de tota mena de trastorns.

El fet de recórrer a l'especialista, el guaridor fortament especialitzat, o a les institucions ha estat relativament excepcional fins al disseny de l'hospital diagnòstic i terapèutic modern a finals del segle XIX. El més habitual ha estat la cura domèstica en mans de la xarxa social de l'assistible i amb recursos basats en l'experiència prèvia. És, doncs, a partir de la Segona Guerra Mundial que els hospitals adquireixen un paper fonamental i massiu en els processos assistencials.

En el període anterior, la recerca etnogràfica ha posat de relleu una gamma enormement complexa d'ocupacions o professions relacionades amb el fet de diagnosticar o endevinar, curar i cuidar. Arthur Kleinman (1980) va distingir entre el sector popular, folk i professional. El sector popular correspon a la descripció empírica de les pràctiques domèstiques; el folk, als guaridors, i el professional, a les professions sanitàries modernes per titulacions acadèmiques: siguin de secundària com ara els auxiliars de clínica o certs tècnics de laboratori, siguin paramèdics, siguin fisioterapeutes, osteòpates, homeòpates, llevadores, infermeres o, en general, metges de tota mena.²¹ Si el sector professional avui està sotmès a regulacions internacionals, el sector folk o el popular són dos calaixos de sastre en els quals

²⁰ Un text fonamental per als processos de transformació dels hospitals és Risse (1999).

²¹ El concepte incorpora també les anomenades *medicines complementàries* exercides per professionals acadèmicament qualificats (Perdiguero, 2009), i l'anomenada *medicina tradicional xinesa*. Hauria d'incorporar també les *medicines sistemàtiques* com són ara l'ayurvèdica i la tibetana.



Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona, curs 1927-1928. MHSFG. Fons Martí Casals.

hi cap tot el que no és professional, des del punt de vista de les titulacions acadèmiques o ocupacionals. Pel fet de la seva extraordinària diversitat, *urbi et orbe*, és un grup amb tot tipus de pràctiques i una enorme diversitat.

Malgrat que Kleinman va assenyalar que el sector popular, el folk, i el professional treballen junts en la intersecció parcial, no va explicar-ne l'articulació; en canvi, les idees apuntades per Ernesto de Martino (1999) i recollides sobretot per Eduardo Menéndez (1981) resolen aquest problema a partir de les influències de la noció d'hegemonia i subalternitat desenvolupades per Gramsci (1975), i que permeten entendre el sentit que les diferents pràctiques tenen en contextos socials i culturals determinats.

Per tant, l'acció social en relació amb el procés *salut, malaltia i atenció* té dos primers nivells: el de les pràctiques d'autoatenció i el de la participació de guaridors folk i professionals²² que no necessàriament operen en espais professionals

²² Limitem el concepte professional a les ocupacions legitimades per titulacions acadèmiques. Un debat al respecte està a Freidson (1978).

o ocupacionals diferenciats, específicament. Encara que sí que és cert que determinats espais, religiosos o profans poden associar-se al desplegament de certes tècniques que tenen a veure amb la terapèutica.²³ Ara bé, l'existència d'espais especialitzats, públics o privats destinats a prendre cura o a tractar el mal o la malaltia i construïts a tal fi no són un fet universal, i la versió civil és, al nostre entendre, un dels productes singulars de la influència del pensament grecollatí en la delimitació d'una cultura política urbana —*civitas, polis*—, un dels objectius de la qual és l'acció social de protecció sobre els ciutadans i que, a Catalunya està reflectida en les seves constitucions fins al 1716.²⁴

3. El sector popular i el folklore mèdic

Els termes medicina popular o *folkmedicine* apareixen a finals del segle XIX (Comelles, 1996; Charuty, 1997). Abans s'emprava errors vulgars o supersticions, medicina domèstica. L'interès dels sectors folk i popular va ser inicialment el producte de la mirada dels metges sobre tot allò que no era medicina científica com ara la folkmedicina, etnomedicina, medicina primitiva, tradicional o popular, medicina domèstica i més recentment les pràctiques profanes (*lay practices*) (Martínez & Comelles, 1994; Comelles, 1996, Martínez, 2008).²⁵

Balzac (1999) va publicar, el 1832, *Le médecin de campagne* i, vuit anys més tard, el metge francès Jean Baptiste Munaret (1840), el va replicar amb un assaig del mateix títol: una etnografia sobre la pràctica mèdica al camp francès durant la Restauració monàrquica. Volia establir les diferències entre un metge rural i un de ciutat, sorprès per la falta d'interès previ dels seus col·legues sobre el tema (Munaret, 1840:15-16),²⁶ destinat a ajudar els metges que exercien al

²³ Valguin com a exemple a l'Antiguitat clàssica certs espais religiosos, santuaris, en els quals es practicaven cures que implicaven estats de trànsit vg. el cas d'Aeli Aristides (1986).

²⁴ Vegeu Comelles (1992, 1992^a, 1993, 1998) i Comelles, Daura, Arnau i Martin (1991:29-63).

²⁵ Vegeu Comelles (1996, 2000), Charuty (1997) i Bartoli & Falteri (1986), que fan una anàlisi sobre els interessos dels metges conduïts (*condotto*) italians a les comarques rurals a finals del segle XIX.

²⁶ Les afirmacions de Munaret reforcen la idea de la més o menys amplia difusió de la medicina galeonicohipocràtica al món rural europeu de principis del segle XIX, un fet destacat per Zarzoso (2006), a casa nostra i quantificat per Gelfand (1981) a França. Nascut el 1805 va escriure la primera edició el 1837. Ell s'havia format dins l'Escola de París, va tenir una llarga experiència a la ruralia i seria un dels notables de l'*Academie Nationale de Medicine*. El llibre va editar-se el 1837, el 1840 ja hi va haver una segona edició i una altra, el 1862. Cherry (2005:19-26) posa de relleu la manca de recerca posterior sobre el tema fins ara. Sobre medicina rural a Europa per això és indispensable Barona & Cherry (2005).

camp. Va distingir i tractar les diferències locals en l'exercici professional des d'una perspectiva política i pràctica. Feia palès, doncs, una profunda experiència i reflexió basada en una mirada etnogràfica, naturalista i sistemàtica de les pràctiques populars rurals i de la tasca que havien dut a terme els metges escolàstics. Segons ell, dins la professió mèdica, calia distingir entre el *praticien*²⁷ pur; el *praticien*, home d'estudi, i, el de despatx; el metge militar; el metge de la marina; el *praticien* de la ciutat i, finalment, el rural (Munaret, 1840:VIIIIn);²⁸ i això en delimitaria les diferències entre la pràctica rural i urbana. El seu objectiu era explicar tot allò que calia aprendre al metge rural, especialment el que pertoca a la gestió de la distància educacional, la diferència cultural i ajudar-lo a coexistir amb el pluralisme assistencial local. Pretenia resoldre els problemes de comunicació, mitjançant el coneixement dels *patois* locals, i tenir mà esquerra per moure's en un medi que per al metge no era sovint el seu.

Al seu projecte, hi ha una consciència civil que cerca una posició d'intel·lectual orgànica, el metge és «apòstol de la civilització, parla als [camperols] dels deures recíprocament sagrats del pare al fill, del ciutadà al país, del cor amb el dolç vincle de les famílies, de l'ànima que pensa en el seu destí. Sacseja amb prudència el tronc d'alguns prejudicis; els arrenca amb mà ferma; assenyala els costums que fan mal, la superstició que els envolta... i si de la sembra dura de bon gra en aquesta parada encara erma de la seva intel·ligència creixen unes quantes espigues que la societat». Per ell, *rural* té molt a veure amb la seva percepció intel·lectual del camperolat i de l'espai rural, basat en l'agricultura i la ramaderia,²⁹ tot i que compartit per molts d'altres, el terme *rural* no va tenir discussió fins a la segona meitat del segle xx (vg. Barona i Cherry, 2005).³⁰ Avui el concepte ha esdevingut en si mateix un problema (Otero, 2012), el mateix que *medicina popular*, *domèstica*, *casolana* o *folk*, *medicina rural*, *de família* o *atenció primària* més recents i contro-

²⁷ *Praticien*, en anglès *general practitioner* o en alemany *arzt* són sinònims del que al nostre país coneixem com a metge de capçalera, metge de medicina general, metge d'APD i més recentment com a metge de família. Preferim conservar la terminologia francesa en aquest cas.

²⁸ Aquest esforç tipològic, a partir dels distints models de pràctica, serà la base d'un interessant discurs de Bertrany Rubio (1877).

²⁹ És el criteri més o menys comú a les aportacions dins el llibre de Barona & Cherry (2005).

³⁰ En ciències socials la distinció urbà i rural fa més de mig segle que fou posada en qüestió (vg. per exemple Southall, 1973). Tant Cherry (2005) com Barona, Bernabeu & Perdiguero (2005), aquests en el cas espanyol, discuteixen el valor del concepte, que el relacionen fonamentalment amb dades demogràfiques i epidemiològiques, però també culturals.

vertits.³¹ Parlar avui de medicina “rural” no té massa sentit amb l’excepció de determinats territoris poc poblats i aïllats (Otero, 2012). Ho era encara a moltes zones de l’Europa del Sud durant els anys seixanta-setanta del segle passat,³² i és important des de la perspectiva de la memòria i del patrimoni etnològic.³³ Aquestes nocions, especialment a Europa exigeixen una revisió conceptual i teòrica per explicar-ne l’articulació amb el procés de medicalització.

L’ús pels metges de la noció de *superstició* o *d’error* era fruit de la influència de la ciència aristotèlica revisada per Tomàs de Aquino (1955). Els escolàstics expliquen conductes humanes com ara la superstició, la idolatria o els excessos a partir d’observacions etnogràfiques (Comelles, 1998). Els metges, des de finals del segle XVII, van desenvolupar un nombre molt significatiu de topografies i geografies mèdiques, gèneres narratius destinats a reflectir les relacions entre medi i malaltia inspirades pel tractat *Aires, Aigües i llocs* d’Hipòcrat (1986). Incorporen descripcions del medi físic, de l’urbanisme, a vegades l’estadística mèdica i la descripció dels costums locals amb un èmfasi especial en l’alimentació, els hàbits higiènics i la salut reproductiva (Comelles, 2000).³⁴ Els autors de la majoria de topografies mèdiques³⁵ eren metges rurals malgrat que n’hi va haver de ciutats relativament grans. A Europa i a Amèrica n’hi ha des de finals del segle XVIII a la segona meitat del segle XX. El seu interès va ser fruit, d’una banda, de les pressions de les administracions i les societats científiques que necessitaven dades locals i, de l’altra, de l’interès dels metges locals per construir-se una certa presència intel·lectual, científica i ciutadana, posant ordre en les seves observacions i la seva experiència.³⁶ La identitat professional del metge també es podia reforçar o construir, a través de l’escriptura, en el fet de posar distància entre el coneixement acadèmic formal i el coneixement popular tot afavorint la mirada del metge sobre el fet d’escoltar els seus veïns (Comelles, 1993, 1996).

³¹ El concepte *d’atenció primària* és molt recent i correspon a debats posteriors a la Segona Guerra Mundial relacionats amb les polítiques de desplegament de serveis.

³² Vegeu per exemple les monografies de Lisón (1971, 1990) sobre Galícia, amb treball de camp fet majoritàriament als anys seixanta i principis dels setanta.

³³ Vegeu sobretot Barona & Cherry (2005) amb un ampli debat comparatiu sobre el concepte i la situació de la medicina dita *rural* a Europa

³⁴ Vg. per exemple la topografia mèdica de Blanes (Lema: Costa Brava, 1958).

³⁵ Vg. Urteaga (1980), Prats (1996), Larrea (1997), i Bernabeu, Bujosa & Vidal (1999).

³⁶ Un fet destacat per Jean-Pierre Peter (1967, 1984) en els seus estudis sobre els informes de la *Société Royale de Médecine* al segle XVIII a França.

Durant el segle XIX els metges van incorporar conceptes i teoria de l'antropologia general, un camp de la història natural que es va desenvolupar durant la Il·lustració. A banda de les teories evolucionistes, la definició de Tylor (1877), un antropòleg evolucionista, de la noció de *supervivència* (*survival*) permetia a metges com ara Lombroso, Mantegazza, Rubio i Galí, Pitre o Zanetti interpretar perquè moltes pràctiques populars semblaven contaminades de galenisme o de referents cristians o pagans. Els permetia preguntar-se perquè alguns grups humans a Europa —especialment camperols, caçadors-recol·lectors o ramaders transhumants— no havien seguit l'evolució «natural» de la societat civilitzada i romanien atrapats en concepcions i creences que atribuïen a reminiscències de les cultures precristianes, i sovint «prehistòriques».

Malgrat la seva condició, «d'apòstols de la ciència», el compromís dels metges en relació amb els canvis sanitaris es va desenvolupar durant el segle XIX, de la mà de polítiques públiques urbanes de sanejament i del desenvolupament d'estratègies d'educació de les masses obreres o camperoles ignorants. Si en el primer cas el discurs obrerista podia articular-se ràpidament amb la ciència i el progrés, entre el camperolat, que vivia en modes de producció sovint autàrquics, l'estratègia no podia ser la mateixa. I és en aquest context on van eixir conceptes sinònims com *folk medicine* i medicina popular de la mà de metges rurals (Comelles, 1996, 2000) i, ben aviat, sorgirien conceptes com ara la medicina primitiva o medicina prehistòrica. Tots aquests conceptes estaven associats a la màgia, a la superstició i a la ignorància i representaven simbòlicament les beceroles mèdiques de la humanitat, ben lluny de la relació entre medicina científica i civilització.

La primera conceptualització de la medicina popular la va fer, el 1881, el jurista britànic Black (1992) en el seu tractat *Folk medicine*. Volia discutir les tesis de Herbert Spencer sobre la mentalitat primitiva a partir del folklore mèdic dels camperols escocesos. No creia, però, que tot allò tingués cap interès pràctic per a la medicina. En traduir el llibre al castellà, el gran folklorista Machado y Álvarez, el qual tampoc era metge, va posar-hi el títol *Medicina popular* influït per un terme que ja apareixia a Itàlia. Al llibre hi va afegir la correspondència amb el metge Federico Rubio y Galí que posava de relleu com als metges acadèmics els podia interessar la medicina popular, ja com a font de remeis empírics —bàsicament botànics—, o com a espai de reflexió sobre la pròpia pràctica (Machado, 1982:341-352). Malgrat el seu interès, aquesta publicació va tenir una influència escassa a Espanya i a Catalunya.

Altrament, les principals compilacions catalanes de folklore mèdic són les paremiològiques d'Oleguer Miró (1899;1900,1906),³⁷ i l'important capítol enciclopèdic sobre medicina popular del tercer volum del *Folklore de Catalunya. Costums i Creences* que és problemàtic. En primer lloc les seves dades semblen recopilades abans de la Guerra Civil i sospitem que una part procedeix de materials impresos datables als segles XVIII i XIX que no cita, especialment en la part dels curanderos. Una part dels materials apareixen dispersos en la seva *Biblioteca de tradicions populars catalanes*. A mesura que la seva ceguesa creixia, el paper editor de la seva cunyada Consol Mallafré augmentava, fins a tal punt que l'ordenació final dels materials va ser responsabilitat seva (vg. Consol Mallafré a Amades, 1980: Advertiment).³⁸ Mallafré va classificar també aspectes relacionats amb la salut a la secció «Del bressol a la tomba» ([1969] 1980:3-515) i a «Creences» ([1969] 1980:929 -1086), a més de la secció específica sobre medicina popular en la qual va optar pel terme emprat per Machado i per Pitè, autors que sens dubte coneixia. Amades (i Mallafré) ignoraven completament els criteris metodològics i classificatoris proposats per Pitè (1896), tampoc va datar el treball de camp tal com ho va fer aquest en el període 1870-1896.

Si els tractats de Pitè (1896) o Zanetti (1982) aporten informació de camp de primera mà, basats en la seva tasca com a metges rurals, ignorem les condicions i la datació del treball de camp d'Amades. La *Medicina popolare siciliana* de Pitè (1896), o *La medicina del le nostre donne* de Zanetti (1978) poden considerar-se estudis intensius de cas, fets sota una metodologia positivista que cerca un patró cultural relatiu a la medicina i la salut a Sicília o a l'Umbria, dos territoris ben definits culturalment i el primer d'una extensió similar a Catalunya. Amades no pretén fer un patró cultural, només una compilació de sabers classificats amb les matrius dominants al folklore europeu de finals del segle XIX. No té la voluntat de coherència —d'establir un *kulturkreise*— dels autors anteriors ni pensava en un sistema mèdic com intuïen Pitè o Zanetti. Aquests, o Rubio y Gali, volien avaluar i trobar elements de valor en les pràctiques i les creences que descriuen.³⁹

³⁷ A la Biblioteca de Catalunya hi ha un volum de la *Medicina Popolare Siciliana* de Pitè (1896) amb *ex-libris* de Cels Gomis. Sembla que no n'hi ha un altre a cap biblioteca pública

³⁸ El respecte de la senyora Mallafré al seu cunyat va fer que els criteris de classificació dels materials de medicina popular, fets als anys seixanta probablement (doncs la edició inicial és de 1969), es basessin en les matrius classificatòries que Amades descriu a la seva *Introducció al Folklore* dins aquest volum. Aquests materials han estat explotats posteriorment per Comelles *et. al.* (1984) i Martí (1992).

³⁹ També Rubió i Gali (1982). Sobre la seva posició vg. Perdigueró & Ballester (2003).

La manca de criteri d'Amades fa que no situï les dades en el temps i per això no sabem si corresponen a pràctiques vigents. L'enormitat de la seva documentació relega la resta del folklore mèdic català a una posició subordinada.⁴⁰

Més importants que l'etnografia d'Amades són, a Catalunya, les dues-centes i escaig topografies mèdiques escrites des de finals del segle XVIII a principis del segle XX, moltes de les quals eren manuscrites i el contingut etnogràfic de les quals no s'ha tingut en compte fins fa dues dècades (Prats, 1996; Larrea, 1997). Són documents que han de ser sotmesos a una anàlisi crítica tant per la intenció que les impulsava, com per les seves limitacions tècniques i metodològiques. La difusió va ser limitada i moltes són manuscrites que estan pendents de digitalització com la que està fent l'Espai del Metge i de la Salut Rural de Sant Feliu de Guíxols.

Prats (1996) en va reivindicar el valor com a font etnogràfica i en va destacar les limitacions que imposaven els qüestionaris «formals» en què es basaven. El seu contingut descriu la *Catalunya rànica* fruit de la mirada d'uns «moderns» sobre les pràctiques populars. En els textos no es té cap mena de pudor a afirmar que es tracta de pràctiques de gent inculta o supersticiosa, i en molt poques ocasions es fa referència al seu valor cultural. Aquestes topografies, sovint escrites en castellà, romanen com un gènere mèdic que hom no sap o no vol articular amb la producció cultural del folklore. Si a la resta d'Espanya, s'hi desenvolupa un folklore mèdic de la mà de metges i de folkloristes, a Catalunya en canvi sembla com si la demarcació entre medicina popular i medicina oficial estigui decantada plenament cap a aquesta darrera.⁴¹ Al Principat, els metges historiadors s'han sentit molt més temptats per la medicina científica. Per això, domina una història de personatges: metges o farmacèutics, i d'institucions, sobretot hospitals. Són menys freqüents les biografies⁴² o autobiografies,⁴³ la majoria publicades després de la guerra i de les quals l'obra mestra és la de la infermera Ramona Via (1972) sobre la pràctica

⁴⁰ Com l'obra d'Oleguer Miró (1899, 1900, 1906, 1906^a, 1906b, 1906c) que té els mateixos defectes.

⁴¹ Vg. Lis Quibén (1949) a Galícia; Pérez Vidal (1945) a Canàries i els nombrosos estudis fets pels grups *Etniker* al País Basc (vg. Perdiguero, Erkoreka Comelles, 2000) i Erkoreka (1985). L'antropologia professional va abordar el tema des de perspectives teòriques diferents i vinculades amb l'estructuralfuncionalisme a Astúries (Cátedra, 1976, 1986, 1988) i a Galícia (Lisón, 1974, 1990). Per a aquesta última vg. Comelles, Erkoreka & Perdiguero (2007).

⁴² Per exemple les que Josep Pla va dedicar a Ramon Turró a *El quadern gris*.

⁴³ Les millors són Via (1972, 1988) i el primer volum de Broggi (2001).

de les llevadores al Baix Llobregat. El folklore mèdic català escrit pels folkloristes⁴⁴ comparteix més la visió i els criteris d'Amades que la dels autors de topografies. Dins la literatura costumista catalana i folklòrica els temes al·ludits són marginals.⁴⁵ La complexitat —i la riquesa— del patrimoni etnogràfic i històric català sobre el tema romanen bona part inèdits.⁴⁶ El període que afrontem correspon molt exactament al que els demògrafs anomenen *transició demogràfica* i que va associat a una transició sanitària. Aquest procés correspon a una fase de domini de l'escriptura —i de l'ensenyament clàssic— com a instruments de canvi social. Ni la ràdio ni el cinema van poder representar abans de la Guerra Civil el paper que tindrien entre els anys cinquanta i els seixanta, i la televisió a Catalunya no comença a tenir un paper determinant fins a la meitat de la dècada dels seixanta quan la seva difusió va esdevenir massiva, gairebé una o dues dècades més tard que a la resta dels països occidentals o als Estats Units. Per tant, el període està dominat per la memòria personal en alguns casos, per la memòria escrita, pel suport literari i per tot el que hi ha a les hemeroteques i als arxius, en la mesura que el registre sonor és molt limitat i, el cinematogràfic, anecdòtic.⁴⁷

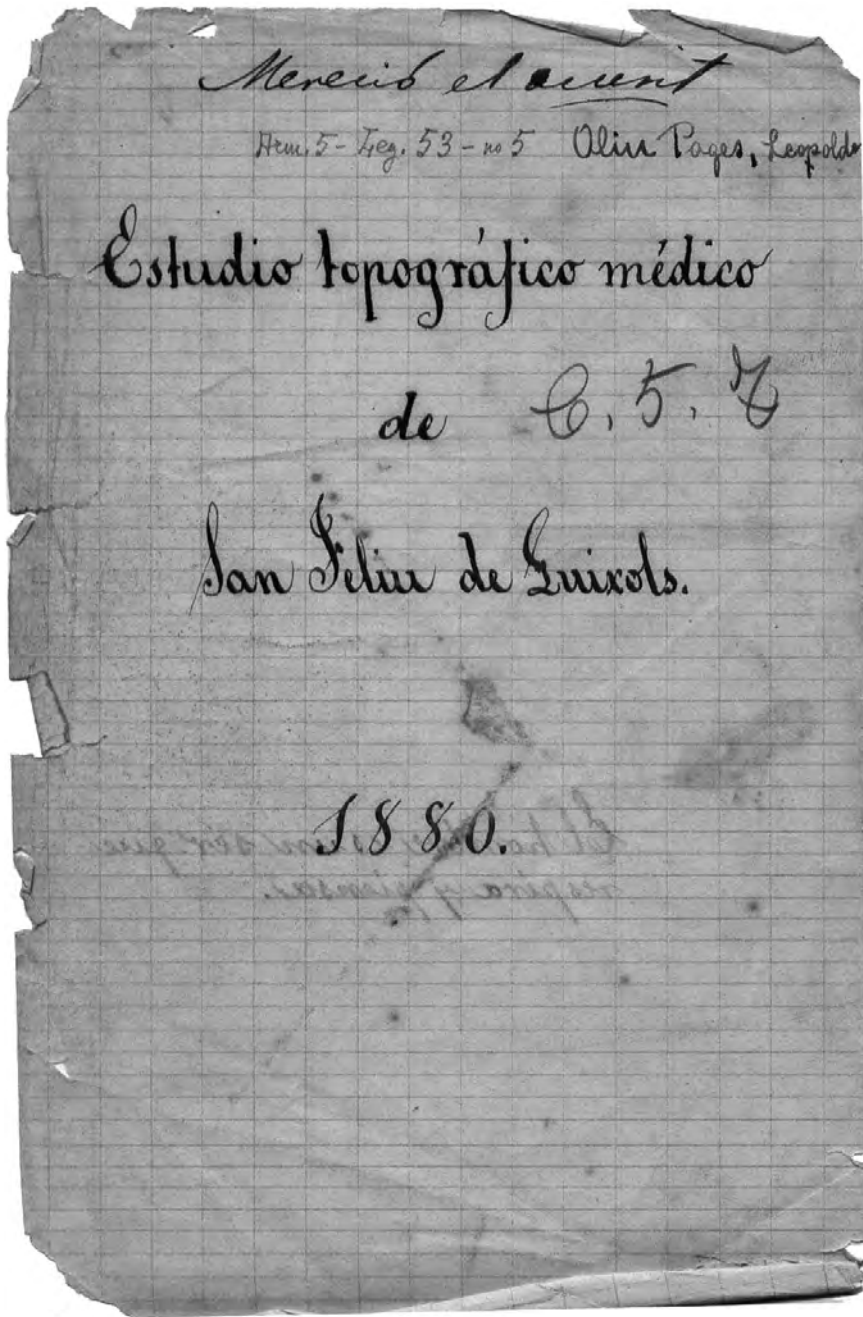
Si comparem els interessos de Pitrè, de Zanetti o d'Amades amb els d'Oliu i Pagès (1880), autor de la topografia mèdica de Sant Feliu de Guíxols i etnògraf de la vila, podem comprendre que la realitat que descriu Oliu no té res a veure amb la del poble. Escriu sobre una realitat urbana, mercantil i industrial, immersa en el capitalisme. Fins a quin punt podem a la Vall d'Aro parlar de medicina rural?

⁴⁴ Una relació completa de fonts folklòriques catalanes està a Prats (1996) i a Llopart, Prat & Prats (1985). Una part important de les fonts del folklore mèdic està ressenyada a Pujadas, Comelles & Prat (1980).

⁴⁵ Destaquen, com a curiositat, el llibre de Curet (1983) *La vida humanitaria* en el qual l'autor fa una síntesi del folklore relatiu a les institucions d'assistència a la ciutat de Barcelona, o la curiosa novel·la de Lluís Suñe i Molist (1883) *Los misterios del hospital*. En general hi ha molt poca informació sobre les institucions d'assistència a pesar de l'existència, des del segle XIII d'una xarxa densa d'institucions destinades a aixopugar malalts i desemparats.

⁴⁶ Recentment la tesi de Maria Dasca (2008) posa en relleu la presència de la bogeria, entesa en termes psiquiàtrics, en la literatura catalana posterior a 1875. Un interès que l'autora relaciona amb la influència de la medicina positivista i del psicoanàlisi en els intel·lectuals catalans del modernisme, el noucentisme i les avantguardes. Res a veure amb el folklore.

⁴⁷ L'antropologia mèdica catalana s'ha interessat ocasionalment pel pluralisme assistencial. Vg. Comelles, Perdigüero & Erkoreka (2000) i Comelles, Perdigüero & Martínez (2006).



Imatge de la primera plana de la topografia mèdica de Sant Feliu de Guixols, escrita pel doctor Leopold Oliu i Pagès el 1880 i que es conserva al fons de la Reial Acadèmia de la Medicina de Catalunya.



Postal que representa dos nens pagesos. Autor desconegut. AMSFG. Fons Pere Rius Calvet.

SEGONA PART

Els orígens del procés de medicalització a Catalunya entre les conductes del comú i les fundacions hospitalàries

El 1305, la Blanca de Mordenyac va deixar a l'Hospital de Sant Feliu de Guíxols un llit amb la seva màrrega, una manta i dos sous per als pobres vergonyants (Borrell, 2005:15) ja que, com aconsellaria més tard Eiximenis (1385;1927:125) als jurats de la ciutat de València, «los pobres que són vers pobres deuen romandre aquí sens nenguna molèstia que no els deu ésser feta. E açò per tal com per Déus són lleixats e posats en cascuna comunitat per tal que los rics e aquells qui han a dar hagen lloc per fer almoines e derembre llurs pecats».

Sant Feliu i el seu Hospital no són una excepció a la Corona d'Aragó.⁴⁸ Entre els segles XIII i XIV hi van sovintejar fundacions locals procedents de llegats de particulars —religiosos o no—, que s'acollien a fórmules jurídiques pròpies del dret romà.⁴⁹ Aquesta teranyina de fundacions, que arriba a Catalunya fins avui dia, no poden explicar-se només pel pauperisme,⁵⁰ sinó pel seu significat jurídic i polític i pel paper que juguen en la construcció de la cultura política paccionada i en el regiment de la cosa pública a les viles i ciutats del Principat.⁵¹

Els fonaments del regiment els podem trobar en la manera com el constitucionalisme va ser incorporat (*embodied*) a Catalunya des de l'edat mitjana fins al moment actual. Les constitucions —els *Usatges* de Barcelona o els *Costums* de Tortosa

⁴⁸ Hem emprat les monografies següents sobre hospitals catalans: Anguera (1990), Danón (1978), Comelles (2006), Comelles, Daura, Arnau & Martin (1991), Adsera (2000), Cid, Gorina & Sanchez Aldeguer (1993) i Borrell (2005).

⁴⁹ Sobre el context jurídic de les fundacions hospitalàries vegeu Miller (1997) i Imbert (1947,1993). Sobre el dret romà a Catalunya, Assier-Andrieu (1997) i Salrach (1987), i sobre l'evolució del concepte de tutela, Sacristán (1997).

⁵⁰ És la posició clàssica de Mollat (1988). Vg. *Apobreza...* (1973) i Riu (1981-1982).

⁵¹ Eiximenis (1927) va traduir *res publica* per cosa pública. Utilitzo aquest concepte i el de *Gemeinschaft* de la sociologia clàssica de forma no sinònima: el primer caracteritza una pràctica jurídicopolítica a la *civitas*, la segona una *volkeist* que inclou els sabers jurídics.

entre d'altres— regulaven les relacions socials, econòmiques i jurídicopolítiques i el seu ús i coneixement, les quals no solament es transmetien per la via dels textos legals i dels seus mediadors, com ara els juristes i els notaris sinó també a través de la memòria col·lectiva (Assier-Andrieu, 1986). Durant molts segles, el dret civil, privat, s'ha anat construint de testament en testament i de contracte en contracte en centenars de comunitats locals del Principat; també en forma de fundacions derivades de deixes i llegats testamentaris.

Aquest nivell de pràctica jurídica no pot distanciar-se de les pràctiques i els costums locals. La resolució mitjançant el dret de conflictes, i l'aprenentatge de fórmules que en resulta: «en el cas del senyor X... això ho vam resoldre així, que li semblaria bé fer una cosa semblant» diu el notari i per aquesta via unes i altres engendren sabers nous que poden ser compartits, noves solucions a partir de l'autoritat del passat que és la que emprarà com a referència per anar resolent els conflictes nous que plantejarà el curs del temps, però també amb la hegemonia del seny, un tret deduïble d'Eiximenis, però també dels exercicis de mediació inevitables en la producció dels documents sotmesos a la fe pública.

Aquesta relectura pràctica del dret romà vigent a la Catalunya visigòtica i alt-medieval en forma de dret consuetudinari (Assier-Andrieu, 1997), va inspirar les cartes de llibertats de les ciutats catalanes, ja abans de 1714, la qual donaria lloc a la identitat política de la classe dirigent catalana (Amelang, 1986:208).⁵² En la cosa pública catalana, l'hegemonia del dret civil, les fundacions, són un producte del dret privat i el paper dels mediadors donarà lloc a una enorme casuística local⁵³ que contribueix a construir una cultura jurídicopolítica específica en la *Gemeinschaft* catalana⁵⁴ que es projectarà localment en forma d'*ethnoscapes* (Appadurai, 2001) basats en formes d'hibridació cultural.⁵⁵ Són prou coneguts els seus efectes en les

⁵² En la fundació dels primers hospitals a l'Antiguitat tardana, Miller (1997) descriu que no sols és el pauperisme sinó que també es deu a la necessitat de resoldre l'assistència a unes ciutats on l'emigració camp-ciutat dels homes els deixa sense famílies que se'n puguin fer càrrec. Curiosament, és el mateix principi que presidirà les fundacions hospitalàries nord-americanes a la segona meitat del segle XIX (Rosenberg, 1986).

⁵³ Vg. el cas de la Catalunya del Nord (Assier-Andrieu, 1987). Assier-Andrieu (com. pers) sosté que la constitució actual i el dret andorrans són el millor exemple actual d'aquesta cultura jurídica hereva del *Digesto* romà.

⁵⁴ Sobre les classes dirigents vg. Amelang (1986), sobre la pràctica política local Torras i Ribé (1983).

⁵⁵ Sobre la cultura política del municipalisme català del segle XVIII, sobre protecció social i la pràctica mèdica (Zarzoso, (2003,2006), pel folklore Curet i Anglada (1983) i Lluch (1974,1996) i Comelles, Daura; Arnau & Martin (1991) pel debat sobre les polítiques assistencials.

relacions econòmiques i socials,⁵⁶ ho són menys en les pràctiques relatives a la gestió del mal.⁵⁷

A tota la Corona d'Aragó, la creació de causes pies i hospitals és coetània als processos politicojurídics d'acreditació i contractació de metges per les universitats i a l'augment de la seva influència com a intel·lectuals orgànics en les polítiques de lluita contra les pestilències (Cuadrada, 2012). García Ballester, Mc Vaugh & Rubio (1989) han demostrat els efectes de les relacions entre metges escolàstics i municipis, així com aquests processos van afavorir, tot just després de la crisi demogràfica de la segona meitat del segle XIV, una intervenció reial per tal de concentrar els patrimonis de les fundacions, sota l'hegemonia municipal (Comelles, Daura, Arnaui Martin, 1991; Comelles, 2006:35-40).

Part de les influències ideològiques d'aquestes reformes venen de Francesc Eiximenis (1927 [1385]), que escrivia que «los rics homens ciutadans així mateix deuen entendre a estudiar e a llegir en llurs cases notables llibres que sien de regimment de la comunitat i de llur vida e de qualque cosa porfitosa, e deuen aprendre de saviesa enguisa que puixen ben governar e consellar la cosa pública quan los serà encomanat a dar sans consells quan serà temps e lloc, e es sapièn ben regir. E generalment aquests e aquells e tots qui no ho han per llur ofici, deuen fort esquivar places, llocs e tota congregació a ells inútil e qui els puxa torbar llur estudi, ne dar ocasió de molt parlar e de conmourre discòrdies» (Eiximenis, 1927:128). Van influir en Lluís Vives (1992), i en general en la literatura arbitrista posterior (Maravall, 1986, 1986a).

La presa de consciència de les classes dirigents urbanes davant la necessitat de controlar el dispositiu d'acció social per assegurar-se l'hegemonia política les va dur, no tant a voler-ho fer des dels ajuntaments, a assegurar la seva autonomia econòmica, la seva independència de les finances municipals i a permetre els administradors aparèixer com els garants dels recursos i del patrimoni llegat als hospitals pels ciutadans. Això significava que les polítiques d'acció social quedaven fora de les estructures de presa de decisions polítiques, per situar-se en fundacions externes regides pel dret civil, sota la idea que aquesta separació podia assegu-

⁵⁶ Vegeu Faus i Condomines (1908) sobre capítols matrimonials o Terradas (1984) sobre la vida econòmica i social de les masies.

⁵⁷ Betran (1997) en relació amb la pesta i Comelles (2006) en relació amb la bogeria a la ciutat de Barcelona.

rar-ne la continuïtat amb independència de les vicissituds de la vida política. La neutralitat de les fundacions en relació amb les lluites i els conflictes municipals i la seguretat que atorga la fe pública afavoria un control a llarg termini sobre els capitals fundacionals i, per aquesta via, la possibilitat de reclamar més llegats i almoines sobre la base d'una retòrica filantròpica que n'asseguraria la capitalització a llarg termini, (vg. Comelles, 2006:35-37), pràcticament fins a la segona meitat del segle xx. Les administracions de les fundacions, moltes de les quals eren electes, eren responsables de garantir el compliment de la voluntat dels legataris pels segles dels segles, sense prescripció. Per tant, representen els interessos dels legataris i el significat cultural del seu llegat dins la cosa pública. En general, els administradors eren elegits per períodes de dos anys i la major part d'hospitals grans es van dotar d'*staffs* administratius complexos (López Terrada, 1999) que eren, en canvi, molt reduïts als hospitals locals, on hi havia un administrador o regidor que portava els comptes del dia, i els censos que pagaven a l'hospitaler, al metge i les medicines, i que vivia a l'edifici. A vegades contractaven algú més (Borrell, 2005).

Molts municipis contractaven metges des de l'edat mitjana,⁵⁸ i la seva ubiqüitat era total al final de l'Antic Règim.⁵⁹ El 1703, per exemple, els paers d'Os de Balaguer escriuen als administradors de la Santa Creu de Barcelona:

Després de posarnos a la obediència de vostres mercès ab lo degut rendiment passam a donar notícias a vms com Catharina Badia donzella natural de esta vila de Os segons la relació que nos ha fet lo metge de esta vila, està patint lo achaque de estar trastocada del enteniment segons las cosas y desvarios que practica per la qual rahó coneixem clarament necessita de aplicarseli la misericòrdia que en semblants lances usa y exercita eix sant hospital y per a què a vms conste eixa veritat fem a vms eixa relació.⁶⁰

⁵⁸ A Sant Feliu (Jiménez Navarro, 2007:167) els jurats van contractar a càrrec del comú, de metges o «físics», jueus per a l'atenció dels malalts de la població. L'hospital pagava 30 lliures cada any al metge la primera meitat del segle XVIII (Borrell, 2005:16).

⁵⁹ A efectes comparatius vg. Dingwall (1995) i Porter (1989) sobre el context britànic i Cavallo (1989, 1991) pels hospitals de Torí.

⁶⁰ BC. *Los pahers de la vila d'Os als administradors de l'Hospital de Santa Creu de Barcelona*. En registre 428 fp (Caixa 1-3), BC-AH-Caixa T (3) (Correspondència).

Per reforçar la demanda adjunten una carta del metge local Ignasi Ros:

Posatme a la obediència de vms noticio a vms com Catarina Badia donzella y natural de la vila d'Os arxiprestat d'Ager està actualment patint uns notables yntervallos ab los quals clarament se veu lo estar trastocat son cap y com las convenièncias de sa casa així com la cortedad de la terra no donan lloch a que se li pugan aplicar los remeys necessaris per què és de casa sumament pobre poso a la comprensió de vms esta veritat per a q. redunde en alivio de la tal y a vms puga servir de motiu per adonarme los repetits preceptes que desitjo del mayor servey de vms.⁶¹

Que els paers d'una vila petita, marginal, tinguin aquesta formalitat en demanar als administradors l'acollida de Caterina Badia, significa un exemple del que entenem com a responsabilitat dins el regiment de la cosa pública. En oficis municipals de finals del segle XVIII i principis del XIX, sovintegen a l'Arxiu Històric de l'Hospital de la Santa Creu demandes en què els càrrecs municipals assumeixen la responsabilitat davant la bogeria o la dissort d'un dels veïns. El significat dels hospitals locals era el mateix a escala de la malaltia somàtica. Com a tal feia part del regiment de la cosa pública. En el cas de la bogeria i les seves variants, la cosa pública no n'eludeix la responsabilitat, sinó ans al contrari posa per davant el seu compromís per demanar, amb tota la humilitat, un servei per al qual l'informe del facultatiu, no determinant, té el valor de donar fe que el que hom demana té un fonament.⁶² Aquesta concepció de la responsabilitat dels càrrecs municipals en relació amb els problemes de salut posa de relleu una cultura jurídica i civil difosa al Principat i explica també la generalització de les «conductes de comú» des del segle XIV i que arriben al segle XVIII consolidades, que van permetre assegurar una presència de metges escolàstics, cirurgians i apotecaris (Zarzoso, 2006, 2007). A Sant Feliu de Guíxols el metge Pere Tauler (1701-1758) conduït per l'Ajuntament per visitar els malalts de l'hospital local cobrava 15 lliures anuals (Borrell, 2005). Aquesta pràctica política local no va decaure després del *Decreto de Nueva Planta* de 1716,⁶³ de manera que el règim borbònic mateix, que havia eliminat la insaculació,

⁶¹ BC. *Carta del Dr. Ignaci Rosals administradors de l'Hospital de Santa Creu de Barcelona*. En registre 429 fp (Caixa 1-3), BC-AH-Caixa T (3) (Correspondència).

⁶² Sobre la responsabilitat de la cosa pública en relació amb la bogeria vg. Comelles (2012).

⁶³ Mercedes Granjel (2002) posa de relleu el mateix a Extremadura, com a conseqüència del funcionament del Protomedicato. Vg. López Terrada (1996).

va haver de reinstaurar-la a finals del segle (Torras Ribé, 1983), i a banda d'això hi ha una persistència dels usos i costums del dret civil català fins als processos d'unificació dels codis estatal ja al segle XIX.

Metges, cirurgians i apotecaris tenen una presència inequívoca a la Catalunya del segle XVIII: batxillers en medicina, no pas doctors en medicina, graduats a Osca abans que a Cervera; cirurgians romancistes i sagnadors graduats des de 1764 al Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona, més que no pas cirurgians de primera classe. En aquest sentit, la documentació estudiada ha permès mostrar que la major part de les notícies relacionades amb conductes de comú dels metges van procedir de viles i llocs amb volums de població que variaven entre els 20 i els 300 veïns, i que van experimentar un destacat creixement demogràfic al llarg del segle XVIII. A més, la majoria d'aquestes viles gaudien dels beneficis d'una relativa bonança econòmica que els va permetre consolidar aquests professionals de la medicina al seu territori mitjançant el mecanisme de l'acondament com a via de satisfacció de la demanda de serveis mèdics estables. L'exercici d'aquestes pràctiques a viles petites i a altres poblacions rurals va esdevenir la sortida professional d'un gran nombre de sanadors, alguns fills de les pròpies viles. Aquestes pràctiques no van estar exemptes de conflictivitat, ben al contrari, són una font molt evident dels mecanismes de funcionament i de les contradiccions administratives d'aquella societat. Un altre tret característic d'aquest fenomen està lligat amb un alt grau d'arrelament geogràfic i amb el fenomen de les nissagues professionals de tots els practicants del món de la salut. Aquests fets confirmarien la importància de l'herència professional a l'hora d'ocupar i mantenir el lloc d'exercici, així com l'existència probable d'altres fonts d'ingressos paral·leles, com ara la percepció de rendes de la terra, de cases o d'arrendaments municipals. (Zarzoso, 2003, 2006).

El segon cas és el del metge de Sant Feliu de Guíxols, Pere Tauler (1701-1758), que quan va morir va deixar 3.000 lliures catalanes i els deutes, que tenia pendents de cobrar dels seus pacients privats, a l'hospital del qual havia estat el metge aconduït durant dotze anys per 15 lliures anuals. Va donar el llegat de les seves propietats urbanes i rurals a la seva criada amb la condició que si aquesta moria sense descendència tot passés a l'hospital. L'herència demostra que en Pere Tauler s'havia guanyat bé la vida en una vila que a la seva mort no devia tenir més de 3.000 habitants i, com hem vingut dient, el compromís dels metges amb la seva vila els du a testamentar al seu favor.

El tercer exemple és el producte de la minuciosa recerca de Betrán (1996) sobre les polítiques de salut sostingudes pel Consell de Cent de Barcelona entre 1500 i 1714. Posa de manifest, d'una banda, el recurs a l'estat permanent d'alarma respecte al risc d'epidèmies, la constitució de la *Vuytena del Morbo* amb presència de metges i cirurgians per tal de fer el seguiment d'aquestes polítiques i una presència evident de la ciència mèdica en la legislació i els costums (Betrán, 1996:257). El pes tradicional de Barcelona en el Principat contribueix a explicar com a altres viles menors hom pot trobar exemples significatius de la continuïtat d'aquests processos i de la profunditat de la medicalització.

Amb la crisi de 1714 i la implantació de l'ordre borbònic, es van crear unes juntes de Sanitat que mai van ser sotmeses a la planificació global per problemes estructurals, essencialment de distància, i financers (Betrán, 1996:494; Rodríguez-Ocaña, 1990). Les transformacions demogràfiques i econòmiques experimentades per la ciutat de Barcelona al llarg del segle XVIII van fer que la Junta Local de Sanitat de Barcelona hagués de fer front a una immensa activitat en nom d'una idea de la salut pública, d'arrel hipocràtica, que ha mostrat formes específiques de participació per part dels veïns de la ciutat en la seva construcció política: una esfera pública que es feia ressò dels conceptes de bon govern i del significat d'allò públic en matèria de salut (Zarzoso, 2007:669-680).

La reorganització administrativa que va seguir al triomf borbònic de 1714 va afectar de manera substancial la formació dels practicants de les professions sanitàries. La supressió de les universitats catalanes i, en especial, de l'Estudi de Barcelona i del Col·legi de Doctors en Medicina de Barcelona, però també de l'Estudi General de Girona, al costat de la creació d'un únic centre universitari a Cervera va ser una font de problemes des de la seva creació fins a la seva desaparició ja en el segle XIX. Cervera, com hem assenyalat més amunt, no va ser un destí preferent per als estudiants de medicina catalans, sinó Osca. Com a resultat de les necessitats d'aquella societat, els batxillers en medicina graduats a Osca van dominar al llarg de tot el segle XVIII. L'ensenyament mèdic a Cervera no va comptar més que amb l'interès dels professors designats per a aquelles càtedres, sovint procedents d'aquella àrea geogràfica. Ja des de 1717 els catedràtics barcelonins es van oposar a anar-hi. Les mancances estructurals i financeres limitaven Cervera a esdevenir un centre d'ensenyament típicament escolàstic, on va predominar la formació teòrica, llibresca i especulativa. Enfront d'aquesta situació, des del segon terç del segle XVIII diverses iniciatives van arri-

bar fins a les autoritats reials a Catalunya i a la cort, la major part de les quals van topar contra la forta oposició de les prerrogatives existents a Cervera, al protomedicat i a d'altres institucions tradicionals. Al costat d'això, l'Hospital de la Santa Creu de Barcelona i els col·legis professionals, els gremis d'apotecaris, i sobretot el de Barcelona, van continuar fornint aquella societat dels professionals que requeria a partir de les formes tradicionals d'ensenyament i formació i això els va permetre mantenir una presència molt significativa a tot el Principat (Zarzoso, 2003, 2007).

Les autoritats borbòniques van introduir un canvi fonamental a partir de la creació del Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona (1760), d'arrel militar. Aquesta institució, que ja ha estat esmentada anteriorment, va servir per canalitzar la necessitat que tenia la societat catalana de cirurgians romancistes i de sagnadors. Més enllà del caràcter pràctic i modern de la institució en matèria pedagògica, aquest va ser el principal resultat d'aquella institució a Catalunya. Les iniciatives sorgides des de la societat civil per tal de transformar aquella realitat van ser nombroses, però la major part no van fructificar davant la reacció de les institucions tradicionals. Convé assenyalar però la creació de l'Acadèmia Mèdico-Pràctica de Barcelona (1770) per part d'un grup reduït de metges barcelonins. El programa de redreç de la medicina que van impulsar aquells metges acadèmics va ser explicitat de manera progressiva en els decennis següents i, en certa forma, va culminar l'any 1801 amb la creació d'una escola de medicina clínica controlada per l'Acadèmia de Medicina de Barcelona. Aquest projecte de redreçament es va relacionar amb l'únic model o estratègia mèdica que va aconseguir el suport de les autoritats. De fet, es tractava de l'únic model mèdic que responia a les expectatives d'ordre social desitjades i que va trobar ressò arreu de l'Europa del segle XVIII. Aquest va ser el model centralista de salut pública que va trobar el seu lloc en el context del cameralisme germànic. Les característiques fonamentals d'aquest model van ser adoptades pels homes de l'establiment acadèmic de Barcelona com a forma de consolidació institucional i de recuperació de legitimitat davant la societat a partir de la utilitat de la seva ciència. L'Acadèmia de Medicina de Barcelona va lligar els objectius professionals de la medicina a l'anomenada *ciència del govern* i, després de molts entrebancs, va aconseguir la consecució dels seus propòsits a començament del segle XIX, en el moment en què aquest model polític i administratiu de comprensió i regulació de la societat es trobava en un procés de franca desintegració (Zarzoso, 2006).

D'altra banda, l'interès per la salut de la població catalana del segle XVIII no va ser només correspost pels metges, cirurgians, apotecaris i altres guaridors més o menys regulats o oficials, sinó que la recerca duta a terme en els darrers anys ha mostrat com aquella població, majoritàriament rural, va tenir un ampli conjunt de recursos disponibles per tal de confrontar la malaltia. Aquells recursos, existents abans i després del segle XVIII, feien confluïr aspectes humans, religiosos i màgics al voltant de les diferents formes d'actuació davant la malaltia. La societat catalana que descrivim presentava un pluralisme assistencial al qual s'accedia en funció de les necessitats individuals o col·lectives, més enllà de la condició social i del que això significava en aquella societat d'ordres (Zarzoso, 2006).

1. El finançament de l'acció social

A banda de les conductes del comú, el segon pilar del procés de medicalització català va ser la densíssima malla de fundacions baix medievals⁶⁴ derivada d'una cultura ciutadana arrelada al Principat i que, a diferència d'altres regions de l'Estat, arriba al segle XXI, malgrat els processos de desamortització que van tenir lloc des de finals del segle XVIII.⁶⁵ Fins al segle XX, la base del seu patrimoni financer eren els llegats testamentaris i les almoines —sovint en forma de donacions en vida dels vilatans, una pràctica continuada que només comença a entrar en crisi als anys cinquanta del segle XX (vg. Comelles, 2006). La major part de llegats —mobiliaris i immobiliaris—, es posaven a cens emfitèutic, arrendament o censal, emprant estratègies i productes financers que compartien amb els eclesiàstics, la classe dirigent rendista i les oligarquies urbanes entre les quals hom reclutava habitualment els administradors dels hospitals sota control municipal. A més, els hospitals rebien ocasionalment subvencions de les administracions públiques o concessions administratives per rifes o activitats teatrals i arbitris, una tendència que aniria creixent, en general, a mesura que el creixement de la demanda de serveis —sovint pel creixement demogràfic i les crisis de salut—, incrementava la

⁶⁴ A Sant Feliu n'hi havia 10 al segle XVIII. Les controlaven els regidors, l'administrador de l'Hospital i els rectors (Borrell, 2005:27).

⁶⁵ Entre les institucions proveïdores del Servei Català de la Salut hi ha nombroses empreses de gestió controlades per les fundacions municipals hospitalàries procedents de la Catalunya moderna: Valls, Tarragona, Reus, Puigcerdà, Girona, la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, etc. (Vg. Comelles, Daura, Arnau i Martín, 1991).

despesa corrent de les institucions.⁶⁶ Per això, malgrat tres desamortitzacions i la plena inserció de l'economia catalana en el capitalisme des de finals del segle XVIII (vg. Vilar, 1964), els hospitals conservaran un patrimoni i una cultura patrimonial que convé entendre per tal de comprendre la situació de Sant Feliu de Guíxols i la Vall d'Aro. En canvi, el pagament per estada que apareix tímidament amb els bojós i els soldats malalts a finals del segle XVIII, trigarà a generalitzar-se fins a la segona meitat del segle XX.

La clau de volta de la seva persistència és idèntica a la que explica la constància de les conductes del comú fins més enllà de 1960 —en forma d'*iguales*.⁶⁷ Forma part de la profunda articulació en la cultura paccionada civil catalana entre el municipi, el comú com a col·lectivitat de veïns i els serveis que hom espera. Significa que el poder del comú resideix en la disponibilitat de serveis, des de l'ús de terres comunals fins a l'oferta de solucions assistencials com ara els metges conduïts i les institucions hospitalàries a partir de l'obligació moral de les oligarquies urbanes de fer deixes testamentàries a la seva mort per assegurar la reproducció de la comunitat, com un instrument d'identitat col·lectiva.⁶⁸ Hem dit, en altres ocasions, que la presència regular d'aquestes deixes en els testaments —en dir-ho alguns juristes de prestigi com Raimon Noguera— més que una deixa eren una «clàusula d'estil», quelcom del que el testador gairebé no calia que ho establís, ja que ho feia el notari més enllà de fixar-ne la quantitat. El lligam entre ciutadania i serveis al comú, exemplificaren les deixes i que no correspon només a la caritat cristiana sinó a un concepte de filantropia ja arrelat en la teoria política pagana, en la polis o *civitas* revela la profundíssima influència del dret romà en la societat catalana, i explica, com suggereix Assier-Andrieu (2009, com. pers.) que s'emprin instruments financers privats procedents del dret romà per aplicar-los a les

⁶⁶ A l'Hospital de Saragossa (Fernandez Doctor, 1987:125 i seg.) hi havia pensions, almoines, explotació de privilegis, drets i impostos i explotació de propietats i convenis econòmics per llits per a soldats. En aquesta darrera partida, s'inclouen censals, rendes i accions. Tenien poca importància les rendes procedents d'almoines i de llegats testamentaris tal com donen a entendre Borrás Feliu (1980) i Peñafiel (1987).

⁶⁷ Substituïdes les conductes del comú pels metges titulars, els veïns feien un pagament voluntari als metges per assegurar-se els serveis més complets com ara les visites a domicili o d'altres. Aquestes pràctiques, no legals, estaven molt extenses al Principat més enllà de 1967.

⁶⁸ Vg. Porter (1989), Cavallo (1989; 1991).

fundacions. De fet, el dret que regula les fundacions és el privat i això permet a les institucions, fins i tot a les directament vinculades amb els municipis, mantenir la seva caixa independent de la municipal. Si en el cas dels inversors privats, els instruments financers exposats poden ser entesos com escanyapobres, en les fundacions assistencials aquesta idea probablement caldria revisar-la, ja que la inversió en aquests cas no ve d'una necessitat de lucre privat, sinó que té com a objecte prestar i sobretot assegurar un servei a la cosa pública.

La creació de censals, censos emfitèutics o els arrendaments per part dels hospitals, no anava únicament dirigida als particulars, sinó que obeïa a les necessitats de finançament dels municipis grans o de la Diputació del General. Aquest va ser el cas de la Santa Creu a Barcelona, o dels hospitals de València o Saragossa,⁶⁹ però no pot documentar-se per als petits com va ser el cas de Sant Feliu doncs la generació de recursos —almoines i llegats— pels membres del comú no podia ser mai excessiva i els seus patrimonis eren forçosament limitats. En canvi, els ciutadans d'aquestes viles podien comprar censals per finançar activitats comercials o artesanals; o per resoldre despeses quotidianes, deutes anteriors i necessitats urgents particulars.⁷⁰ Molts deutes que motiven la venda de censals a l'hospital corresponen més a dèficits de subsistència de les classes populars que a crèdits per a la producció. Serveixen per resoldre dificultats momentànies⁷¹ o cícliques que desencadenen un «dèficit crònic i estructural» que obligava a alguns col·lectius a endeutar-se permanentment (Ferrer Alòs, 1986:8). Potser, per això, a moltes cartes de creació de censals, hom amaga les raons: la pobresa vergonyant, els dèficits de subsistència i la incapacitat de consum. Altres obligacions, més excepcionals i confessables, inclouen despeses d'enterrament, complir amb els llegats testamentaris,⁷²

⁶⁹ A partir del segle xv hi ha bastants municipis que es financen a través de censals i remuneren els censalistes a un 6,66%. També el rei. A València, el 1536-37 l'Ajuntament pagava 42.472 sous a l'Hospital i altres censalistes (Peset & Gaullera, 1979:115). L'Hospital d'En Clapers de València ja ho feia al segle xiv (Rubió Vela, 1984:62-65).

⁷⁰ A Valls hi ha censals creats pels jurats de la vila al segle xiv, sempre a favor de particulars: un de 1.000 sous venut el 1360 a Guillem de Manresana; un altre de 238 lliures venut el 1376 a Pere Saforresa; un de 600 sous venut el 1383 a Francesca Salellas; un altre de 28.000 sous venut el 1387 a Joan Bosch i un de 28.000 sous venut el 1398 a Berenguer Gallart. Hi ha nombroses referències directes i indirectes, però no es conserva la carta de creació. AHCv, Fons de Pergamins.

⁷¹ Moltes vídues sol·liciten vendre censals entre els segles xv i xvi.

⁷² Per exemple, el censal de deu lliures creat el 1594 per Salvador Rabassó, blanquer de Valls, per poder entregar un llegat que el seu pare havia testat a favor de l'Hospital (AHCv FP).

dots⁷³ i les legítimes o adquirir cases o terres,⁷⁴ per part de diferents sectors socials (vg. Amelang, 1986; Comelles, 2006).

Artesans i comerciants van ser els principals demanadors de censals (vg. Comelles, Daura, Arnau i Martín, 1991), la seva compra als hospitals representava un paper econòmic no negligible a les viles petites, afavorit per la flexibilitat dels seus objectius (per a Sant Feliu vg. Borrell, p. 27-30), que els permetia adaptar-se a les circumstàncies. Per això, a finals del XVIII algunes municipalitats volien fusionar els patrimonis d'hospitals i obres pies per disposar de més capacitat de finançament.⁷⁵ A tall d'exemple, una capbreuació de 1605, l'Hospital de Valls tenia més de 86 hectàrees de propietats rústiques i uns vint-i-cinc edificis entre cases i corrals. La vila tenia uns 2.000 habitants. Del patrimoni rústic, una part estava en arrendament o amb emfiteusi però sembla evident que els censals donaven més rendiment que l'explotació directa.⁷⁶ El cas de Sant Feliu de Guíxols és semblant. A finals del segle XVIII, els censals, en un temps en què el seu rendiment ja havia disminuït al 3%, n'eren el 80% dels recursos ordinaris (Borrell, 2005). Tots dos casos no en són una excepció. A la primera meitat del segle XIX, liquidat l'Antic Règim, el pes de rendes derivades de censos i censals a sis hospitals de la Catalunya ja capitalista és molt significatiu (quadre 1).⁷⁷

⁷³ Un cas és el censal de deu lliures que Caterina, vídua de Pere Negre, hortelà, i el seu fill creen el 1582 a favor de l'Hospital per pagar la dot de la seva filla i germana Magdalena en casar-la amb Joan Sales, ferrer. N'hi ha dos casos sobre quaranta-nou.

⁷⁴ De quaranta-nou censals, catorze fan referència a la compra de cases o peces de terra. tretze censals entre 1773 i 1859 són per comprar terres i tretze per comprar cases, sobre una mostra de trenta-dos.

⁷⁵ I que durà a l'Ajuntament a crear una caixa d'estalvis el 1909.

⁷⁶ El rendiments dels vuit censals capbreuats és de 19,37 s. —quasi una lliura—, mentre que la dels cinquanta-vuit censos no arriba a tres sous anuals (2,65 s). per tant, el 50,61 % del recursos corresponen als vuit censals i podem comprendre perquè l'hospital s'estimava més amortitzar béns immobles i amb el líquid adquirir censals (Comelles, Daura, Arnau & Martín, 1991).

⁷⁷ A Castella, Carasa (1987:380) troba un 6% a finals del XVIII; Fernandez Doctor (1987:156-9) 13,6% el 1767 a Saragossa; Hospital General de València (1844-47) 4,9%; *Casa de Misericordia* de Segovia 7%; *Segunda Casa de Socorro* de Madrid en 1848: 4,4%; *Hospicio* de Oviedo en 1848: 0,17% (Carasa 1985:128-140). Les proporcions són fruit de la crisi del sistema a Castella i al País Valencià des del segle XVIII (Peset i Graullera, 1979). A Catalunya, el sistema es manté fins a finals del segle XIX (Terradas 1984:132-170). A principis del segle XX encara un 5 i un 12% dels ingressos mitjans de les fundacions ho eren (Carasa, 1985:138).

Quadre 1. Fonts d'ingressos de sis hospitals catalans a mitjans del segle XIX⁷⁸

Concepte	Valls 1847	Alcover 1847	Reus 1855	Manresa 1834	St. Feliu Guíxols 1837	Barcelona Santa Creu ⁷⁹ 1847
Producte de finques pròpies	49,2 %	2 %	42 %	34,4 %	5,06 %	61,56 %
Pensions de censals i censos	36,8 %	65,6 %	31,7 %	54,5 %	8,07 %	22,65 %
Arbitris	13,8 %					
Almoines		32,3 %		3,5 %	82,26 %	
Rendes diverses				1,9 %		15,79 %
Altres				5,7 %	4,58 %	

La importància de l'economia censalista als hospitals locals catalans ve del fet que entre un i dos terços dels seus ingressos hi estaven compromesos. A Sant Feliu de Guíxols entre 1728 i 1735 arribaven a un 93,4% (Borrell, 2005:16), una proporció que desborda en molt les xifres d'altres hospitals més grans o de fora de Catalunya, on tenen una participació per sota de proporcions inferiors al 10%.⁸⁰ Probablement a tots els hospitals catalans, abans de 1750, les rendes depenien més dels censals, per la generosa taxa d'interès superior o igual al 5 % que el 1750 quedaria reduïda al 3 %. Els arrendaments, amb l'excepció del regadiu, rendien menys i, durant i abans del segle XVIII, els censals donaven seguretat de rendes a molt llarg termini i només hem trobat retards excepcionals en els pagaments, i mai en les execucions. L'almoïna té un paper secundari i amaga donacions patrimonials (Borrell, 2005).⁸¹

Si el mercat censalista dels hospitals era les classes menys afavorides, no està clar si la compra de terres per mitjà de censals, per part dels artesans, té el caràcter d'un complement per a la subsistència o si significa també una forma de capitalització de l'excedent. A tot Catalunya, la funció de l'hospital com a institució de

⁷⁸ AHMV, «Sanitat i Assistència Social»; Alcover (Roca, 1984:16-17); Reus (Anguera (1990:63-64); Manresa (Ferrer Alós, 1987:499); Sant Feliu (Borrell, 2005); Santa Creu (Pérez Nespereira 2003:35-36).

⁷⁹ Aquests percentatges han de considerar-se inferiors ja que manquen els productes de les rifes (Pérez Nespereira, 2003:35-36).

⁸⁰ Vg. Carasa (1988) pel cas dels hospitals castellans.

⁸¹ Rubio Vela (1984) ho va fer notar a l'Hospital de Clapers a València al segle XIV.

crèdit és un fet socialment assumit en la mesura que el censal forma part de la cultura i la vida quotidianes i el Mont de Pietat encara no està inventat. Per això, els que testen a favor de les fundacions fan també donacions i llegats en forma de consigna⁸² de terres o de censals.⁸³

El paper creditici dels hospitals catalans locals, té efectes evidents, al nostre parer, en el seu significat dins el regiment de la cosa pública. En un estudi precedent (Comelles, Daura, Arnau & Martin, 1991) vam intuir que no es podien aplicar als hospitals prestadors de serveis, els arguments de lucre a partir dels censals —i les crítiques— als prestataris particulars com ara els privats o els beneficis eclesiàstics. Per tant, la significació del censal en relació amb l'Hospital o amb l'obra pia, malgrat que participi de la teranyina económicofinancera, no pot ser la mateixa puix que el que ven un censal a l'hospital sap que aquest forma part de la seva pròpia estructura de protecció social, sobretot quan la subsistència de la pròpia institució és la garantia de la funció que se n'espera dins el regiment de la cosa pública. És l'*embodiment* en la *Gemeinschaft* catalana peel conjunt de la societat del significat d'unes fundacions, avalades per la confiança col·lectiva en una cultura jurídica, que en possibilita la projecció de futur. Cultura que remet a una concepció del dret privat, construïda sobre procediments de mediació escrits, fonamentada sobre una fe pública en què el paper de notaris i jurisconsults és un paper actiu en el fet de generar documents legals, i una experiència de generacions —l'autoritat del passat— en l'ús dels instruments jurídics cosa que permet que els canvis polítics —els Decrets de Nova Planta absolutistes o el constitucionalisme espanyol posterior a 1812— o econòmics, és a dir que l'articulació amb el capitalisme no afecti en allò essencial als usos locals més enllà de determinades hibridacions culturals indispensables.

La disseminació d'aquesta cultura, no solament entre els ciutadans honrats —la *gentry* del Principat— sinó també entre artesans, burgesos i classes populars en permet la reelaboració permanent en no estar sotmesa tant al dispositiu judicial com al fedatari públic convertit en mediador permanent dins el marc d'una legislació que sovint no baixa a regular detalls determinats. Això va permetre a Josep

⁸² Per mitjà de la consigna, el receptor de la donació o llegat testamentari es converteix en censalista, d'un préstec realitzat per un testador.

⁸³ AHCV *Fons Mercadé*. Un exemple és la consigna de nou censals amb un capital total de 13.703 lliures i una pensió anual de 411 que Ramon Yxart i Jané fa el 1814 a favor de l'hospital.



Façana de l'Hospital de Sant Feliu de Guíxols. MHSFG

Pla afirmar que la reforma agrària a l'Empordà no la va fer la legislació estatal o els jutges, sinó els notaris de Pals i de Torroella.

Si retornem a l'argument de Louis Assier-Andrieu (2011) respecte al significat de l'autoritat del passat —entesa com una dialèctica permanent entre les solucions pràctiques per resoldre conflictes en el passat que poden ser emprades de nou per ajudar a resoldre els conflictes presents— en la pràctica jurídica com un dels trets més interessants de la *common law* anglosaxona, la impressió que hom té de la pràctica jurídica i política associada al dispositiu d'acció social del Principat després de 1716 i fins avui mateix, és que preval una concepció de la cosa pública que exigeix que aquest dispositiu romangui en mans o sota el control, aprofitant els avantatges que representa el terreny del dret civil per anar més enllà i adaptar-se més fàcilment als canvis socials econòmics i polítics en un Estat espanyol cada cop més feble (vg. Ucelay da Cal, 2007:39 i seg.), que intenta compensar-ne la feblesa

amb autoritarisme, per la seva incapacitat secular de construir un consens polític entorn al regiment de la cosa pública. Contrasta el furor legislatiu i reglamentista de l'Estat, amb la seva manca de pragmatisme en el debat sobre la pràctica política: és a dir sobre l'acció i la intervenció més enllà de l'ús de la força, en la mesura que el dèficit de civilitat, producte precisament de l'autoritarisme, impedeix que els súbdits puguin esdevenir ciutadans conscients del significat col·lectiu de la cosa pública, i participis en el seu regiment.

Per això, contemplar el censal com el que finança institucions aplicant la idea d'extorsió, que s'escau del préstec dels particulars és probablement un error de percepció derivat d'una mirada presentista sobre el passat. El significat de les institucions per a les classes populars és precisament el que els permet acceptar l'estamentalisme de la societat, perquè a canvi hi ha una prestació física de serveis. El censal a l'hospital, o les petites deixes que hom troba en la majoria de testaments de tots els grups socials, posa de manifest un compromís col·lectiu i no solament estamental. Està clar que hom és conscient que les deixes de les famílies de la *gentry* són més importants i poden aparèixer reflectides en plaques commemoratives, però la consciència que cal deixar alguna cosa és transversal a la societat i no es pot concebre com una forma d'extorsió. D'altra banda, resulta interessant que la compensació dels censals del beneficis eclesiàstics sigui dir missa pels difunts. La secularització de la societat va anar arraconant aquesta faceta, no l'altra.

El significat de les institucions a escala local i la seva estructura financera, les va articular profundament la *Gemeinshaft* local i va ajudar a entendre la seva vinculació a la cosa pública i a la identitat del comú. Explica la ferotge resistència dels municipis i de les classes dirigents locals a Catalunya davant els intents de les autoritats borbòniques o de l'Església de centralitzar la xarxa, i concentrar-la a les capitals de corregiments que segueixen sota l'Estat liberal.⁸⁴ L'argument per defensar les institucions, a Sant Feliu o a Valls no va ser mai sentimental, sinó el fruit de la consciència ciutadana del significat de l'hospital en l'atenció de les necessitats (vg. Borrell, 2005:31-38) i la manca d'alternatives assequibles.

Per aquest motiu, la majoria d'hospitals locals catalans a finals del segle XVIII van avançar cap a processos d'especialització per racionalitzar-ne l'oferta de serveis,

⁸⁴ Explica en part també el model sanitari català fruit del experiment inicial fet amb Sant Pau de Barcelona el 1977-1978 per poder salvar l'hospital de la fallida (Comelles, 2006), i institucionalitzat a Reus (Anguera, 1990) o a Valls (Comelles, Daura, Arnau & Martin, 1991).

separant les cases de misericòrdia i enviant-hi els innocents i els orfes, i al segle XIX convertint la sala singular de dementes de la Santa Creu, en manicomi. Aquestes reformes són la conseqüència de noves idees, d'un creixement de la demanda, doncs el creixement econòmic, protocapitalista a Catalunya va produir creixement demogràfic –Sant Feliu va doblar la seva població (Borrell, 2005:13 i 39) i Barcelona la va triplicar— i això va repercutir en un increment de la demanda d'ingrés i de la despesa corrent en un context de disminució de rendes. Part d'aquesta era per les conductes amb metges i apotecaris i per medicaments, i això obligava als municipis a subvencionar els dèficits.⁸⁵ En els hospitals petits, com Valls o Sant Feliu, la caixa municipal podia aportar subvencions o cedir alguns arbitris però també significava assumir inversions per reformes en les fàbriques i sovint en personal tècnic, fossin les paüles o altres ordes menors per tal d'assegurar una millor qualitat assistencial.

Si a Valls Mossèn Cesat va liderar la modernització de l'hospital local, el 1798 algú escrivia que el de Sant Feliu ja no s'oferia únicament als pobres doncs «aquella misma casa que antes no presentaba más que horrores y cuyo albergue desdeñaban hasta los mismos pobres, hace ahora todas las diligencias de estos y si es permitido decirlo así, excita aun la envidia de los Ricos. La pobreza y la mendicidad toman en ella un semblante risueño. Las enfermedades desaparecen luego porque se suministran todos los auxilios y recursos del arte. Ni se une este influxo a los estrechos límites de aquella casa, toda la Villa participa de sus socorros y todos los individuos logran asi sin mover de sus ogares, muchos remedios para sus necesidades» (Borrell, 2005:24).

Creiem que no hi ha dubtes sobre el significat de l'hospital en la cosa pública, és coherent amb l'evolució del significat dels metges, cirurgians, practicants, llevadores i farmacèutics en la societat finisecular. I això, no solament a Barcelona, també a la ruralia (Zarzoso, 2006). El metge esdevé un recurs que se situa dins la cultura civil paccionada i esdevé un punt o un pilar central en els complexos assistencials dels ciutadans.⁸⁶

⁸⁵ Vg. Anguera, 1990:21 i seg.; Comelles, Daura, Arnau & Martín, 1991; Borrell, 2005. A Sant Feliu el cost en medicines, metges i cirurgians creix més que l'alimentació (Borrell, 2005).

⁸⁶ Sobre el pluralisme assistencial a la monarquia espanyola vg. Ballester, López Terrada & Martínez Vidal (2002), un monogràfic de la revista *Dynamis*.

Les polítiques centralistes espanyoles, que des de la Guerra dels Comuneros a principis del segle *xvi* han estat profundament antimunicipalistes, semblaven fetes per castigar aquesta política paccionada. La primera va consistir en reduir els interessos dels censals del 5 al 3 % el 1750,⁸⁷ una mesura populista destinada a castigar els sectors antiborbònics de la societat catalana, però que va tenir com a efecte col·lateral la reducció de les rendes dels hospitals locals.⁸⁸ A Valls, la reducció va ser del 40 % de les rendes directes, cosa que, el 1766, va obligar el municipi a aportar cent lliures anuals del pressupost per a l'hospital (Sales, 1962:25). Fruit de la crisi de rendes a Catalunya, els propietaris van lluir molts censals per invertir-los en compres de terres, concessió de terres a rabassa i, en general, desviació de capitals a l'agricultura i la indústria (Ferrer Alòs, 1987:493), però les institucions no podien operar com els propietaris en la mesura que els llegats testamentaris a les institucions no permetien alliberar les propietats de les fundacions.

Malgrat que el flux de llegats a les institucions va romandre actiu fins després de la Guerra Civil espanyola, i assegurava un increment patrimonial, la rigidesa de l'economia censalista i rendista dels hospitals i el baix rendiment de les rendes no va permetre mai mes compensar l'enorme creixement de despesa corrent. S'hi afegien, des de 1750, l'obligació d'atenció de soldats malalts o ferits als hospitals que només des de 1803 es va compensar amb el pagament per estada. En canvi, les experiències de desenvolupar sistemes gremials d'assegurança social a finals del segle *xviii* (Zarzoso, 2007) no van permetre generalitzar el model ja que el constitucionalisme modern era contrari als gremis, malgrat que en la mateixa època als principats alemanys va ser una solució de transició fins a l'assegurança social de Bismarck (von Bueltzingsloewen, 1996).⁸⁹ A Sant Feliu la situació era tan dramàtica que el municipi volia que l'Estat cedís «el arbitrio competente de censales de la Causa Pia de Panyelles del Monasterio benedictino de esta villa dedicada a pleitos y que rentan 35000 reales al año o el arbitrio de derecho de mercaderia el comun de esta villa o alguna suma anual de las Bulas para poder comer carne, y hacer rifas» (Borrell, 2005:20), per tal de disposar d'un coixí regular de rendes més elevat.

⁸⁷ Taxa d'interès 7,14 % (segle *xiv*); 5 % (segle *xv*); 6,66 % (segle *xvi* i *xvii*), 5-3 % (segle *xviii*) a Ferrer Alòs, 1987:492

⁸⁸ Al País Valencià, el sistema censalista feu fallida cap a 1740 (Peset i Graullera, 1979:120).

⁸⁹ L'atenció als bojos a la Santa Creu suposava el pagament per estada (vg. Comelles, 2008).



Sala de malalts comuns de l'Hospital de Sant Feliu de Guíxols, 1929. Autor desconegut. AMSFG. Fons Hospital.

A Alemanya, on la crisi del finançament censalista dels hospitals comença amb la Pau de Westfalia,⁹⁰ l'evolució de les institucions i l'existència de discursos orgànics sobre el paper de la policia mèdica en la governança de l'Estat van dur al cameralisme i aquest acabaria propiciant el desenvolupament de les assegurances socials o mutuals que conduiria a la segona meitat del segle XIX, a la creació de les assegurances públiques a l'Alemanya de Bismarck (Sigerist, 1984). Aquesta transició va ser possible a Alemanya pel caràcter confederal de l'Estat i el paper que juguen les ciutats lliures, els gremis i el moviment obrer. No va ser el cas a Catalunya, en la mesura que el constitucionalisme espanyol volia municipis febles en un estat que seria inevitablement feble, i que intentaria arrambar amb els

⁹⁰ Fritz Dross (com. pers.) suggereix que el model alemany era similar al català però només fins a la Pau de Westfalia. Vg. Aspelmeier: «Das beim haus nutz und kein unnutz geschehe» Norm und Praxis der Wirtschaftsführung in kleinstädtischen Spitälern am Beispiel von Siegen und Meersburg, in: Sebastian Schmidt, Jens Aspelmeier (Hg.), *Norm und Praxis in der Armenfürsorge in Spätmittelalter und früher Neuzeit*, Stuttgart 2006, S. 169-190, que revisa l'estructura financera d'alguns hospitals alemanys.

usos i costums procedents de la cultura paccionada per una legislació basada en principis abstractes i deslligats de la diversitat i la realitat locals.

El centralisme posterior a 1714, que encara perdura, volia atacar de soca-rel l'autonomia municipal i substituir-la per una cultura política molt més jerarquitzada en la qual el municipi només fos la cua d'un sistema piramidal de poder. Aquest model va triomfar a França perquè l'Estat va saber drenar l'acció política, econòmica i ideològica al conjunt de l'Estat a partir de cossos de funcionaris eficients. A Espanya, en canvi, en camps essencials per a la cosa pública com l'acció social i sanitària o l'educació va caldre esperar fins a finals del segle xx per tenir polítiques específiques d'estat. La forma com l'Estat es desentén de les seves obligacions posa de relleu i explica que, a Catalunya, en cap moment la ciutadania pensa en una alternativa diferent a la local per assegurar la continuïtat de les institucions de protecció social, i la seva conseqüència va ser seguir jugant en els límits entre el dret públic i el privat, o dit d'una altra manera emprant les esclatxes legals del sector privat per resoldre la inoperància del sector públic.⁹¹ Malgrat el mite d'uns hospitals locals autàrquics i arcaïtzants, les institucions del Principat seguiran exercint un paper estratègic en el regiment de la cosa pública, en els fluxos econòmics i en la medicalització, a partir d'una defensa aferrissada de l'autonomia de les institucions que enllaçarà el 1981 amb el nou model de provisió de serveis per a fundacions municipals a la Generalitat restaurada.

⁹¹ Probablement el cas més emblemàtic va ser el de la «privatització» de la Santa Creu a finals del segle XIX (vg. Comelles, 2006:80-85).

TERCERA PART

L'estat liberal i el procés de medicalització a la Vall d'Aro

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

(Leopoldo Oliu, 1880, *Estudio topográfico médico de San Feliu de Guíxols*)

1. El medi de la Vall d'Aro

La vall del Ridaura separa els massissos de les Gavarres i de l'Ardenya, i canalitza les comunicacions des del Gironès i la capital amb el port de Sant Feliu de Guíxols i el mar a Platja d'Aro. Aquesta conca ha estat tradicionalment una unitat geogràfica, històrica i cultural i, des del punt de vista administratiu, se situa a la comarca del Baix Empordà, on va ser inclosa en la divisió territorial del 1931. Els tres municipis —Sant Feliu de Guíxols, Castell-Platja d'Aro-s'Agaró i Santa Cristina d'Aro— tenen una extensió total de 106,30 km².⁹²

El 1880, el metge Leopoldo Oliu va remetre a l'Acadèmia de Medicina de Barcelona la topografia mèdica manuscrita de Sant Feliu de Guíxols. Aquest document presenta limitacions pel seu esquema rígid d'organització interna, pel seu naturalisme radical basat en l'autoritat de l'observador i per l'interès nul per la paraula dels observats. Malgrat tot, el relat és una diapositiva del Sant Feliu de 1880, i si hom vol, la seva narrativa va més enllà i ofereix pistes extremadament interessants allà on la contextualització és possible. Per això, hem optat per emprar-lo com una font etnogràfica, sanitària i històrica que ens permeti acostar a la fase del procés de medicalització que correspon a la constitució de l'Estat liberal i

⁹² Són 15,6 km² de Sant Feliu, els 21,9 km² de castell i els 67,8 de Santa Cristina. Una síntesi sobre la Vall d'Aro és a Jiménez (2005); Bussot (2006) i Alemany *et al.* (2008).

al període d'assumpció, pels metges, d'un paper explícit d'experts en el context de l'Estat modern. Com totes les topografies, Oliu fa primer una descripció acurada del medi físic i geogràfic.

El paisatge de la Vall d'Aro el conformen els boscos immensos d'alzina surera, un dels arbres més bonics del bosc mediterrani per l'extraordinària bellesa de la seva escorça.

La silvicultura está reducida al alcornoque (*quercus suber*); porqué, respecto a las demás plantas de bosque, no hay cultura de ninguna clase; y apenas si existe y otra planta, excepción hecha del pino en poca extensiva en todas esas colinas, que esa riquísima que da el corcho más estimado del mundo. Y aún a pesar del producto que rinde, nada minuciosos son los cuidados con que se le atiende. Pero como que el resultado que el alcornoque produce es palpable e inmediato, no sufre la suerte de las demás plantas forestales, cuyos bosques hemos visto caer y no repoblar, con gravísimo perjuicio de la agricultura y de la higiene (Oliu, 1880:42).

Creix sobre el granit que «forma la parte principal de las eminencias que rodean y en que en parte se sienta San Feliu de Guíxols, extendiéndose en capas estratificadas llamadas por los geólogos estratificación concordante con la arcilla, de potencia variable según los parajes en que se la observa. La lenta descomposición del cemento feldespático ha hecho fácil el desmoronamiento de extensas superficies resueltas en arcilla y arena silíceas y de ahí la forma redondeada de cuantas colinas se ven en los alrededores de esta población y es seguramente lícito augurar su aplanamiento más o menos remoto» (Oliu, 1880, 10). Un paisatge amb feixes mediterrànies de murs de pedra seca, barraques de vinya i «colinas que unas con otras se eslabonan, rodean tan de cerca la población que el horizonte es excesivamente reducido do quieras e dirija la mirada, como no sea por la parte este, donde se diría que el mar ha arrebatado un segmento al circulo de colinas. Puédase pues comparar el fondo que ocupa San Feliu de Guíxols a una cuenca imperfecta. El suelo de los alrededores está constituido casi exclusivamente por el granito, el terreno arcilloso y el arenoso, aislado o en mezcla en la mayoría de parajes, que es donde la vegetación por su vigor forma un contraste con la mayor parte de terrenos vecinos, los cuales, duros y muy pendientes, rechazan el agua de las lluvias que pasan, sin detenerse, mas al parecer para lavarlas que para sostener una vegetación raquítica» (Oliu, 1880). Aquesta orografia «es quebrada



Dones remendant a la platja de Sant Feliu de Guíxols. Fons i autor Francesc Llorens Compañó. AMSFG

y desigual y hace dificultosos los higiénicos paseos por el campo. La campaña de poco horizonte y con tantos abruptos y quebrados, ciñe la vida de estos habitantes al recinto de la villa de la que apenas si salen más que para sus bulliciosas firas al vecino Castillo de Aro y sus frecuentes meriendas en la hermosa playa; ejercicio insuficiente para la generalidad de estos habitantes a quienes inútilmente encarga el médico una mayor actividad, que les sería tan útil para toda esa serie de reacciones físicas y morales que tanta influencia ejercen sobre la salud» (Oliu, 1880).

Passejades i aplecs eren possibles durant l'estació càlida —l'estiu amb poques precipitacions—, però també durant uns hiverns relativament suaus, una pràc-

tica que els higienistes defensaven. Les pluges irregulars eren de curta durada, i a vegades intenses. Les més importants venien amb els vents de llevant que com el «garbino [tiene] una influencia depresiva muy manifiesta. La influencia de los vientos sobre el organismo es reconocida y no es extraño que el Dr. Paganel explicase por tal medio cierto estado de ánimo de sus compañeros en una de las venturas descritas en la ficción de Verne» (Oliu (1880:57). Els punts més alts dels massissos de les Gavarres i d'Ardenya tenen una variació climàtica respecte a les zones més planeres del voltant. A les parts més elevades, les temperatures són entre 2 i 3° C inferiors i, si a Sant Feliu de Guíxols i a Santa Cristina hi plou de mitjana uns 650 l/m2 l'any, al cim de Cadiretes, del Montclar o altres zones elevades sobrepassen els 800 l/m2.

La circulació interna de l'aigua en els massissos granítics de l'Ardenya i de les Gavarres té lloc per l'atapeïda xarxa d'esclètxes que compartimenten la roca, cosa que fa que, en determinats indrets, l'aigua surti a l'exterior de manera continuada al llarg de l'any, fins i tot a l'estiu, «esta circunstancia de la humedad del subsuelo, tal vez explique el buen desarrollo y beneficioso cultivo de algunos frutales, especialmente la higuera y el manzano, que alcanzan notable crecimiento; lo mismo que el peral y el melocotonero, que se crían con resultados beneficiosos» (Oliu, 1880:38). És una zona fèrtil amb fonts i deus arreu que han anat desapareixent o s'han assecat els darrers anys.

La flora es mediterrània amb alguns endemismes «de las plantas que viven en las arenas de las playas y mucho menos de las que bordean el lecho salásico. No se busque el tamariz (*tamarix gallica*) a más allá de tres kilómetros de la costa. No busquemos tampoco a la misma distancia el culminante pílalo coronado de flores de las frondosas e innumerables pitas aquí plantadas, como tampoco las abundantes higueras chungas (*cactus opuntia*), ni aun la notable abundancia del hinojo (*anethum foeniculum*) cuyas aromáticas univelas ofrecense a nuestros ojos. En cambio las labradas están menos representadas y raramente se nos ofrece el romero (*rosmarinus officinalis*) con poca más frecuencia el espliego (*lavandula vera*) y no son abundantes, el tomillo y el cantueso (*lavándula spíca*). Todas habitan sin embargo, de un linde a otro, esta región cualquiera que sean su abundancia y su desarrollo».

«Las plantas cultivadas, lo son en huertas, campos y bosques. Es común que se resientan estas hortalizas de un exceso de cultivo y, en general el sabor dista mucho del que tienen las de las huertas de otros puntos de Gerona, donde son



Pagesos a la vall de les Comes, als afores de Sant Feliu de Guíxols, prop la serralada de l'Ardenya. AMSFG

exquisitas. Y no vacilaríamos en atribuir buena parte de su bondad a las aguas del Ter con las que se riega aquel fértil llano. Aquí se hace extrayendo las aguas subterráneas cuyo lecho es el nivel del mar por aparatos consistentes en una bomba movida por un molino de viento, o dos y aun tres bombas que, por medio de engranajes, son puestos en movimiento por una caballería».

«Es notable el desarrollo que adquieren la col y sus congéneres, al contrario de lo que se ve con la escarola, que tiene comúnmente poco desarrollo y resulta como coriácea. Respecto a la primera por la costumbre de ir arrancando las hojas inferiores que se destinan al ganado, llega la col a adquirir alturas de dos metros. El nombre de la villa de Calonge deriva seguramente de collíslonga no cabe duda cuando se ve que ocupa una col el primer cuartel de su escudo. Las producciones de los campos inmediatos y con ella, y más especialmente, las del vecino valle de Aro, son exquisitas y muy estimadas en las inmediatas poblaciones importantes y sobretudo en el mercado de la capital, donde los guisantes tempranos y sabrosos

del valle de Aro, rinden anchamente a los muchos que los cultivan. Al lado de la col, de cuyo desarrollo en este país nos hemos ocupado, podríamos poner las plantas de raíz tuberosa, nabo, remolacha, rábano y zanahoria» (Oliu, 1880:35).

Malgrat aquesta descripció «hay muchos brazos y poca tierra y esta se trabaja mucho. Esto explica tal resultado. Distase mucho con todo de obtener toda la ventaja apetecible. Hay poco ganado y por consiguiente pocos estiércoles; que si muchos hubiera, tendrían grande aplicación las aguas subterráneas que en muchos puntos del Valle de Aro se ponen de manifiesto a un metro del nivel del suelo. Este elemento de riqueza no se aprovecha o, en general, se aprovecha muy imperfectamente, y son por lo tanto exiguas las ventajas que proporciona. Esta circunstancia de la humedad del subsuelo, tal vez explique el buen desarrollo y beneficioso cultivo de algunos frutales, especialmente la higuera y el manzano, que alcanzan notable crecimiento; lo mismo que el peral y el melocotonero» (Oliu, 1880:38).

En aquest paisatge «hay muy pocos viñedos. Lo común es plantar las cepas a cosa de medio metro una de otra en líneas o tiras distantes entre sí por lo menos cuatro o cinco metros, en cuyos intermedios alternan las cosechas de verano y las de invierno como en los campos destinados exclusivamente a este cultivo. El de la vid se reduce a algunas cavas que empiezan con las primeras lluvias; al arrodigonamiento y la poda que se efectúa des de pasada la época de la vendimia hasta que mueven las yemas, aunque es más común en febrero y marzo. Es también de práctica común el azufrar porque con ello se salva una mitad, de la acción destructora de la fhisca cuyo género pertenece también el insecto que devasta los olivares. Hemos visto también emplear la cal en vez del azufre con resultado superior al que se obtiene con él. El olor característico del azufre se nota en algunos vinos que no se han trasegado bastante. En el indicado cultivo puede tal vez buscarse la causa de que se pudra cantidad de uvas bastante en muchos casos para rebajar su calidad».

«La vendimia se efectúa groseramente. No se recuerde el pie del racimo, no se escogen las uvas, se conducen apretadas y despachurradas en las aportaderas y se van echando a llagar a medida que se recolectan; con todo lo cual empieza la serie de imperfecciones que constituyen aquí, como en tantos otros puntos, la vinificación. La masa que se pone a fermentar es variable, pero casi siempre bastante para que la temperatura desarrollada por la acción química, alcance a la propia de la fermentación acética. Por otra parte la boca de llagar se tapa con



Imatge aèria actual de Sant Feliu de Guíxols, amb Castell d'Aro al darrere i la Platja d'Aro a la dreta, al fons. Procedència J.Faz. MHSFG

mantas, con lo cual se dificulta la conveniente acción del oxígeno del aire que es quien debería determinar la acción. A las condiciones de color y de luz hay que añadir las del suelo y subsuelo, el cultivo y la acción dudable de los vientos reinantes, reconocida en Andalucía donde se dice que con sud o este y levantes crecen melones pujantes».

«No estamos en el caso de juzgar y nos limitaremos a atribuir a este conjunto de causas la poca cantidad de azúcar de nuestras uvas, la cual no excede de un medio de 14%. A esta pequeña cantidad de azúcares consecuentemente debida la pequeña que de alcohol resulta en el vino. El sabor de estos vinos es comúnmente muy áspero porqué ha fermentado el mosto con todo el orujo. La conservación no hay que decir que es por demás insegura y en general no se abren las cubas más que para despachar rápidamente su contenido. No son comunes las sofisticaciones de los vinos en este país. El precio subido que va alcanzando el producto y las relaciones a que dará lugar la escasez de los países filoxerados, tal vez levante del abandono que en casi toda España sufre esta industria agrícola, de la que alguien ha dicho, con más o menos exageración, que con el producto que pudiéramos

obtener de ellas esos tendría el gasto de veinte naciones» (Oliu, 1880:75-87). Tot això s'ha transformat profundament. La denominació Costa Brava,⁹³ fa un segle, per anomenar la costa de Begur a Blanes, i la terciarització de l'economia han provocat la urbanització de tot el territori.

2. Les dones i els homes

Només des del mar és possible contemplar Sant Feliu, «por su topografía especial. Nada ofrece de particular; ningún sello especial la distingue de sus similares que forman un conjunto como un rosario de blancas cuentas tendido a lo largo de esta costa. Parece en primer término el hermoso paseo que en su mayor parte dividen en cuatro seccion e cinco hileras de hermosos árboles que un abundante riego mantiene en un estado de lozanía y desarrollo que hacen de dicho sitio un lugar ameno y agradable. Parten de dicho paseo, en dirección paralela entre sí y perpendiculares a aquel, dos anchas calles, especie de pequeñas calzadas con su arbolado que, al dar vida por sus hojas, dan bella apariencia a esos lugares que son los más estimados de la población».

«Las casas, en general, ofrecen las desigualdades que se observan en todas las poblaciones antiguas y es un contraste el pobre tugurio en que habita el trabajador dedicado a la faena dura del campo, allado de una construcción elegante en que han corrido parejas la comodidad y el lujo; de que hacen ostentación sus moradores; ofreciéndose un compendio de las veleidades de la fortuna que como en pocos lugares, se manifiestan aquí y tal hijo de esta localidad de modestísima posición ayer, levanta hoy, después de próspera suerte, edificios que son para la población un adorno; o con sus benéficas obras se hace acreedora las bendiciones de sus compatriotas que pronuncias su nombre con el respeto que merece una caridad grande y consoladora. Tal otro a quien la fortuna había acariciado con sonriente halago, cae de la misma altura a que la suerte le elevó. Y estos vaivenes, propios del comercio con sus transacciones estan rápidas hoy día, han de tener mucha parte en el modo de ser general de esta villa. Las casas son comúnmente de poca altura y blanqueadas por su exterior, lo cual en días claros de verano es causa de fortísimo calor y de una cantidad tan grande de luz reflejada, que mere-

⁹³ Pla, Josep. *Guía de la Costa Brava*. Barcelona: Destino, 1945. Hi ha reedicions posteriors. L'edició original és del 1941.



Sureda a l'Ardenya, prop de Sant Baldiri. Autor C. Freginals. Col·lecció Carne Arxer. AMSFG

ce fijar seriamente la atención, ya que en este país, según tendremos ocasión de consignar, entran por mucho en el cuadro de afecciones de este lugar las oftalmias, indudablemente sostenidas por tales reflejos deluz» (Oliu, 1880).

Un cop desembarcat, el viatger, «sea cualquiera la parte por donde deje uno el recinto de la población, el terreno se eleva de un modo más o menos desigual, hasta las próximas colinas que, en una alineación no interrumpida, circundan esta villa; son todas ellas de pequeña altura y formando como una égida que la pone en parte al abrigo de los vientos. Rodean tan de cerca la población que el horizonte es excesivamente reducido do quieras e dirija la mirada, como no sea por la parte este, donde se diría que el mar ha arrebatado un segmento al circulo de colinas. Puédase pues comparar el fondo que ocupa San Feliu de Guíxols a una cuenca imperfecta» (Oliu, 1880:34).

La ciutat ja era un exemple de la profunda transformació demogràfica, econòmica i social de tota la costa catalana. A la Vall d'Aro la població es va duplicar, dels 6.000 habitants de l'any 1800, als 12.000 del 1905 i això malgrat les epidèmies de 1837 i 1884 (Borrell, 2005) i l'emigració, ja que «el ejemplo de riquezas obtenidas en ultramar, estimula a muchos jóvenes de este país a lanzarse a América a probar los azares de la fortuna, en seguimiento de la cual gastan algunos sus mejores años, para obtener la poca costa de inmensos sacrificios y volverlos más con un desengaño por toda riqueza después de exponer su vida en cien peligros propios de aquel clima. Pero escapan algunos a tantas contrariedades con la base de sus ilusiones, con un capital. A su vuelta entregarse como desquite de pasados trabajos, a una inercia absoluta, especie de muerte anticipada, tan tedioso estado de que ellos no cesan de lamentarse y que hace exclamar a los que son testigos de su desgracia ¿Era ésta la aspiración anhelosa que les llevó a sacrificar su juventud y a exponer su vida?» (Oliu, 1880:85-89).

No amaga però que «la naturaleza dando en abundancia y de superior calidad, la materia que es base de la industria corchera, encontró en este país su genuina esfera de desarrollo y ha sido en realidad en esta comarca donde se ha levantado a mayor altura la fabricación de los tapones, cuyas demandas de todos los mercados de Europa y de América, hacen de esta industria el apoyo de un comercio extenso».

«La mayor parte de esta población, se ocupa en esta industria, en cuyos diferentes operaciones se ha adquirido esa perfección que una práctica prolongada enseña. Los trabajos preliminares o de preparación del corcho se hacen al aire libre, sometiéndolo a una tostación y a ebullición después. Y, así dispuesto, siguen las operaciones ulteriores en las numerosas fábricas que hay en esta villa, generalmente reunidos gran número de obreros en una misma sala, sentados en pequeñas mesas, uno a uno, dos a dos, cuatro a cuatro, pero más comúnmente en mesa aparte cada uno. En verano abiertas las puertas y ventanas y en invierno cerradas muchas personas, con abundantes luces de petróleo en un ambiente tibio y no ventilado, con las piernas entre montones de virutas de corcho que les mantiene en agradable temperatura muy diferente, muchas veces de la de la calle».

«El trabajo en general consiste en cortar las panas de corcho en pedazos que se redondean al fin para dejar los convertidos en tapones, que pasan a otras manos encargadas de clasificarlos y embalarlos para la expedición. Los operarios, para redondear los tapones, que es la operación que más ocupa, están sentados en



Sala de triadors de la fàbrica Badosa i Soler de Sant Feliu de Guixols, finals del segle XIX.

Autor Martí Vilallonga. AMSFG. Col·lecció Carne Arxer.

muchas sillas bajas y su posición es fija y bastante encorvada y el movimiento casi nulo» (Oliu, 1880:85-89).

El 1833 ja hi havia seixanta fàbriques i mig miler de treballadors, el 38% de la població activa, entre els quals només un 9% eren pescadors que anaven a mar a pescar «arenque y anchoa, a las que dan una preparación bien entendida y se manda en su mayor parte al extranjero, donde, por el aprecio en que se tiene, se hacen considerables pedidos» (Oliu, 1880:85-89).

Tot això era la conseqüència d'uns homes i unes dones a qui «las frecuentes relaciones de los hijos de San Feliu des de hace muchos años, han debido ejercer notable influencia en muchos detalles de su manera de vivir; pero no tanta que haya borrado el exterior propio de estas poblaciones, en el cual es justo convenir que intervien en las condiciones exteriores del clima y quizá (siguiendo modernos estudios) los caracteres originarios de los primeros pobladores y su mezcla con

los de las dominaciones sucesivas. Sea como quiera, San Feliu de Guíxols tiene impreso el sello de familia que distingue a todas las poblaciones de esta parte del litoral, pudiendo tal vez decir que esta bonita villa es la hermana mayor de tan interesante familia» (Oliu, 1880:61). Segons ell, «la estatura es regular en general y poca su musculatura; tan poco es en general el desarrollo muscular, que quizás no se encuentre aquí un atleta y es tan rara una constitución vigorosa, que podrá admitirse sólo a título de excepción. Ya sea efecto de lo extendido de la profesión principal del país que es el trabajo del corcho en todos sus detalles, por lo sedentaria de tal ocupación, o a su exceso, que no es lo más frecuente; ya al vicio, que está bastante extendido en cierta clase, o ya al conjunto de estas circunstancias u otras causas desconocidas, es muy común en el hombre el poco desarrollo; el tinte es algo pálido, excesiva la finura de la piel y hay un conjunto de caracteres que parecen prolongar linfatismo o clorosis» (Oliu, 1880:64). I la identitat local deriva de «la semejanza del lenguaje, caràcter interesantísimo, la unidad de costumbres, esta tendencia unànime al asco en la vivienda y en el vestido, igual expansión en el carácter, comúnmente locuaz y afectado, con excepcionales modificaciones, no solamente eufóricas sí que también gramaticales, son parte para que se distinga al habitante de esta costa, del de las demás poblaciones del interior» (Oliu, 1880:63).

Els guixolencs semblen tenir «una impresionabilidad nerviosa muy manifiesta, es una preparación muy condicionada para el desarrollo de infinidad de afecciones que esperan ocasión para manifestarse. Es común aquí, como hemos dicho, el tipo del hombre de una gran población. Sea languidez física, flacidez de carnes; poca elevación del pecho; el mayor desarrollo abdominal; miembros tan poco nutridos que indican la falta de hábito a faenas duras; la poca anchura de espaldas es más bien su elevación, son caracteres que abundan tanto que constituyenlos de la inmensa mayoría de estos moradores. No deja de observarse, en contraposición al tipo descrito, otro de exterior muy diferente, en el cual se ve redondez de formas de coloración exagerada de la cara y cierto aire de pereza trocado en otros individuos del mismo tipo por rasgos de energía y decisión».

«El caràcter en general es franco y expansivo, hasta el exceso, y ocasionado por lo tanto a pendencias que en general no son más profundas que el caràcter mismo, por lo común frívolo, sobretodo en la mujer, por otra parte modelo acabado de esposa y de madre que vive y muere por el amor a su familia. Esas pendencias y riñas de vecindad no tienen en general más consecuencia que alguna convulsión verdadera o simulada, que de todo se ve. Es común en la mujer la morbidez de

formas y el desarrollo y obesidad en la edad crítica; y la movilidad de facciones y especialmente de los ojos, la finez de la tez, el tono de voz y la conversación versátil, caracterizan frecuentemente en este país el tipo de la mujer nerviosa y vaporosa» (Oliu, 1880:66).

Un punt negatiu era que «la alimentación es una parte bastante descuidada. Puede decirse que, en punto a bromatología, reúna un verdadero desorden. Y este desorden hace figurar los sufrimientos del estómago en una proporción muy respetable en el cuadro de afecciones. Dase una preferencia indiscutible a la pesca fresca o de salazón,⁹⁴ de que se hace un consumo tal que raya en increíble, siendo de admirar la estima en que está aquí el bacalao y el pez palo y ancho arenque, ya sea por franca afición a estos comestibles, ya que incite a su consumo su precio. Consúmese todo género de mariscos en gran cantidad y buena parte de la población come pan hecho con el trigo recogido en estos campos, asociado a productos más o menos idóneos entre los que se recolectan en la comarca en cosecha regular. Pero no está en todo esto el desorden, sino en esta mezcla de frugalidad doméstica y de excesos en el campo y en la playa, afición predilecta de estos habitantes, la que con frecuencia los lleva por encima del justo medio. Haríamos un cuadro lamentable si pusiéramos al lado de los alimentos verdaderamente nutritivos que se consumen, con sustancias inútiles que con ellos se mezclan. El bacalao, los arenques y las anchoas se pierden entre las cantidades inverosímiles de tomates, pimientos y berenjenas de sus bodrios indigestos. Son además considerables las cantidades de fruta verde que aquí se consume. Hay una afición decidida por la fruta sin sazonar. Y esta afición tan general aquí por los ácidos, que es muy notable, nos ha llamado siempre la atención y hay a nuestro modo de ver algo de instintivo en esa preferencia, dada la disposición que veremos después existir para el reumatismo, afección muy frecuente en esta localidad» (Oliu, 1880:75-83).

La combinació d'una societat plenament capitalista, exportadora i «las relaciones de los guixolenses con el extranjero, influyendo también notablemente en su actual manera de vivir, inclinada del lado de la industria y de ese extenso comercio que pone en relación la villa con todo el mundo. Estos habitantes más lo parecen de una capital importante que de una población secundaria» (Oliu, 1880:62); i afegia que «es una de las muchas poblaciones del litoral de Cataluña, rica e industrial

⁹⁴ Sobre els costums i les pràctiques alimentàries al Baix Empordà de la primera meitat del segle xx vg. Pla, J (1965, 2004).

región de España, que contribuyen a formar una espléndida corona a este mar que por su situación geográfica y por el adelanto que parece llevar disuelto en sus perspicuas aguas, señala, según la observación feliz de un eminente creador contemporáneo, una zona de civilización. En ella tiene amplio ensanche la inteligencia, y la imaginación se deleita en las brisas de sus playas donde ‘florece el mirto’ y donde el naranjo ofrece sus tres esencias» (Oliu, 1880:23).

Oliu reflecteix, en castellà, com correspon a un metge anterior a la Unió Catalana, els efectes del capitalisme en la societat catalana. Intueix el que un segle més tard Vilar (1964) evidenciarà posant de relleu les relacions profundes entre el sistema de masos agrícoles, la barca i la construcció del capital mercantil i comercial que donaria lloc a indústries com ara el tèxtil o el suro. La febre d’or local la viu Oliu amb un ritme de construcció de noves edificacions, entre 2 i 6 cases entre 1865-1866; però entre 10 i 31 de 1867 a 1887 i de 17 i 57 anuals fins al 1908 (Bussot, 2004:130-132). Cases amb distintes tipologies constructives «segons indret i estatus social de qui l’habita, es reconeix una majoria amb planta baixa i primer pis. L’altura mitjana de les habitacions d’uns 2,40 m, la mitjana més baixa de tota la costa empordanesa, on la major part dels sostres es troben entre tres i quatre metres. Les cases guixolenques es caracteritzen per no tenir comunicació entre l’habitatge i els espais dedicats als animals que encara era comú a Blanes, Lloret, Tossa, l’Escala, Roses i amb una mitjana d’uns quatre metres d’amplada per vuit de llargada (Bussot 2007:211 i 422). En alguns casos, un petit magatzem o cobert servia per aixoplugar diversos estris i, fins i tot, encabir-hi algun bot.⁹⁵

A la majoria de les cases humils, a la planta baixa hi havia el menjador i la cuina (a vegades coincideixen), i pot ocupar una tercera part de tota la planta baixa, un espai com a cambra-rebedor o per guardar-hi útils. Sol tenir pati, on es troba el pou, el safareig i la comuna (a vegades aquesta darrera se situa a la terrassa posterior del primer pis). El pis de dalt era pels dormitoris» (Bussot 2007).

El desenvolupament econòmic de Sant Feliu «fuerza es decirlo, dista mucho de ser un modelo de lugares higiénicos. La parte baja de la población está en desnivel notable con relación a la parte alta y en todas las calles de este a oeste llega a hacerse fatigoso el descenso por el desnivel y peligroso por el empedrado

⁹⁵ Per al període 1863-1931: Bussot i DA (1948); i per a habitatges de pescadors entre 1942-1946; *Plan Nacional de Mejoramiento de la Vivienda en los poblados de pescadores*. Ministerio de la Gobernación (Dirección General de Arquitectura).



Carrer del barri de Tueda, a Sant Feliu de Guíxols. Autor desconegut. AMSFG. Col·lecció Municipal d'imatges.

lamentable que, a trechos, existe en ellas. La parte baja con pequeño desnivel, sin adoquinar y con aceras, atrechos, se convierte en torrentes en días de lluvias con el agua que descende rápida de la parte Este, reuniéndose, al fin, la mayor parte, en el conducto subterráneo que desagua en el mar» (Oliu, 1880:30).

L'expansió de la ciutat anava a redós del desenvolupament de la indústria su-rera, un tipus de negoci que fàcilment podia acomodar-se en locals relativament petits en els quals s'atapeïen grups de treballadors, que eren necessaris en una indústria no molt mecanitzada, i que propiciava, segons el nostre etnògraf, un «desarreglo en las costumbres, a la vez que deploramos las consecuencias que trae consigo en numerosos individuos de la clase trabajadora y aún en otros que no necesitan trabajar. Hemos llamado la atención sobre el modo lastimoso con que se consume entre letales excesos una juventud llena de vida y de esperanzas, que vemos caer en la más vulgar abyección contra la que debía esperarse de sus condiciones envidiables. ¡Triste es ver esta juventud, en cuya cara chispea

la inteligencia, doblarse a la coyunda de la cràpula y de la holganza! Y los vicios que consignamos tienen trascendental importancia; porqué los vicios convicios se eslabonan, y del vicio al crimen no hay más que una gradación de deslinde difícil. Y hay crímenes que la sociedad perdona con lenidad excesiva porque es juez corrompido y parcial; pero no es por esto menos terrible el luto del hogar y su miseria y su ruina. No hay que decir que no increpamos con estas palabras a la población entera; que este sería un insulto grosero y una calumnia; hablamos sólo de un número de individuos más o menos grande que, a fuerza de echar canas al aire, acaba por no tenerlas y por insultar las venerables de sus padres; y de otro número, demasiado numerosos, por cierto, que olvidó tras una absurda luna de miel sus deberes de esposo y de padre como legítimo sostén de una familia honrada» (Oliu, 1880:85).

Malgrat les crítiques d'Oliu, dos anys després de la seva topografia (1882) es va instal·lar la il·luminació de gas als carrers i, una dècada més tard, es va inaugurar la via fèrria fins a Girona (Borrell, 2005:39), concretament en les dècades de la febre d'or en les quals «el lujo es otra inclinación funesta de esta villa y si Sócrates ya dijo que el lujo es el veneno de una sociedad, conviene añadir que es un veneno especial en su modo de obrar contra el que es preciso estar muy precavido, porque es tan extensa su acción que todo lo corrompe, y la destrucción trasciende tanto, que los antídotos más enérgicos son débiles. Este conjunto de efectos temibles lo son a quí menos que en muchas otras poblaciones, por un cúmulo de medios que no permiten como solución un borrón social. El castigo de este vicio entre la clase poco elevada de esta población, está en el cambio forzoso de lo útil y necesario, que se suprime por lo innecesario, el lujo, que se ostenta. No podemos felicitar a quien concibió la idea en reciente fecha de ofrecer premios a los trajes más caprichosos que se presentasen en ciertos bailes. Se tocó con ello en la cuerda de la vanidad, se gastó en tiempo y dinero lo que no se debía ni podía y, por todo resultado, se encendió la vanidad en unos corazones y en otros la envidia innoble» (Oliu, 1880:61-75). I que li fa deplorar que «a dos pasatiempos manifiestan además los guixolenses grande afición y aún pasión verdadera: el baile y el canto, para las cuales demuestran excepcionales disposiciones. Ambas son muy útiles; ambas son muy perjudiciales; son perjudiciales o útiles según el uso que de ellas se hace; ambas quizá manifestaciones de una misma inclinación: la música. ¿No es ésto un gran elogio, uno de los mejores que pueden hacerse de las bellas disposiciones de un pueblo? Pero la disposición a la música es una

buena cualidad, que si mal conducida puede dar pésimo fruto, bien empleada puede traer benéfico resultado. En el primer caso, aun a languidez moral sigue de cerca el abatimiento físico. Dada una sociedad entregada a los esfuerzos libidinosos del can-can una música muelle y floja y añadiréis un relajo armónico, vamos a decir, a una relajación ya excesiva. No deis a un pueblo falto de energía moral un polo o una playera, música, que va introduciendo la moda transportándola del mediodía, con todos los lamentos arrancados a corazones que sufren una dominación abrumadora y manifestación de indolencia y vida entera; propinadle más bien el zorcico por ejemplo en cuyas notas van envueltas la energía, la fuerza y la virilidad de un pueblo enérgico, o cualquier otra música grave que levante el ánimo a las ideas de grandeza y de esperanza» (Oliu, 1880:61-75). Malgrat que les relacions socials en les trobades a les tavernes (els homes) i en les berenades (tothom) eren formes de sociabilitat fonamental, una manera saludable de conservar les amistats, esbargir-se i fer veïnatge, Oliu (1880:102) considera que hi ha «abusos tan frecuentes a quién la comida y bebida en tantísimas meriendas y en tanto despachos de vino donde se consume el tiempo, el dinero y la salud», i afegeix encara una visió més apocalíptica «pero se nota aquí, fraternizando con el temperamento y costumbres que nos ocupan, una tendencia lamentable hacia la música lasciva y ramplona contra lo que convendría a esta sociedad ñoña y enfermiza. La música lasciva es la música de una sociedad corroída por la tisis. No es de este lugar extendernos sobre este punto, pero no vacilamos en dejar sentada esta afirmación».

«Consecuencia de antecedentes y asentados, es la afición muy común a juegos del azar. La lotería, con la que por medio de una ruina lenta se busca una suerte remota en la cual representa el Estado un papel bien poco edificante, es aquí muy socorrido. Pero sabemos que durante el ejercicio de 1879-1880 ha reportado la Hacienda por tal medio un beneficio de sesenta millones de reales. Dicho está con ésto que no echamos sobre San Feliu de Guíxols todo el peso del san benito» (Oliu, 1880:78).

I tot això tindria conseqüències en la socialització infantil, ja que «las obscenidades y el descuido de los mayores se manifiesta en los niños, en cuya educación, fuerza es confesarlo, reina aquí un triste descuido, un abandono lamentable. ¿Abandono decimos? ¿Descuido? Nosotros hemos visto presentar como modelo filial de gracia y de despejo la naciente desvergüenza de un niño infeliz cuyos padres eran indignos de serlo. Y el hecho, más o menos grave, más o menos

repulsivo, es mas común de lo tolerable. Y no con coonestaciones y paliativos debe corregirse, sino con el lenguaje severo del deber y de la virtud. Edúquense las clases inferiores intelectual y moralmente, que sobrados medios hay aquí para hacerlo, y está curada esta enfermedad» (Oliu,1880:83-85).

3. Els vius, els malalts i els morts

Per complir amb les normes d'una bona topografia mèdica, Oliu (1880:104) va presentar les dades demograficosanitàries de la vila.

Taula: Naixements a Sant Feliu de Guíxols (1875-1879). Font: Oliu (1880)

Anys	Homes	Dones	Total	Avortaments
1875	123	106	229	12
1876	135	108	243	9
1877	101	108	209	15
1878	125	110	235	8
1879	127	123	250	15
Total	611	555	1166	59

La taula reflecteix una mitjana de 233,2 naixements per any, una xifra molt elevada per a una població d'uns 7.600 habitants (un 153 per mil) amb un total de 59 avortaments (11,8 per any) que representen un 4,81% del total d'embarassos i que posa en relleu o fa sospitar que era una pràctica probablement no del tot natural.

Taula: Defuncions sèrie 1875-1879 Sant Feliu de Guíxols. Font: Oliu (1880)

Malalties	1875	1876	1877	1878	1879	Total	%
Verola	12	0	0	7	0	19	1,7
Xarampió	4	0	3	8	0	15	1,34
Escarlatina	5	0	2	5	0	12	1,07
Diftèria	11	9	1	3	2	26	2,33
Tifus	9	8	6	9	5	37	3,32
Febre puerperal	38	34	37	38	42	189	16,98

Taula: Defuncions sèrie 1875-1879 Sant Feliu de Guíxols. Font: Oliu (1880)

Malalties	1875	1876	1877	1878	1879	Total	%
Altres malalties infeccioses	5	4	0	0	2	11	0,98
Tisi	38	34	37	38	42	189	16,98
Malalties agudes respiratòries	25	7	19	25	45	121	10,81
Feridura	34	24	31	22	21	132	11,85
Reumatisme	3	0	0	0	0	3	0,26
Afeccions orgàniques del cor	24	17	32	22	21	116	10,42
Catarro gastrointestinal hidropàtic simptomàtic	24	18	42	30	30	144	12,93
Eclàmpsia	0	0	19	19	5	43	3,86
Altres malalties i accidents	53	41	37	32	75	238	21,38
Total	245	164	224	230	250	1113	

Amb aquestes xifres no pot sorprendre que en cinc anys el creixement demogràfic vegetatiu es limités a 53 persones, deu per any, i correspongui per tant a un període on encara no s'ha produït la transició demogràfica. Per tant, el creixement de la població durant el segle XIX, que ja hem esmentat, es devia a l'atracció que suposava la demanda de treball de la indústria i el comerç locals.

Van morir 53 nens de malalties pròpiament infantils (xarampió, escarlatina, diftèria) sobre 1.166 naixements (un 4,5%), però que no semblen inquietar-lo:

Dos pequeñas epidemias de sarampión hemos visto reinar en estos últimos años. La primera sin síntomas especiales conducía su evolución cíclica generalmente de una manera favorable para empezar a los pocos días accesos muy marcados y de intensidad graduada de fiebre intermitente diaria y terciaria que cedía comúnmente sin rebeldía al sulfato de quinina en cantidad proporcionada a la edad del enfermo. La segunda en el penúltimo año ha presentado como afecciones consecutivas la laringitis diftérica, la pulmonía y enterocolitis con altísimas cifras térmicas y hemos tenido ocasión de comprobar los nocivos efectos de la temperatura elevada y húmeda de este verano; condiciones que si son de los primeros para la vida en general son también los más abonados para las fermentaciones

y por consiguiente de graves consecuencias en las afecciones climáticas. Si en el cuadro de defunciones no aparece mayor el número de víctimas del sarampión es preciso atribuirlo a que aparece la causa de muerte sin tener en cuenta el sarampión que le había engendrado y que tan grave carácter imprime en general a todas las afecciones a que da origen. En las afecciones consecutivas citadas y para combatir las altas cifras térmicas hemos obtenido buenos resultados en las lociones frías cuando hemos podido vencer la repugnancia que manifiestan las familias a este medio terapéutico (Oliu, 1880).

L'enorme mortalitat materna perinatal (per febre puerperal i eclàmpsia) que va provocar un 20,85 % dels morts i va esdevenir, per tant, la primera causa de mort específica, no semblava interessar-li, ni en mereix cap comentari. Moltes dones no tenien atenció facultativa durant el part i en canvi el metge es podia requerir davant la malaltia infantil. El panorama que presenta no difereix de les tendències recollides per altres testimonis i per la documentació sanitària del seu temps. Barona, Bernabeu & Perdiguero (2005:66 i seg.) diuen que la pobresa i l'habitatge malsà eren els que estaven a la base del baix nivell de salut de la població, juntament amb els estils de vida i les pràctiques relatives a la salut maternoinfantil. Com que una ciutat industrial com Sant Feliu de Guíxols era considerada «rural», respecte a l'estadística sanitària (Barona et al.2005:63-65), hom pot comprendre com els diagnòstics globals de la salut de la població espanyola d'aquell temps necessiten una forta revisió. Oliu ho deixava clar en la seva insistència en el problema de la salut laboral dels guixolencs.

En línies generals, la topografia de Sant Feliu desvetlla les preocupacions dominants dels metges de l'època, també dels membres de l'Acadèmia de Medicina de Barcelona, dipositaris del seu escrit. Aquesta institució, durant el segle XIX, sovint es pronunciava en relació amb les crisis sanitàries o era requerida per les autoritats per fer-ho. Per això, potser, Oliu destina en la seva anàlisi de les malalties prevalent un espai ampli a la tisi, malgrat que aquesta i la escrofulosi no apareixen encara reunides per la causalitat bacteriana:

Queda demostrado el predominio de la tuberculosis, de las afecciones catarrales y del reumatismo. Y aunque el predominio de las dos primeras queda fijado, la de reumatismo es preciso deducirla atendiendo a que en el de la determinación bronquial es aquí frecuentísima y es preciso deducirla también en las afecciones orgánicas del corazón y de los grandes vasos que en la gran mayoría de veces después de Bocultand y Bazines

justo atribuirle dicha causa, en cuyo punto la conformidad práctica es casi unánime. Y gran número de casos de apoplejía que aparecen son imputables a afecciones orgánicas del corazón, pero aparecen en el cuadro la causa inmediata de muerte. Y no hay más que recordar sino, como provoca la apoplejía la hipertrofia del ventrículo izquierdo del corazón y las lesiones del endocorazón ligadas al reumatismo, en que embolias de efectos formidables caen como un alud sobre el centro de sensibilidad de inteligencia y de movimiento, para anonadarlos.

Nunca hemos visto, y esta salvedad nos evitará quizás inútiles repeticiones, una diferencia bastante cortada por caracteres distintos entre el reumatismo y la gota.

La tisis, pues ese suplicio de Prometeo de la sociedad de hoy, hace aquí también sus estragos con un encarnizamiento y una insistencia que alarma, no escogiendo sus víctimas exclusivamente en la edad florida sino ejerciendo en todas las edades por igual sus devastadores efectos. La tisis y el reumatismo disputanse su avasalladora influencia en esta localidad cuyas condiciones topográficas médicas en todo el conjunto indicado parecen por ocultar y evidentes resortes conspirar al mismo fin. ¿Pero es nuevo acoso la relación del reumatismo con la tuberculosis? De ningún modo. Quién haya saboreado la lucidez con que se ha tratado la relación antagonista de la tisis con las múltiples manifestaciones reumáticas, no pondría en duda nuestro aserto.

Es imposible seguir una a una todas las condiciones que conducen a la tisis con pequeños rodeos, por decirlo así, y los que conducen a ella por medio de otras enfermedades o como una transformación regresiva de otras afecciones. Es decir que tisis significa una afección que en todo rigor lleva el sello de muerte en sus elementos primordiales a los que rodea la plenitud de la vida y agitación flexionaria o inflamatoria muchas veces aunque en pequeño círculo.

La tuberculosis pulmonar, que está tan ligada con el escrofulismo, parece menos común cuando sus determinaciones son periféricas. Esta relación con el reumatismo es manifiesta para el antagonismo que es evidente cuando sus determinaciones son periféricas también, y creemos que este antagonismo deje de existir cuando las determinaciones son bronquiales en cuyo caso en vez de antagonismo, concurren a la determinación de tuberculosis pulmonar provocando y aun activando su germinación (excepción hecha para las numerosas: el asma en particular, por poco que condiciones individuales con-

viden para tal desenvolvimiento, condiciones que no las conceptuamos excepcionales sino muy frecuentes en esta localidad.

Esto conduce como por la mano hablar de otro modo de terminar el reumatismo en la tuberculosis, es decir con «transformación regresiva de enfermedades crónicas hereditarias». ¿Pero la tisis es una afección de término, y sentado esto puede concederse mayor importancia al reumatismo que a otras afecciones que deprimen el organismo y que herédense o no, han hecho sentir su poder de depresión en el individuo en que se desarrolla la tisis? Creemos que es la cuestión de grados del poder aplastador muy difícil de señalar donde reside la facultad de determinar la tisis ya accidental ya por herencia; y que el reumatismo como afección de múltiples determinaciones periféricas es notable por tal concepto aunque no único, en su poder antagonista con la tuberculosis.

Pero fijándonos en esta localidad, que es el objeto de este estudio, diremos que como son muchas las circunstancias que favorecen el desarrollo de la tisis concediendo mucha importancia a la diátesis con herencia o no y que en diversas condiciones de higiene que las apuntadas en otro lugar, ¿quién duda que serían menores los estragos de la tuberculosis por más que existen condiciones generales independientes del individuo que es muy difícil o imposible eludir con la residencia en esta localidad? (Oliu, 1880).

El conjunt de malalties respiratòries agudes —no totes d'origen fímic— significaven un terç de la mortalitat enfront del cinquè de la mortalitat materna, eren els dos problemes més importants de la salut pública. Oliu no sembla tenir solucions per reduir la segona, però en té clares les causes. «El taponero, sentado durante todas las horas de jornal en una silla pequeña, contraído el cuerpo, en un local cerrado, y con luces de petróleo durante muchas horas se halla en un conjunto de condiciones que favorecen grandemente las congestiones pulmonares, tanto más temibles en cuanto ponen poco cuidado en evitar la impresión brusca y fría del aire de la calle; además de trabajar taponos de corcho de clase superior es fatigoso, además de todas circunstancias por el poder depresivo de prolongadas horas de trabajo fijo la vista en objetos de pequeño volumen, lo que a más de ser causa de astenopias lo es de consumo grande de oxígeno, tal como sucede en los trabajos de composición y otros parecidos según las observaciones importantes y curiosos datos del célebre Lavoisier».

«Ya hemos indicado ser admitida la relación entre la escrófula y la tisis. Donde imperan como en esta localidad las primeras no faltan un calatasis, pero en su determinación influyen condiciones climatológicas desconocidas y muchas causas conocidas aumentan su desenvolvimiento. Debe tener una influencia manifiesta el ejercicio que constituye la principal ocupación en este país, es decir la industria taponera y sus costumbres y las condiciones que la acompañan en el desenvolvimiento de la tuberculosis, por cuanto es proporcionalmente mucho mayor el número de casos de ella en dicha clase que en los demás» (Oliu, 1880), doncs «el modo de trabajar de la mayor parte de estos operarios, debe contribuir también a las enfermedades a que hemos dicho dan ocasión las causas indicadas. Reunión numerosa en taller cerrado, muy alumbrado con petróleo y respirando por consiguiente un aire poco puro; temperatura naturalmente superior a la del ambiente, sentados con posición fija; fija la vista en el pequeño pedazo de corcho que redondean, son condiciones muy apropiadas para que se resienta, además de los aparatos indicados, el respiratorio».

«A todo lo dicho podríamos añadir el poco ejercicio, la nulidad de fuerzas requeridas para tal ocupación, circunstancia digna de tenerse en cuenta. El autor de las *Cartas trascendentales* podía haber continuado esta faena entre las propias de la mujer. Muchas son las mujeres que se dedican también a esta suave fabricación y con más resultado que nunca, ahora que con el auxilio de las máquinas de coser y otras, se invierte tan poco tiempo en los quehaceres domésticos, con los cuales por otra parte el de hacer tapones alterna bien, porque en rigor no necesitan local apropiado y pueden hacerse perfectamente junto al hogar y a la cuna del hijo. Seguros estamos de que si existiese una fábrica nacional de tapones en Inglaterra, no serían mujeres las llamadas a la elaboración, como hizo la reina Victoria con la imprenta» (Oliu, 1880:85-89).

A banda de les condicions laborals, l'etnògraf responsabilitza de la salut dels seus conciutadans a «El desarreglo en la alimentación, muy común en esta localidad, según se ha dicho, no puede menos de ejercer su acción más o menos extensamente y con mayor o menor intensidad en muchos individuos. Consecuencia de dicho desarreglo, son en gran parte las afecciones del aparato digestivo, en particular los catarros de todo el tubo y éxtasis frecuentes con estado irritativo crónicos y crónico-agudas y atrofiyas de la capa muscular común o su afonía por la ley de Stokes bien conocida, referente a capas musculares subyacentes a membranas. Los estados atmosféricos tienen una acción muy marcada sobre estos estados de

la mucosa del aparato digestivo, a cuyas causas coadyuvan las de orden psíquico y las somáticas.

La calidad de los alimentos que aquí se consumen o responde muchas veces a la vigilancia recomendada por una buena higiene. Hemos indicado como muy general el uso de alimentos poco nutritivos y fatigosos que ocasionan al estómago un trabajo inútil de que al fin se resienten todas las funciones de nutrición. A este resultado se llega con los abusos tan frecuentes aquí en la comida y bebida en santísimas meriendas y en tantos despachos de vino donde se consume el tiempo, el dinero y la salud» (Oliu, 1880:85-89)

I finalment, però no menys important, les relacions que estableix entre les pràctiques socials i el contagi. «¿Y en esta localidad que poder tan grande no han de ejercer muchas de las costumbres como causas que provocan la tuberculosis pulmonar en numerosos individuos? En particular el baile que en salones llenísimos, faltar el aire de proporción necesaria en los estamentos de respiración y sobrante de otros muchos perjudiciales a tan irremplazable función, con aumento grande de temperatura y cansancio exagerado y el cambio brusco al salir del ambiente tibio al frío aire de la calle en invierno, sin precaución alguna; parece que el genio de la destrucción y de la muerte haya reunido con mano inteligente cuantos medios pueden hacer más seguro el golpe de un premeditado ataque al pulmón. Y si tales antecedentes se añaden alguna predisposición heredada o adquirida, ya no falta más, para que en alternativas fases más o menos prolongadas venga el deplorable desenlace que con tanta repetición se observa aquí. No hemos de detallar las causas que van a las tisis en esta localidad; el resumen se encuentra en los que aislados o en conjunto van a la depresión orgánica y mucho más si se une a ella la determinación al aparato respiratorio, de la mayoría de afecciones que la tienen» (Oliu, 1880). I per reblar els arguments sobre la causalitat cultural: «En el quinquenio que queda indicado han sido frecuentísimas las afecciones cardiacas efecto en gran parte sin duda de una actividad cardiaca anormal en una época de luchas políticas prolongadas y con el sobresalto y la alarma continuas en una población cerrada como lo era esta durante la guerra civil, para las muertes carlistas cuya aproximación no exigencias continuas ponían al vecindario en una excitación indescriptible: y esta hiperquinesia cardiaca como nadie ignora, tiene fatales consecuencias muchas veces» (Oliu, 1880).

4. La pràctica domèstica

Saber què feia el *vecindario* de què parla Oliu és un altra cosa, força més complicada. Com que la densitat de professionals a la Vall d'Aro era un fet i amb una institució hospitalària que dins la seva modèstia feia la seva funció, tot això significa que el territori estava plenament immers en un procés de medicalització, força paral·lel al que es produïa a bona part de l'Europa occidental, que precedia al mateix procés de transformació capitalista que el Principat. Les estadístiques d'Oliu revelen, però, que la medicalització local no s'havia encara beneficiat ni de l'extensió de polítiques públiques de sanejament —vegeu l'enorme mortalitat per malalties hídriques—, ni de les suggerències de Semmelweisi, sobretot de les noves idees sobre desinfecció que Lister i d'altres estaven difonent. I malgrat que Oliu passi una mica al marge, a finals del segle XIX la responsabilitat de la mortalitat materna posa en relleu un punt negre que involucra els metges però sobretot a les llevadores, —matrones, parteras, *sage-femmes* o *midwives*.

Des del segle XVIII hom va fer èmfasi en la seva formació.⁹⁶ La *llevadora empírica* aprenia l'ofici mentre ajudava altres dones expertes en parts, però la disseminació dels metges al territori del Principat va conduir a la pretensió de subordinar-les als metges. Llevadores o partegasses anaven a casa de l'embarassada unes quantes vegades abans del part per fer el seguiment de l'embaràs. En aparèixer els primers símptomes del part, hom anava a cercar-la depressa i corrent, i ella organitzava l'assistència amb tranquil·litat, donant ordres a la futura mare i a les altres dones que sempre rondaven el llit, habituades a tenir un munt de fills i ajudar-se mútuament. Un cop donat a llum l'infant, li tallava el cordó, netejava el nadó, en comunicava el sexe; a vegades feia una petita revisió per veure si no tenia cap defecte visible i el vestia. Sovint feia el foradet de les arracades a les nenes. Després es feien càrrec de la mare i del fill les *enconadores* —sovint la mateixa llevadora—, que curen a la primera de les ferides del part i, al fill del melic. Ensenyen a la mare la manera d'atendre'l, com donar-li de mamar, agafar-lo, rentar-lo o canviar-lo.

Les *enconadores* actuen en el primer i segon part, després la mare ja tenia prou experiència com per no necessitar els seus serveis pediàtrics, però sí els seus

⁹⁶ Avui encara en països amb un nombre escàs de titulades, els programes d'entrenament de *llevadores empíriques* permeten resoldre un important problema de salubritat pública. A Catalunya, l'Hospital de la Santa Creu va institucionalitzar molt aviat l'ofici (vg. Danón, 1978).

serveis guaridors. Més d'una vegada les mares tenen problemes amb la lactància, ja que poden no tenir prou llet o que el fill no la vulgui. Ara es va al pediatra, el qual recomana un canvi de llet i la utilització de la tetina; però quan els desplaçaments a ciutat no eren fàcils s'havia de recórrer a dides i *tirapits*, dones que estaven criant un fill seu i tenien prou llet per a un altre. S'acostumava a tenir-la a casa a dispesa mentre durava la lactància i se li pagava els serveis amb diners. Les tirapits estaven —perquè ja no en queden— especialitzades en els problemes de mama de les mares, i es dedicaven a fer formar el mugró dels pits i a fer-ne sortir la llet quan això no es produïa de forma natural. Si així no s'aconseguia res, i hi havia possibilitats econòmiques de mantenir-la, es cercava la dida; sinó, donaven al nadó llet de cabra, de vaca o d'ovella.

En el cens de 1851 no hi ha cap llevadora titulada a la Vall d'Aro. A tota la província de Girona en consten tretze amb títol. El paper de les empíriques⁹⁷ era important i explica l'enorme mortalitat materna.⁹⁸ Eren un col·lectiu invisible i «silenciós» que apareix en freqüents denúncies durant la segona meitat del segle XIX per part de les titulades que acusen a les «de sempre» d'intrusisme i curanderisme. El 1858, l'alcalde d'Olot va demanar a la Junta de Sanidad instruccions davant la reclamació que li va fer l'única llevadora local amb títol, Josefa Puig Macià, perquè prohibís «dedicarse a dicha profesión a ciertas mugeres» que ho feien «sin más título que la práctica sin sujeción a regla ni a autoridad alguna facultativa».⁹⁹ La Junta va respondre que si bé «la Puig Macià está en su derecho reclamando la prohibición de las intrusas», no es podia obviar que «atendiendo el numeroso vecindario de la población era imposible que una sola comadrona pudiese satisfacer ni de mucho las necesidades para que fuese llamada resultando de esto que aconteciendo dos o tres partos en una hora determinada se irrogarían prejuicios de consideración a muchas familias por carecer en aquellos momentos de una estas mugeres que sustituyen a profesores de medicina». Davant la tossuda

⁹⁷ Emprem el terme *llevadores empíriques* per fer referència a les no titulades. Tradueix *parteras empíricas* un terme àmpliament emprat per la literatura antropològica a Amèrica Llatina.

⁹⁸ I això que la legislació, des de 1750, maldava per exigir que les llevadores s'examinessin davant del Real Tribunal del Protomedicato o la Reial Cèdula de 1804 que reglamentava les dues maneres d'obtenir el títol de «matrona»: a través de dos cursos acadèmics a les escoles de cirurgia o practicat l'ofici durant un període de temps i presentar-se a un examen de revàlida de caràcter teoricopràctic.

⁹⁹ Actes de la Junta Provincial de Sanitat de Girona (1858).

realitat la Junta de Girona va concedir una moratòria per a què les empíriques sense títol maldessin per obtenir-lo.¹⁰⁰

La densitat de facultatius a la Vall d'Aro no permetia a Oliu escriure el 1880 allò que escrivia el metge de Calaf el 1903 que «como en la mayoría de los pueblos rurales de Catalunya, la ignorancia es el sostén del curanderismo. La cábala, el misterio, la fantasmagoría, la superstición y lo milagrero, dan carácter de brujería al curanderismo, y como las brujas saben mucho a ellos acude toda la gente tonta de la Segarra en busca de la curación de sus males» (Llorens Gallard, 1903:190-191), i que «con toda seguridad podemos afirmar que la tal curandera ve más enfermos ella sola que todos los médicos de la comarca» (Llorens Gallard, 1903:193). Res semblant a això pot llegir-se a les topografies de Sant Feliu o de Girona, ciutats que tenen poc a veure amb el que els metges rurals atribueixen als curanderos.¹⁰¹

Recórrer al metge o al guaridor folk no és mai la primera, sinó la segona instància davant una crisi de malaltia. Anar a qualsevol professional implica decidir prèviament anar-hi i això es fa en els grups primaris en funció dels diagnòstics de presumpció, del reconeixement de l'accessibilitat i de la jerarquització que hom en faci en els complexos assistencials de la ciutadania. Significa que hi havia recursos per pagar-los, i com molts eren del país vol dir que era una bona opció professional. Ja en Tauler a principis del segle XVIII tenia una clientela notable (Borrell, 2005:18).¹⁰² Però l'afiliació elevada a Sant Feliu de Guíxols a l'Associació Internacional de Treballadors (AIT) el 1872 (Borrell, 2005:39) i que «existen cuatro asociaciones o Hermandades con su reglamento redactado sobre bases practicas, e instituidas para el socorro mutuo en caso de enfermedad; durante la cual, mediante el pago anterior de una cuota mensual exigua, se tiene el derecho de percibir una cantidad que viene a representar el importe del jornal que no pueden entonces ganar. Gran recurso son aquí tales hermandades, siendo tan pocas las ideas de previsión de la mayor parte de la clase trabajadora, según he-

¹⁰⁰ Actes de la Junta Provincial de Sanitat de Girona (1858).

¹⁰¹ Per aquesta raó reservarem la descripció dels curanderos, remeiers i de la pràctica casolana més comuna a un capítol posterior on disposem de testimonis orals. Aquí ens limitarem a descriure breument la tipologia que en feu Joan Amades (1980) i que tenien una vigència que anava a la baixa durant el segle XIX.

¹⁰² A títol comparatiu, quan el SOE o la SS franquista funcionaven amb el sistema de *cupos*, aquesta era la dotació mitjana d'un metge de medicina general.

mos indicado» (Oliu, 1880:85-89) permet pensar que el recurs als guaridors folk hauria de ser relativament marginal.

Dit això, les avaluacions que s'han fet sobre el recurs a professionals folk o no folk o a institucions, ja a la segona meitat del segle xx, revelen que només atenen entre un 10 i un 20% de problemes de salut manifestats per la població. El problema al segle xxi com al segle xviii és que hi ha molt poca constància escrita de les pràctiques més enllà del que, recentment, ens ofereixen els estudis basats en correspondències privades (Zarzoso, 2001). Per això, la majoria dels guaridors folk estan poc documentats, vist el grau de medicalització mesurat pel nombre de professionals, i el paper d'un hospital «cuyos fondos propios procedentes de varios legados, hace que esté a muy buena altura. No hay que decir que es susceptible de asequibles mejoras, sin embargo. La general repulsión que se siente en todas partes; tan infundadamente por lo común, a esos asilos, se siente aquí en grado máximo y hace esto que no tenga todo el posible efecto el buen deseo de sus sostenedores» (Oliu, 1880:85-89).

El segon punt en relació amb l'ús de guaridors folk en medis raonablement urbans com ara Sant Feliu al segle xix té a veure amb la legitimació professional de metges i apotecaris i les seves crítiques al xarlatanisme i a l'intrusisme.¹⁰³

«¿Cómo, pues, en nuestras plazas públicas, en las ferias y santuarios, el ciego, juglar degenerado de nuestros tiempos en hi esto el estandarte que representa los crímenes y los milagros más estóridos pregona y vende entre sus coplas detestables libro de recetas para curar toda clase de enfermedades, sin la aprobación necesaria de las juntas de Sanidad? La estafa que se ejerce embruteciendo y engañando al pueblo con las coplas milagrosas no debe consentirse, pero mucho menos aún la venta de tal género de folletos, y también la propugnación de ciertas teorías y el ejercicio público de los curanderos suelen ocasionar considerables perjuicios. Un peligro más grave nos amenaza continuamente, los curanderos, esos apóstoles oscuros de siempre y que salen a la luz de cuando en cuando en España, marcando con sus milagros y su aparición las épocas de retroceso, son enemigos poderosos de quienes no nos solemos reír irreflexiblemente, para caer en sus manos sin saberlo, a la primera ocasión y tanto más fácilmente cuanto las personas que nos rodearen fueren más adictas y cariñosas. Aunque no carezcan de instrucción, sus

¹⁰³ La polèmica afectarà per exemple els defensors del magnetisme animal, però també implicarà polèmiques amb sectes mèdiques com ara l'homeopatia o el naturisme.

pesares por nuestra dolencia las arrastrarán a buscar ocultamente los remedios espirituales y supersticiosos que se les indican» (Barreiro (1973[1885]:52-54).

A Catalunya, eren descrits com «gentes de baja mano, desprovistos de toda ciencia y conciencia, ejercen el criminal oficio de curanderos y saludadores, asumiéndose las facultades de aconsejar y vender a un tiempo el remedio» (Carreras i Xuriach, 1860:45) van ser l'objecte d'algunes elocucions a l'Acadèmia de Medicina de Barcelona (Oriol Navarra, 1873).¹⁰⁴

A banda d'aquesta casuística, el guaridor folk al qual farem referència és el curandero local i aquí acudeixen els pacients de les rodalies, encara que no era infreqüent que el seu radi d'influència anés més enllà dels límits comarcals i fins i tot provincials, n'hi ha exemples i casos a tot Catalunya i que a més presenten els estudis de folklore mèdic europeu. La seva tipologia, i denominacions, és complexa. Amb les reserves expressades al principi sobre la seva existència real, en el període al qual al·ludim, Amades (1980) va distingir —entre d'altres—, endevinadors, curadors de berrugues, il·luminats, oracioners i saludadors.¹⁰⁵

Els *endevinadors* o *endevinetes* endevinaven el mal que patia una persona i el diagnosticaven gràcies al seu do de veure a través dels cossos opacs i, sobretot, del cos humà. Han estat descrits a quasi tots els grups ètnics coneguts i a casa nostra encara hom pot sentir l'expressió «vaig al metge a veure si m'endevina el que tinc» o «el metge ho va endevinar de seguida». Reconeixen així on hi ha el mal i saben com guarir-lo, ja sigui amb herbes, oracions o pràctiques manuals. Hi ha endevinadors que poden guarir només mirant la persona malalta i sense cap més tècnica; altres necessiten una gibrella d'aigua posada al sol, on el malalt s'hi reflecteixi per detectar-hi la part afectada, que sols veu l'especialista. Guareixen tota mena de mals, alhora que els endevinen. Aquest do és d'origen diví i s'ha manifestat de forma sobtada durant algun moment de la vida del qui el posseeix, i l'empeny a dedicar-se a l'endevinació en general i de les malalties, en particular, com també a la seva curació. L'aprenentatge amb un altre endevinador, que és generalment qui li ha descobert el seu poder, el fa coneixedor de les fórmules i dels remeis guaridors. Cal que l'iniciat es cregui posseïdor d'aquesta gràcia curativa per poder-ne fer un ús benèfic i eficaç.

¹⁰⁴ El tema desbordava els límits que ens havíem plantejat per aquest llibre en la mesura que hauria exigít una revisió exhaustiva de publicacions mèdiques i hemerogràfiques.

¹⁰⁵ Altres eren *desagulladors*, *fogadors* o *caterins*, *rabiadors*, *xucladors* o *botxins* (vg. Amades, 1980).

Una varietat de l'endevineta seria aquella persona que es dedica a diagnosticar i guarir l'*airada* i les malalties més pròpiament ètniques —les que els propis actors socials reconeixen que «no són de metges». Generalment es tracta de dones, que utilitzen el mateix procediment tant per al diagnòstic com per a la guarició, la qual cosa, d'altra banda, és molt freqüent a tota la medicina no oficial. S'entén per *airada* —també dit cop d'aire— tant un dolor al coll —torticolí—, a l'orella o als ulls, com un constipat vulgar, productes d'una exposició de la part afectada als corrents d'aire. Per diagnosticar l'*airada* estiren tres gotes d'oli d'oliva dins un plat amb aigua: si les gotes es tallen, és a dir, si se separen, vol dir que hi ha malaltia. Per curar-la es fa el mateix cada dia, cal dir el nom del malalt i resa l'oració següent, mentre es tiren les gotes d'oli:

Airada o mal donat,
Si ets pel matí, Déu te curi i sant Martí;
Si ets pel migdia,
Déu te curi i la Verge Maria;
Si ets pel vespre,
Déu te curi i sant Silvestre.

Fins que les gotes ja no se separen i en són una de sola damunt l'aigua del plat, no ha marxat l'*airada*. Aquests tipus de guaridors han estat descrits a tota la península Ibèrica i, fins fa pocs anys, tenien encara cert paper en algunes àrees rurals de l'Estat, probablement també a la Catalunya interior. Algunes guaridores folk de la Vall d'Aro al segle xx en comparten alguns d'aquests trets.

Una de les especialitats dels guaridors folk eren les berrugues, fins i tot a finals del segle xx. L'especialitat es transmet de pares a fills, i no se sap com ho fan per guarir-les, ja que si diguessin la manera, aquesta en perdria l'efectivitat. En la major part dels casos, el curador, per tal de guarir, demana tan sols el nom de qui té les berrugues i quantes en té. Apunta el nom i cognoms en un paper, de vegades també el renom de la casa on viu, i les fa ensenyar o comptar a l'afectat. Recomanava al malalt que no s'hi fixi, ni se les toqui, i que no pateixi, que li marxaran. Generalment, al cap d'uns dies, setmanes o mesos, segons els casos, quan menys s'ho espera, les berrugues cauen a bocins o ja han desaparegut i no en tornen a sortir més. En parlen sempre els afectats, no pas els guaridors. Els afectats solen exagerar força la seva situació «en tenia les mans plenes, plenes...», «els dits farcits de berrugues...» i «gràcies a tal o qual m'han marxat».

Els *il·luminats* es distingeixen, ells mateixos, per posseir una potència interior sobrenatural de caire benèfic, que es manifesta en determinats moments de la seva existència com una premonició del seu poder guaridor. Aquesta facultat ha estat atorgada des del més enllà per mitjà d'un sant protector en nom del qual fan les seves guaricions. L'il·luminat esdevé un intermediari o mitjancer entre el diví i l'anormal o malalt, i l'apropa amb el seu poder per tal de retornar-lo a la normalitat. Les seves pràctiques guaridores li han estat trameses per la divinitat en moments d'èxtasi i visions. Segons ells, el mal és provocat per un esperit maligne que s'introdueix dins del cos i li causa el mal. Per iniciar-se en aquesta especialitat és necessari tenir la seguretat, diverses vegades confirmada, de posseir aquella potència benèfica, dedicar-se a practicar amb algú ja iniciat en les arts de guarició, i posar-se en contacte amb la divinitat. Els il·luminats són també vidents, per tal de saber el mal que es pateix o quin és l'òrgan infectat. Les tècniques guaridores són variades i es basen en el contacte directe amb el malalt, per mitjà de la imposició de mans, els massatges suaus o la mirada i poden guarir també a distància. Qualsevol objecte seu (sobretot roba) o la seva saliva, posats damunt la part afectada, són efectius contra el mal. A més empen herbes i, fins i tot, medicaments. Els elements religiosos són presents en tots els rituals curatius que porten a terme per demanar l'ajuda del sant protector (sobretot la Creu de Caravaca) i principalment la fe del pacient. Pel seu poder de clarividència, molts practiquen també l'endevinació, l'espiritisme, la telepatia i l'esoterisme. Generalment tenen un ajudant amb propietats sobrenaturals també —la muller o algú que s'iniciï—, i tots dos actuen organitzats. Un dels dos troba la malaltia i la fa passar del malalt al seu cos, l'altre la guareix. Tenen una concepció particular de la religió cristiana, i això fa que molts hagin estat perseguits i condemnats en èpoques passades, per herètics i fidels al culte demoníac, encara que d'altres, en donar mostres de la seva capacitat miraculosa de guarició, hagin esdevingut sants. Bastants d'aquests van ser l'objecte de crítiques ferotges de la xarlataneria.

Els *oracioners* empraven oracions per a gairebé tot. Sovint, cadascun d'ells en sabia unes quantes per certs mals i d'altres de generals. Les més comunes eren pel mal d'ull, l'airada, el dolor... i invocaven sants i santes, Déu, la Verge Maria, Jesús i la Santíssima Trinitat. Totes inclouen el mal que es vol guarir, i algunes el nom del malalt. N'hi ha que citen elements astronòmics o temporals, com ara el Sol, la Lluna, la nit o el dia, sempre barrejats amb personatges i símbols sagrats del cristianisme. Això revela l'origen anterior d'aquestes fórmules i la creença popular del

poder d'aquells elements pagans, tant o més que el dels divins, pel guariment. Hi ha força oracions que donen al mal una personalització i una materialització com si tingués vida pròpia i fos possible d'agafar i destruir com els objectes. Aquestes responen a la visió animista que encara resta en la mentalitat humana i de com s'entén l'univers. En aquestes oracions el mal l'agafa un personatge sagrat que l'aparta del cos on s'està i del món per a què no pugui fer mal o posar-se dins d'un altre cos. L'oracioner escenifica el ritual d'agafar i treure la malaltia, o bé manté un diàleg entre els personatges i el mal. Un bon nombre d'oracions tenen com a complement necessari per ser efectives la celebració d'uns rituals adients; el més corrent és senyar el mal, en sec o bé mullant el dit amb saliva o oli. És important la presència dels nombres cabalístics per a la curació amb oracions. Totes les oracions s'han de repetir tres, set o nou vegades, durant tres, set o nou dies seguits, assegurant-se així la guarició. L'efectivitat de les oracions consisteix en actuar per via directa: es dirigeixen directament al mal, com si també tinguessin vida pròpia i fossin una cosa animada, i l'expulsen del cos. D'altres, no tant sols fan desaparèixer el mal, sinó que prevenen de noves malalties. Unes quantes es presenten com els anticossos del que ha provocat el mal, sobretot aquell produït per les eines. Les oracions poden ser usades en qualsevol moment i unes poques han de ser dites en determinades circumstàncies: de nit, de dia, dites per l'afectat o sense que les senti, dites a les fosques, etcètera. La majoria d'oracions són incoherents en el seu sentit i busquen tan sols la rima al final de cada vers. Aquesta incongruència pels pacients sembla que és el secret guaridor de l'oració que ells no entenen, voltada d'un caire màgic important per a la suggestió i la posterior guarició. El fet que les oracions hagin de rimar fa que la presència dels personatges sagrats s'atengui a aquesta condició, sense tenir, de vegades, cap relació amb el mal que es vol guarir. És sempre condició indispensable que el malalt tingui una fe plena en el valor virtuós i curatiu de l'oració, més que en l'oracioner, simple recitador, ja que sense aquesta fe, no fa efecte. Així els oracioners són guaridors de gràcia, ja que tan sols recitant les oracions curen.

La condició per esdevenir oracioner és néixer quan Nostre Senyor és mort, Dijous Sant. L'aprenentatge s'inicia la nit de Nadal o de Sant Joan, i es necessita d'un altre oracioner ja experimentat que es dedica a recitar cadascuna de les oracions que sap set vegades seguides. Si l'aprenent les recorda, és ja oracioner, i sino, més val deixar-ho córrer, car les oracions en perdrien l'eficàcia guaridora si es repetissin més de set vegades i el mateix passa si són escrites. Les oracions

es reciten a mitja veu i amb poques gesticulacions, i donen d'aquesta forma un sentit màgic a la seva virtut curativa. En iniciar la teràpia, l'oracioner encarrega expressament al malalt que tingui molta fe en la virtut de l'oració i en la seva eficàcia: si hom és escèptic, n'és impossible la recuperació. Amb tota seguretat, són antigues fórmules màgiques utilitzades per impetrar la gràcia de la divinitat o de les forces de l'univers perquè actuïn sobre el mal. Aquestes fórmules han seguit l'evolució de la civilització i s'han adaptat al cristianisme, que les ha acceptat en canviar-ne el sentit del simbolisme pagà pel cristià. Quan el malalt no guareix es diu que la malaltia no era guaridora, que era de mort, i que tot remei és inútil. També es diu que Déu no ha volgut que es guarís, i en contra del seu poder els homes no hi poden fer res, però el més normal és que es cregui que el malalt no ha tingut prou fe.

És un costum general el fet de senyar el mal o el malalt mentre es diu l'oració; això ens permet una variant de l'oracioner, el *senyador*. Deuen la seva gràcia a la mateixa circumstància, el naixement, i també reciten oracions, però atribueixen tanta o més efectivitat al fet de fer el senyal de la creu, com a dir l'oració. Al senyador que per mitjà dels signes i creus es diu que trenca el mal —és a dir, que talla el seu procés o el deslliga de l'origen on està—, se l'anomena *trencador*. Aquests no guareixen totes les malalties, com ho fan els oracioners senyadors, sinó aquelles que es poden *trencar*: angines, mal de ventre, enyorament, espatllament, etcètera.

A més de les oracions remeieres n'hi ha de preventives, dites per tenir la seguretat de no prendre mal durant un temps. D'aquest tipus se'n diuen salms, i les reciten els *salmaires*, especialitat tradicionalment exercida pels captaires. Reciten salms que donen sort, eviten malalties i preserven de xacres diverses. En síntesi, aquests especialistes que obliguen els malalts a tenir fe, els suggestionen per tal que siguin propensos a curar-se, abans que portin a terme les seves pràctiques. La fe és una condició que ha de posar el malalt de forma veritable, respecte a la virtut de l'oració més que la gràcia de l'oracioner.

A Catalunya hi havia encara nombrosos oracioners a les Terres de l'Ebre fa pocs anys, però no cal oblidar que no era infreqüent, fa uns trenta anys, que moltes àvies coneguessin oracions d'aquesta mena i les practiquessin amb les malalties domèstiques.

Els *saludadors* tenien la gràcia guaridora per naixement, gaudien del do de posar remei a qualsevol mal tan sols tocant el malalt, i hi aplicaven la seva saliva o amb paraules especials. Per tenir aquesta gràcia s'ha de néixer la nit de Nadal o la de

Sant Joan, i és molt més gran si s'ha arribat al món al punt de les dotze de la nit, i té més força en el cas dels homes que de les dones. El signe visible de la seva gràcia és la creu al paladar o una mitja roda marcada en un cert punt del cos. Els nascuts el dia de Nadal posseeixen part de la virtut guaridora que es reconeix a Jesús, i els de la nit de Sant Joan, la que s'atribueix a aquest sant. Hom creu que tenen gràcia i seran bons saludadors els infants que han plorat dins el ventre de la mare, sense que ella no ho hagi comunicat a ningú. Guareixen de tot mal i alteració, beneint només la part afectada o tocant-la amb la mà de forma suau, així com xuclant la sang o el pus de ferides i infeccions, sense ressentir-se'n.

5. L'organització sanitària

Malgrat que podem documentar accions de policia mèdica a Catalunya al segle XVIII, com ara el desmantellament dels fossars de la ciutat de Barcelona i les accions destinades a crear un cementiri —el cementiri vell o de l'Est— a principis del segle XIX (Curet, 1983), i a escala de l'Estat, els llatzerets¹⁰⁶ i altres polítiques, no va ser fins al 1822 amb la primera llei de beneficència i al 1845 amb la creació de la Direcció General de Sanitat que pot considerar-se l'origen de les polítiques públiques de salut a Espanya.¹⁰⁷ La llei de 1822 va ser relativament restrictiva respecte a la creació d'hospitals generals o de manicomis; en canvi, a la llei municipal de 1845 s'hi troben establiments assistencials generals, aquells que han de satisfer les necessitats permanents o especials, per a les malalties comunes, les cases de misericòrdia, maternitats i expòsits en un àmbit provincial; per als socors excepcionals, els dispensaris i l'atenció benèfica domiciliària, de competència municipal, segons la llei de 20 de juny de 1849 i el reglament derivat de 14 de maig de 1852 (Maza, 1999). Els ajuntaments havien de dedicar recursos per actuar en casos d'epidèmies, calia que contractessin metges i paguessin aliments i medicines per als més pobres, paguessin l'encarregat del cementiri i escorxador i n'habilitessin llatzerets com el que va estar en actiu al promontori del Fortim de Sant Feliu de Guíxols.

La llei orgànica de sanitat de 1855 i la llei de beneficència van ser els dos principals instruments legislatius que van intentar ordenar la sanitat fins a la Guerra

¹⁰⁶ Vg. Rodríguez, (1813) i Bonastra (2006).

¹⁰⁷ Vg. sobretot la compilació de Rodríguez Ocaña (1987).



Sala de l'Hospital Provincial de Girona, a mitjans del s. xx. Fons i autor Bartomeu Auladell Vidal. AMSFG



L'Asil Suris, creat arran del llegat del benefactor, als afores de Sant Feliu al s. xix. Autor desconegut. AMSFG. Col·lecció Municipal d'imatges.

Civil de 1936-1939. La llei de sanitat no pensava la sanitat en termes de «dret a la salut» com avui dia sinó d'una acció molt més limitada, destinada a lluitar contra les amenaces de les epidèmies vingudes de fora o emergents a l'interior. Totes dues lleis, molt centralistes, van tenir el problema de la migradesa de recursos aplicats per l'Estat als seus àmbits de competències, de manera que aquest es va desempallegar al més aviat possible de les seves obligacions cedint a la força i sense finançament la gestió de les seves competències o serveis a les diputacions i als municipis o, com a Catalunya, fent la vista grossa entorn de les iniciatives privades (Ucelay da Cal, 2005; Comelles, 1991, 2008).

La llei ratificava la creació de les juntes de Sanitat —un invent de l'Estat borbònic posterior al Decret de Nova Planta de 1716—,¹⁰⁸ que operaven a escala de l'Estat, de la província i del municipi, però sense dotar-les de finançament. La seva acció, excepte en sanitat exterior, va ser testimonial a escala local (Beneitó Loris, 2003) i molt limitada fins a la segona dècada del segle xx a la Provincial, presidida pel governador civil (Barona *et al.* 2005), que era qui dictava les normes a seguir. L'organització higiènica municipal no mereixia tanta atenció com les qüestions d'epidèmies i el fet d'elaborar normes preventives o de tractaments específics a cada moment. Les normes d'higiene municipal consistien a recollir les escombraries, netejar els carrers, buidar els pous cecs i latrines, inspeccionar els edificis públics, i el control de les mercaderies d'entrada pel port de la ciutat, més tard s'ampliarien al desenvolupament de dispensaris o casa de socorro destinades a atendre accidents a l'espai públic (Barceló, 2011).

La llei de 1855 institucionalitzava a tots —l'Estat, les conductes del comú a metges, cirurgians, llevadores i barbers-cirurgians—,¹⁰⁹ sota el control dels *subdelegados de sanidad* que, en el món rural, eren els responsables que es complissin les lleis, havien de tenir cura que «cap persona exerceixi el tot o part de la ciència de curar sense el corresponent títol» i presentar als alcaldes i governadors «quantas reclamacions consideressin oportunes», tant en l'aplicació de les lleis com de l'observança dels principis d'higiene i elaborar els informes que els demanessin alcaldes i governadors. També inspeccionaven aquells que exercien tota o part

¹⁰⁸ Sobre la vida incerta d'aquestes vg. Rodríguez Ocaña (1990).

¹⁰⁹ Valenzuela (1994: 272 i seg.) posa en relleu les propostes d'organitzar la pràctica mèdica als *partidos* ja durant el segle xviii i que proposaven una nacionalització i organització corporativa que les contradiccions dels liberals van impedir per assegurar el anomenat *ejercicio libre* del qual s'escriu bàsicament el debat legislatiu.

de la medicina-cirurgia, la medicina, la farmàcia i la veterinària, o sigui metges, cirurgians, oculistes, dentistes i llevadores; els de farmàcia, els farmacèutics (especialment quan s'obria una nova oficina de farmàcia), herbolaris, droguers i especiers; i els de veterinària, els veterinaris, manescals, ferradors i sanadors. El càrrec honorífic no estava retribuït; podien disposar de les dues terceres parts de les multes o penes que s'imposessin per via governativa o judicial. Així se'ls compensava per les despeses del càrrec, però se'ls limitava l'acció.

La Vall d'Aro depenia dels *subdelegados de sanidad* del partido judicial de la Bisbal d'Empordà, integrat per 46 municipis i que el 1845, tenia 37.674 habitants, dels quals 7.600 (20,17%) a Sant Feliu de Guíxols (amb 5.487 habitants) i Castell d'Aro (amb 2.113 habitants) amb agregats com Bell-lloc, Fenals, Romanyà de la Selva, Solius i Santa Cristina d'Aro. Segons el cens sanitari de la província de Girona¹¹⁰ el 1851 hi consten 621 professionals, 209 metges, 124 cirurgians (de categories diverses: romancistes, sangradors, cirurgians de primera, segona i tercera classe), 146 manescals-veterinaris, 129 farmacèutics i 13 llevadores. Reflecteix la gran densitat de facultatius al medi rural i urbà del Principat cosa que ja s'havia documentat al segle XVIII (Zarzo, 2007). La distribució dels professionals no era regular.

Per les característiques peculiars de la geografia catalana i per l'extrema densitat de masos i masies disperses per la geografia gironina, la distància amb els professionals no era mai massa gran. Com les comarques naturals són petites i el teixit urbà del Principat està farcit de ciutats intermèdies: cabezas de partido, capitals comarcals amb l'excepció de les zones muntanyoses del Pirineu, del Pallars, del Solsonès i d'algunes comarques interiors de la demarcació de Tarragona, la distància a una ciutat o població gran és sovint modesta a peu o amb tartana. Aquesta estructura reticular, comunicada per les valls dels rius, permetia certa proximitat als metges, apotecaris, cirurgians i barbers i manescals i al segle XX a les clíniques.¹¹¹ La dotzena de grans ciutats, capitals provincials, seus episcopals i ciutats com ara Reus, Figueres, Valls, Manresa o Balaguer entre d'altres podien oferir una major densitat de serveis. El desenvolupament capitalista tant de la costa com de la capçalera dels rius va reforçar l'estructura en xarxa de la societat

¹¹⁰ Al cens de 1851 hi consten noms i cognoms dels professionals, lloc de naixença, any en què van obtenir el títol, titulació acadèmica (qualitat del títol i data d'expedició) i lloc de residència.

¹¹¹ En el llibre de memòries del ginecòleg Sanchez Cid (2007) hi ha una descripció excel·lent de les clíniques locals de tipus maternoquirúrgic als anys cinquanta del segle XX.

catalana (Vilar, 1964) i la presència ubiqua d'una *gentry* educada a tot el Principat (vg. Terradas, 1987).

A Girona, el 1851 hi havia més professionals que al començament del segle xx i estaven més ben distribuïts territorialment, perquè encara no s'havia produït la concentració urbana característica de la Catalunya posterior a la febre d'or, i durant tot el segle xix la relació entre metges i població rondava 1.500 habitants per metge, gens diferent del contingent de l'atenció primària més recent. A la Vall d'Aro hi havia sis metges, quatre a Sant Feliu de Guíxols¹¹² i dos a Castell d'Aro;¹¹³ dos cirurgians, Josep Canet, que residia a Castell d'Aro, i Francesc Castellà, a Santa Cristina; tres farmacèutics¹¹⁴ i dos veterinaris a Sant Feliu,¹¹⁵ i un a Castell d'Aro, en Josep Agustí. De tots ells, l'Esteve Canet, metge titulat el 1844, havia nascut a Castell d'Aro; Josep Canet, cirurgià titulat el 1813, a Romanyà, i Francesc Castellà, cirurgià titulat el 1839, de Sant Feliu; Joan Dalmau (metge titulat el 1846) era de Solius; Eliseu Forest (metge titulat el 1849) i Josep Antoni Forest (farmacèutic titulat el 1845), Joaquim Valcells (farmacèutic titulat el 1829), i Josep Agustí (manescal-ferrador titulat el 1838) eren de Sant Feliu de Guíxols. Potser Esteve Canet era parent del cirurgià Josep Canet (el seu avi?), originari de Romanyà de la Selva i que va obtenir el títol als 61 anys, en plena Guerra del Francès. O també el cas dels veterinaris Agustí de Castell d'Aro, que van estudiar a la Facultat de Veterinària de Saragossa, i Antoni Agustí March, titulat el 1869 i que era de Castell d'Aro, potser el fill del manescal Josep Agustí citat al cens de 1851.¹¹⁶

Molts dels professionals eren de la comarca doncs la professió mèdica —com les jurídiques—, havien estat a Catalunya una opció de la classe dirigent, tant dels ciutadans honrats, com dels comerciants i artesans. Sovint hom els reclutava entre els cabalers de cases riques i menys riques, relacionats amb la pagesia benestant, els artesans, els comerciants i els industrials¹¹⁷ i la seva vinculació al territori feia

¹¹² Sebastià Fabré, Eliseu Forest Cardona, Joan Ricard Malloll i Antoni Romaguera.

¹¹³ Esteve Canet i Joan Dalmau.

¹¹⁴ Josep Antoni Forest, Roc Roure Roselló i Joaquim Valcells.

¹¹⁵ Esteve Domènec i Joaquim Friginals.

¹¹⁶ En el registre de la Facultat de Saragossa entre 1847-1918 també venien de Santa Cristina, Pere Oliver Pascual, titulat el 1857, i Melchor Marco Palmada, el 1868.

¹¹⁷ En els estudis sobre la Ciutat de Barcelona, Betran (1998) i Amelang (1986) evidencien el pes de les professions sanitàries entre els ciutadans honrats, al mateix nivell que les professions jurídiques. No hi ha cap raó per pensar que les coses fora de ciutat fossin diferents. Sobre els metges del segle xviii a Catalunya, vg. Zarzoso (2006).

inútil la proposta de Munaret a la França jacobina, que «al camp el metge ha de poder parlar com sigui el dialecte del cantó on viu, perquè la majoria de pagesos no entenen res de la llengua de la seva nació, i amb aquells que la coneixen però que refusen parlar-la cal el patois, per domesticar-los» (Munaret, 1840:37). A Catalunya i fora de la ciutat de Barcelona, el món rural era monolingüe, el català era la llengua d'ús dominant excepte a l'administració i plantejava dificultats d'acomodació als no catalans.¹¹⁸ Molts metges del Principat al segle XVIII eren catalans (Zarzoso, 2006).

La llei general de Sanitat de 1855, generalitzava a l'Estat, les conductes del comú i enllaçava amb el protomedicat. Instava els ajuntaments a crear i finançar places perquè els metges vetlessin per la salut de les famílies pobres i assessoressin els municipis sobre higiene i sanitat. La manca de recursos de les administracions locals, i els sous magres de l'Estat expliquen la persistència de les *iguales* per complementar voluntàriament els sous per part dels vilatans.¹¹⁹

Els metges titulars que actuaven en *partidos cerrados* tenien el monopoli dels poblets més petits. Els *abiertos* estaven oberts a la competència. Tots podien exercir liberalment la seva professió ja fos a través de les consultes (els metges i els cirurgians) o les oficines de farmàcia (els farmacèutics).

Aparentment, aquesta legislació legitimava les conductes del comú a escala de l'Estat i no municipal. En la mesura que els metges titulars acabarien sent funcionaris de carrera depenents de la Dirección General de Sanidad, la seva vinculació local podia ser baixa. A altres països, en mantenir-se la competència municipal en la *conductio*, el regiment de la cosa pública podia gestionar els metges locals en funció dels interessos locals i no dels interessos d'uns metges funcionaris que podien desplaçar-se per tot l'Estat sense arrelament local i a l'atzar dels concursos de

¹¹⁸ L'AHSCSP conserva la documentació de l'Hospital que és totalment en català fins a la segona meitat del segle XVIII en què vira al castellà. En les correspondències oficials posteriors a 1769 el bilingüisme és relatiu i en molts casos la correspondència de viles i llogarrets es redacta en català o amb una mescla força pintoresca.

¹¹⁹ La pràctica de les *iguales*, un fet cultural interpretat erròniament com una corruptela durant la Transició, obeïa d'una banda al salari magre dels metges de poble, però sobretot a la voluntat secular de les col·lectivitats locals de fixar el metge al poble i té relació amb l'acondament dels metges. Hi ha alguns testimonis biogràfics catalans que passen discretament per sobre d'aquesta pràctica, però que il·lustren la vinculació profunda entre els metges rurals i els municipis en la mesura que era allí on es guanyaven la vida i per això calia un *feeling* especial, el qual va ser l'objecte de nombroses conferències i escrits durant el segle XIX i part del XX.

trasllat, basats en criteris burocràtics. El problema del sistema espanyol de metges titulars va ser sempre aquest, que no sempre els titulars es van voler adaptar a una realitat local concebuda simplement com un lloc de pas fins a fer «punts» i saltar més enllà. Per això, a Catalunya hi haurà ràpidament uns sistemes d'assegurança o contractes privats de conduïment en un mercat mèdic molt més sòlid que en les comarques deprimides de l'Aragó, Castella o Andalusia i en el qual els metges «del país» seguiran tenint un pes específic notable.

Per part de l'Estat, el sistema de metges titulars va posar sempre en relleu el problema general al constitucionalisme espanyol des de 1812 fins a 2009 com és el pèssim —i en general injust—, finançament de les corporacions locals, i que crea enormes disfuncions i desigualtats territorials en els dispositius i en prestació de tot tipus de serveis. Dins el model de cultura paccionada civil que hem esmentat, la responsabilitat del comú era la que va fer possible el manteniment de les institucions i de les conductes del comú. Ara bé, el nou sistema de contractació va fer que els metges titulars de la província de Girona es queixessin reiteradament, ja que cobraven dels municipis amb moltes dificultats i sovint eren víctimes dels alcaldes, que utilitzaven les seves prerrogatives per tal d'afavorir o perjudicar a determinats professionals del ram, en funció de llurs conveniències. En una circular de la Dirección General de Sanitat del 30 de juliol de 1901 s'instava que els col·legis de metges i de farmacèutics enviessin informació sobre els deutes dels ajuntaments als facultatius. En P. Roca Planases lamentava que «en la mayor parte de poblaciones rurales eran y son blancos de las iras de caciquillos y monterillas, los médicos titulares que no tienen otros medios de subsistencia que la dotación municipal».¹²⁰ Però constatava, que a diferència d'altres indrets d'Espanya, «en nuestra provincia afortunadamente no existen titulares como en las demás regiones de España; muchos pueblos carecen de ellos y en otros fueron nombrados para cumplir la Ley de reclutamiento, percibiendo una insignificante cantidad por éste y análogos servicios municipales. Sin embargo creemos que cuantos compañeros sean titulares en tales ó cuáles condiciones, deben atender al llamamiento que hace el Dr. Pulido por conducto del Colegio de Médicos de Madrid a todos los médicos de partido estén o no colegiados. Aunque nuestros compañeros de partido prefieran el actual sistema de igualas directas con los clientes sin intervención ni nombramiento de los municipios, y no les interese particularmente la circular,

¹²⁰ *Circular y editorial*. Boletín mensual. Colegio de Médicos. Provincia de Gerona (1901, 8:139).

siempre están obligados a prestar auxilio en una ú otra forma a los colegas de otras regiones que por la costumbre establecida allá o la necesidad, arrastran vida precaria y son impotentes para modificar el sistema de titulares, sin contar que es necesario también regular, las relaciones pecuniarias entre médicos municipales y los ayuntamientos, pues la cantidad señalada oir estos en sus presupuestos es tan exígua que apenas gratifica a los médicos por sus trabajos en la época de quintas; siendo altamente ridículo y perjudicial para los intereses del médico tener que visitar gratis (según la población) tres o seis o más familias absolutamente pobres y por ende imposibilitadas de pagar al médico; cuando la asistencia de estas familias debiera correr por cuenta de los municipios y ser el pueblo todo y por tanto los más ricos, los que aseguren la asistencia retribuïda de los verdaderamente desheredados; y como es muy triste sea el médico el único en soportar tal carga, y bastantes pruebas de altruismo ya mora los desvalidos han dado ya los médicos, urge corregir tales abusos y pedirse cumpla la ley de Sanidad». Millor diagnòstic del fet diferencial entre Catalunya i Espanya en temps de la Solidaritat Catalana, impossible.

A Girona, el 621 professionals dels diferents sectors sanitaris de 1851 van reduir-se a 495, segons l'estadística Industrial de 1906. Els metges passen de 209 a 196, els farmacèutics de 129 a 114; els cirurgians cauen de 124 a 25, i els manescals de 146 a 22. La reducció dràstica de cirurgians i manescals s'explica perquè eren oficis en vies d'extinció (o reconversió), substituïts pels practicants i els veterinaris amb títol i no pas per passantia (via eliminada a partir de 1851). Entre els 129 veterinaris de l'estadística de 1906 i els 22 manescals que encara restaven, s'arriba a 151 que supera els 146 manescals de 1851. La lleugera reducció del nombre de metges no ens sembla significativa, ja que parlem d'un procés de reconversió professional en un context de creixent regularització acadèmica de les professions.

A escala local, els *partidos médicos* —els municipis— havien de constituir juntes locals de Sanitat que conflueïen en la Junta Provincial. La composició va anar variant en el temps i les seves funcions eren:

- Fer analitzar les aigües potables.
- Prohibir fer ús d'aigües de pous.
- Recordar als metges d'informar dels casos de les malalties infeccioses.
- Impedir l'entrada de fruites estrangeres (si no es justificava que no procedien de llocs amb epidèmies).
- Fer complir les ordenances quant a animals domèstics.

—Fer escombrar els carrers dues vegades al dia.

—Prohibir absolutament llençar latrines a les clavegueres i a la riera.

—Obligar els hortolans que tinguessin safareigs de roba que tinguessin un dipòsit d'aigua neta per a l'ús de les verdures.

—Prohibir la sortida de gossos pels carrers fins després de la recollida d'escombraries.

—Prohibir tot tràfic de robes velles que no haguessin estat desinfectades.

—Obligar el personal de l'hospital, asil, fondes, parades, casinos, cafès, cases d'hostes, quarters, escoles,... que fessin desinfectar els lavabos.

—Prohibir l'entrada de pobres transeünts.¹²¹

A la pràctica, això, significava conscienciar els veïns sobre la desinfecció de robes i habitatges o aturar el costum d'alguns pagesos de regar els horts amb aigua bruta. També inspeccionaven les escoles, els locals públics (cafès, teatres, casinos,...) i les cases de barrets.¹²² També s'assumia les inspeccions arran de denúncies de veïns. Sovint el governador civil demanava informes sobre persones determinades, tal com el 1908 que en va demana un sobre una parella que exercia «tráfico o industria de la prostitución» al carrer de Santa Llúcia de Sant Feliu de Guíxols. Una dona coneguda també com a curandera.¹²³ Durant la Segona República, els metges portaven a terme la inspecció setmanal de totes les prostitutes locals.¹²⁴

A Santa Cristina, la Junta Local de Sanitat la formaven fins als anys 30 un o dos metges cirurgians, un veterinari i alguns propietaris. El 1935 la Junta Local de Protecció de Menors va incloure a més del metge titular, dos mestres i dos representants de les famílies. Segons la normativa de 1935, per formar aquestes juntes era preceptiu que hi participés el rector de la parròquia, un metge titular, designat per l'alcalde, el jutge de Primera Instància o el municipal, un mestre i una mestra, un pare i una mare de família, i un obrer, amb la presidència de l'alcalde. En el cas que no hi hagués cap metge titular, ni veterinari, ni farmacèutic —com a Santa Cristina d'Aro el 1903— es nomenaven veïns del poble i el secretari municipal exercia d'inspector de sanitat.

¹²¹ Acta de la Junta de Local de Sanitat, de 6 setembre de 1911. AHMSFG

¹²² A partir de la instrucció general de Sanitat i la Reial ordre, de desembre de 1903.

¹²³ Roser Molins.

¹²⁴ Així ho feia el Dr. Joan Prim (entrevista a Rosa Prim).

La inculcació d'idees higièniques possibilitava accions puntuals als municipis. El 1911 es van construir els únics safareigs públics, a l'actual plaça del Puig Marí, a Sant Feliu de Guíxols. Hi anaven moltes dones, sovint acompanyades dels seus fills, que les ajudaven a carregar les galledes amb la roba. Hi havia també safareigs en cases privades que eren utilitzats pels veïns, als quals es permetia d'anar-hi a rentar. Com els de Can Merdes (nom que havia pres perquè era on se n'anava a buscar de la comuna per adobar els camps) a la confluència dels actuals carrers de les Eres i de Girona; i els de Can Robert a Mascanada o el de la casa de la Teresa Pagès, allà a la carretera de Tossa, on anaven tots els veïns de Montcalvari. En aquests altres llocs l'aigua era més bona (de la Mina de les Comes, de l'Arbre del Rei, de la Mina Oliveras,...) però als safareigs públics, segons la Teresa Pagès, l'aigua era «molla», una mica salada i les dones es queixaven que el sabó no feia bromera. La feina dura de rentar a l'hivern i a l'estiu es complicava quan no funcionaven els motors que pujaven l'aigua del pou de l'Ajuntament fins al Monestir i des d'allà cap al puig. En un local cobert —sempre tancat a pany i clau—, al costat dels safareigs hi ha encara una màquina per cremar la roba i els estris dels malalts infecciosos.

Com a la Vall d'Aro —en especial a Santa Cristina d'Aro— sovintejaven els desbordaments periòdics del Ridaura, que afectaven el barri de la Teulera i contaminaven les aigües calia supervisar la qualitat de l'aigua de mines i fonts. Una de les primeres fonts públiques es va obrir el 1859 a la plaça del Mercat de Sant Feliu de Guíxols, a càrrec de l'indiano local, resident a Cuba, Feliu Cabarrocas. Abans l'aigua és pouava per cuinar i, per beure s'anava a les fonts. El 1854 la Companyia Lloveras i cia s'encarregava de du aigua als habitatges i l'any abans s'havia obert un nou cementiri, als afores de la vila, on ja s'havien enterrat els militars morts a la Guerra del Francès, i va tancar el parroquial intramurs. L'enllumenat públic —d'oli primer i després de petroli— i les fonts van resoldre part de les necessitats de la població. Als anys vint, la canalització de les rieres i la construcció d'un mercat cobert van solucionar els problemes higiènics principals.

Tots els metges locals tenien experiència en salut pública. Ocasionalment, com va fer en Joan Prim, ho havien de comunicar a la Dirección General de Sanidad, amb un brot de còlera que va tenir com a conseqüència directa una quarantena que va provocar la indignació de la població i de la indústria envers ells. A canvi, l'Estat reconeixia aquestes gestions.

La Instrucción General de Sanidad, de 13 de maig de 1904, va revisar l'agenda de la higiene municipal, condicions de carrers i habitatges, aigües potables, cementiris i escorxadors. Com a caps locals de sanitat, els metges titulars havien de combinar la tasca clínica amb la de salubritat pública: l'anàlisi i cura de les aigües (amb el farmacèutic), la salubritat dels habitatges, la comunicació setmanal de les malalties de declaració obligatòria, l'assistència benèfica municipal i el reconeixement dels mossos per a les lleves, etc. Depenien dels alcaldes i del director provincial de Sanitat.¹²⁵

L'organització sanitària de l'Estat liberal va néixer hipotecada per una falta de recursos crònica de l'Estat i pels dèficits democràtics expressats per la persistència del caciquisme i d'una legislació electoral que l'afavoria, així com pel pes dels interessos econòmics i corporatius —entre d'altres, dels metges— que controlaven l'aparell polític i en el qual dinasties de funcionaris i professionals en nòmina de l'Estat segueixen fins al moment actual per la persistència de procediments de captació en la provisió de les places públiques.¹²⁶

Dins la cultura política, tant de la pseudo Il·lustració borbònica, com del liberalisme espanyol, persisteix un estil autoritari i jeràrquic reflectit per la hiperactivitat legislativa que mai es tradueix en acció política. De les lleis de beneficència del segle XIX, la de 1822 mai aplicada, i la de 1849, i la de Sanitat de 1855 no van resoldre els problemes sanitaris ja que la seva aplicació pràctica, delegada a unes diputacions sense gaires recursos, va limitar-ne l'abast. Només, en la segona dècada del segle XX, hi ha un canvi de tendència el qual la II República apenes va tenir temps d'abordar. A Catalunya, la política sanitària de l'Estat va ser inexistent. La provisió de serveis a Catalunya la seguirien fent, més enllà de la desamortització de Madoz de 1856, institucions privades o públiques, els hospitals municipals i ja en el darrer terç del segle XIX institucions fundades per ordes religioses. A escala local, l'empobriment dels municipis petits dificultava que els metges i els farmacèutics titulars poguessin desenvolupar les tasques assistencials i sanitàries que tenien encomanades més enllà d'atendre als pobres i tenir cura d'alguns aspectes sanitaris.

¹²⁵ Hi ha una bona síntesi a Barona *et al.* (2005:73-74).

¹²⁶ Com a exemple, les formes de provisió de places de jutges, notaris, advocats de l'Estat, catedràtics de la universitat i d'institut, metges titulars de diversos cossos, etc.



El Promontori dels Guixols, amb la caseta de Salvament de Naufrags al cim. Autor desconegut. AMSFG. Col·lecció Espuña-Ibáñez.



Vista del Salvament de Naufrags de Sant Feliu de Guixols. Autor desconegut. AMSFG. Col·lecció Espuña-Ibáñez.

6. La pràctica dels metges

«El jove metge rural té certs avantatges sobre el seu col·lega de la ciutat. Se'l coneix aviat en el barri, i el fet que s'hagi graduat en una gran escola de medicina o fet el seu aprenentatge en un gran hospital diu molt al seu favor. Molts cops tenim compassió per el metge rural, oblidant que, laboriosa com és la seva vida, aquesta no deixa de tenir avantatges i inclús encant. El que perden llibres, societat i diversió racional, es compensa per la inspiració dels aires saludables del camp i per la diària contemplació de la natura en les seves rondes diàries. Molts cops em sorprèn per la poca atenció que mereix per als metges rurals l'estudi de la botànica, mineralogia, geologia i zoologia, que permeten diversificar la seva tasca i realçar el seu plaer» (Gross,1975:17).

Reconstruir la pràctica diària d'un metge durant la primera meitat del segle XIX a la Vall d'Aro no és fàcil. La legislació i la documentació administrativa no permeten acostar-se ni a la vida quotidiana, ni a la pràctica diària. Per això, sovint hem de recórrer a l'inductivisme i a proposar reconstruccions hipotètiques a partir de la coincidència de discursos determinats, especialment documents en els quals els metges proposen catàlegs de bones pràctiques (Comelles, 1991). Tanmateix, en un mercat mèdic basat en l'atenció domiciliària als pacients, «el dormitori del pacient serà el teatre de les vostres tasques, l'escenari associat als vostres triomfs i als vostres fracassos, entre els crits i els patiments dels seus clients, heu de regnar i complir el seu destí i, sino sempre surt del combat amb les paraules de triomf escrites a la seva bandera, té el consol que ha fet el seu deure, que ha fet tot lo humana i tècnicament possible» (Gross, 1975:8) que s'associa a un escepticisme terapèutic, «molts imaginem que el metge és omnipotent, capaç de fer miracles, encara que estigui citat al costat de qualsevol home que pugui morir. Dels molts casos i accidents que cada dia ha de supervisar sempre hi ha alguns que han de ser inevitablement mortals i en els quals l'únic bàlsam és alleugerar temporalment el patiment o una breu prolongació de la vida» (Gross,1875:8).

És difícil conèixer en quines circumstàncies hom cridava el metge, o bé tenir descripcions fiables, de caire etnogràfic, sobre la pràctica quotidiana, lluny de la idealització que s'escau de les representacions gràfiques o de la literatura. A títol purament indicatiu dels problemes que això planteja, heus ací dos exemples. Un és una descripció, *expost-facto*, en una novel·la del metge August Pi Sunyer (1957:48-49) sobre una visita de metge a Roses el 1798:

«Per l'estreta escala puja Sunyer. Sobre una màrfega jau la malalta. Aire recols, fortor de malalt i poca llum que ve de la finestra minúscula i ben fermada. Brut el llit i bruta la malalta.

—Què? No anem més bé, Marta.

—Què vol que li digui, senyor Francesc? Les febres m'han rebrotat i el ventre em fa mal. Miri com el tinc, com un timbal! No puc bleixar i no puc fer la feina. Cada nit l'esgarrifança i la suor. I en Tomeu tampoc està bé.

—I perquè no m'avisàveu abans?

—I què vol que hi fem? Ja sé el que tinc i no hi ha remei que em provi.

—Això és molt dir. A veure la panxa?

Ventre hidroic. Melsa i fetge. Pell seca i sense color. Marta s'ha assecat i hom diria que ha envellit de vint anys des de setmanes endarrera.

—Bé, dona. No està tan malament això i hom no ha de rendir-se. Diré al barber que et faci una sagnia major cada setmana i prendràs els polvos que et receptaré i et vendrà l'herbolari. Són amargs però els prendràs. Beuràs aigua de barbes de morsec. No provis de moure't del llit. Jo tornaré demà passat. No pots seguir així sense que ningú que t'atengui.

—I què fer? En Tomeu ha de tenir cura de la parròquia, la meva germana no pot venir més que a estones, la canalla tot el dia fent el perdut pel carrer».

Escrit al segle xx, descriu una visita domiciliària a principis dels anys setanta, amb molts elements en comú amb les visites de metges o infermeres als domicilis avui en dia. L'altre exemple, el trobem un segle més tard, el metge barceloní Manuel Blanqué explicava a un neòfit, Ignasi de Gispert, que hi havia «una paraula màgica i d'una gran utilitat *irritació*: Sempre que li preguntin un diagnòstic poc clar o que li interessi no gastar saliva en debades, contesti:

—Vostè el que té és una irritació.

L'experiència m'ha demostrat, a mi i a molts col·legues als que he confiat el meu secret, que el client sempre queda content amb la resposta i no pregunta res més» (Gispert, 1976:52).¹²⁷

Aquests dos exemples poden complementar-se amb la narrativa etnogràfica del llibre de J.Grasset (1882) sobre l'art de la prescripció, i en el qual com Munaret, il·lustra alguns dels trets de la pràctica mèdica en temps de la topografia de Sant Feliu:

¹²⁷ Axel Munthe (1940) feia el mateix amb la noció de *colitis* en la seva clientela parisenca durant la *Belle Epoque*.

«Si la malaltia és crònica heu d'entendre-us amb el malalt i amb la seva família; si és aguda és sobretot amb la cuidadora (perquè és per mi una funció femenina). Un metge no pot abandonar la capçalera del malalt sense assegurar-se de la qualitat de la cuidadora, sense haver-li precisat (si convé per escrit) tots els detalls de la seva missió, i sense haver-se assegurat que comprèn tot el que se li ha dit» (Grasset, 1882:10).

Com el text fa referència bàsicament al tractament, Grasset dóna una idea força precisa de com estructurar-lo, primer a partir de consells higiènics que són: «capital en les malalties cròniques, de les que és un potent modificador, és també fonamental en les malalties agudes, especialment en el grup (avui considerable) pel qual es practica l'expectació. Prenc aquí, la paraula *règim* no en el seu sentit estricte alimentari, com en el sentit llarg, etimològic (*regere*) i tradicional: la reglamentació no només del menjar i el beure, sinó també de tot el que té a veure amb l'aire, l'exercici i el repòs, el somni i la vigília, les passions, els vestits, els banys, les substàncies que han de ser evacuades o conservades a l'organisme, és a dir, tot el que fa referència a la direcció a imprimir en el funcionament del cos humà. La prescripció del règim ha de ser la vostra principal preocupació, perquè encara que molts cops no donareu medicaments, sempre prescriureu un règim» (Grasset, 1882:7). Cal reglamentar «les hores, la naturalesa, les quantitats i el nombre de menjars; les begudes, les hores d'administració dels remeis, s'ha de precisar si s'ha de despertar al malalt per medicar-lo [...] Si guarda llit s'ha de dir si se li pot canviar, fer el seu llit, a quina hora, el tipus de llit i la policia de l'habitació. Si pot o no aixecar-se, sortir, etc.» (Grasset, 1882:7) i el règim ha de ser «la vostra principal preocupació, perquè encara que molts cops no donareu medicaments, sempre prescriureu un règim» (Grasset, 1882:7) el qual «ha de fer-se amb precisió, deixant el mínim de latituds a l'entorn. Una prescripció vaga d'higiene no se seguirà o se seguirà. Un malalt no es curarà més que si reguleu el seu horari de tota la jornada cuidadosament. El malalt no obehirà més que si us té confiança i no la tindrà més que si sou categòrics i precisos...» (Grasset, 1882:7).

El que fan Grasset i el text de Munaret, que ja havíem citat, es considerar-los fonts,¹²⁸ en la mesura que, a partir de l' experiència viscuda volien transmetre consells «a quants joves metges s'ha de trucar al mig de l'escala per demanar-li

¹²⁸ Aquest tipus de fonts més les hemerogràfiques les fa servir Darmon (1988) per evocar la pràctica del metge de 1900 a París.

que pugui donar-se de menjar o no al malalt, si pot sortir, si pot fer-se el llit. Aquestes negligències tenen un efecte deplorable, legítimament deplorable. Quants grans metges han de canviar el seu prestigi a la cura quasi minuciosa amb la qual prescriuen els detalls» (Grasset, 1882:7), que ens permeten pensar en com es devenien les coses a la vida diària. La majoria coincideixen (Comelles, 1996) en la necessitat d'una bona comunicació i empatia amb el pacient i amb la seva família. Gross (1875:9) insistia en què «en les malalties infeccioses autolimitades no hi ha tractament ni vàlid ni que acurti el procés. Els atacs poden ser moderats però en ells l'interès personal, si no el sentit del deure, ha de conduir al metge a il·luminar al pacient i als seus amics sobre l'assumpte, sense oferir falses esperances ni falses promeses».

L'arribada d'un metge nou al poble obria una fase d'observació pública dels seus actes, sovint començava anunciant a la premsa local que s'establiria a la ciutat com José Pla Basart, doctor en Medicina i Cirurgia.¹²⁹ Segueix l'escrutini de la seva vida pública, privada i professional per tal de comprovar-ne la vàlua professional, el seu fons humà i sovint també per la seva afició a les faldilles. L'estranyesa inicial, si el metge era hàbil i seguia els consells de Munaret, es transformava poc a poc en una persona de confiança, o no. En el segon cas, els metges duraven poc.

7. L'Hospital

A la Vall d'Aro, el paper de l'hospital local no era negligible un cop definida la seva especialització en la malaltia com estableix el reglament que l'adaptava a les disposicions de la llei de 1822. Aquesta postula que els ingressos impliquen ordre d'ingrés i de baixa facultativa i, eventualment la certificació de pobresa, es fixen unes hores de visita per als facultatius i cirurgians i es regula la tasca de l'hospitaler. A diferència de Valls, on Mossèn Cesat volia a les filles de la Caritat de Sant Vicent de Paül, a Sant Feliu en Narcís Marsillach, que seria molts anys administrador de l'Hospital, va suggerir el 1827 la introducció d'un servei d'infermeria, les *germanes*, que no podien ser casades ni vídues amb fills i «deuran tenir *al menos* 40 anys d'edat i totes deuran ser robustes, de bona fama i costums» (Borrell, 2005:43). La proposta d'aquestes *germanes*, sense que hi hagi cap referència a què fessin part

¹²⁹ AHMSFG, *La Lealtad*, 5 de febrer de 1898

de cap institut religiós, va rebre una resposta negativa de la municipalitat que va destituir els administradors i en va nomenar uns altres.

Aquesta polèmica entre els administradors civils i els eclesiàstics en relació amb la presència de germanes —que acabaven sempre pertanyent a instituts religiosos—, té una llarga tradició a Catalunya i l’hem documentada a Valls (Comelles, Daura, Arnau & Martín, 1991) i a la Santa Creu de Barcelona (Curet & Anglada, 1983; Comelles, 2006). Té a veure amb la malfiança dels administradors civils locals en relació amb el poder que podrien adquirir les congregacions de germanes dins la gestió i els objectius dels hospitals. Possiblement hi ha elements, ben fundats per cert, d’anticlericalisme ja força presents en la vida catalana de finals del segle XVIII (Fontana, 1986) i amb els intents dels bisbes de fer-se amb el control de tot el dispositiu assistencial del Principat.¹³⁰ En el cas dels hospitals locals, Valls o Sant Feliu de Guíxols, els municipis que s’havien alliberat recentment de les tuteles jurisdiccionals dels convents o de les autoritats religioses no volien saber res de qualsevol organització que pogués posar obstacles a la seva hegemonia. A Sant Feliu de Guíxols l’evolució dels reglaments la dècada següent reforça la medicalització dels ingressos i introdueix ordres destinades a millorar la higiene i les condicions de vida.

La situació econòmica de l’hospital entre 1833 i 1839 mostra un superàvit quasi constant encara que també canvis profunds en l’estructura dels ingressos. Creixen les almoines en general, els ingressos per rifes i lloguers mantenen una certa estabilitat i, el que és més sorprenent és la tendència creixent dels censals a partir de 1836. L’Hospital, com va passar també amb Santa Tecla a Tarragona, es va fer càrrec, no sense dificultats, de la gestió del nou cementiri de la vila construït extramurs (Borrell, 2005: 45-46).

El procés de medicalització de l’hospital queda consagrat pel reglament que segueix a la promulgació del reglament de beneficència de 1852 (Borrell, 2005: 50 i seg.). El model de gestió de l’hospital és el que hom coneix com a hospital domèstic: una institució en què la vida quotidiana estava regulada i supervisada pel personal d’infermeria, habitualment les germanes, i en el qual la funció facultativa quedava limitada a certificar ingressos i altes, a passar visita i a prescriure

¹³⁰ Fem referència a l’informe polèmic sobre la beneficència del bisbe Climent de Barcelona, davant els intents centralistes del capità general. Vg. Vives (1957), i per l’actitud de certs sectors eclesials, Lluch (1973).



Sala d'operacions de l'Hospital de Sant Feliu de Guíxols, 1929. Autor desconegut. AMSFG. Fons Hospital.

sense intervenir en el dia a dia. L'hospital domèstic és una etapa hospitalària de trànsit entre l'hospital hospici del segle XVIII i l'hospital jerarquitzat del segle XX. Són habitualment institucions locals que ofereixen calor de llar a una sèrie d'internats per als quals l'hospitalització domiciliària no és possible.¹³¹ A escala local, l'hospital permetia un cert marge de maniobra als metges i a la població, si les seves condicions d'habitabilitat eren raonablement bones, i en això les germanes dels instituts religiosos —en el cas de Sant Feliu les Germanes Hospitalàries de Santa Teresa de Vic (Paz, 1978)— van mantenir en els hospitals públics i privats catalans un estil i una netedat de monja molt característic i que encara era ben visible durant el tardofranquisme.

El problema principal que tenien tots els hospitals catalans era l'espasa de Dàmocles de les desamortitzacions previstes a la llei de beneficència i que es van

¹³¹ Vg. sobretot Roquer (1875) sobre els avantatges de l'hospitalització mixta, que és la que finalment s'aplicava en aquests hospitals. Vg. també el cas de Valls (Comelles, Daura, Arnau & Martín, 1991).

executar en temps de Madoz (1856). La malfiança de les institucions catalanes en relació amb el procés desamortitzador era absoluta, ja que totes les experiències anteriors del liberalisme espanyol havien estat un desastre. A més a meitat del segle XIX, hospitals com el de Sant Feliu de Guíxols no podien tancar-se perquè el creixement de la demanda era considerable, derivat de les noves condicions de vida laboral i social, i el 1849 van ingressar a l'hospital 109 malalts (on havien fet 2.154 estances per a una població de 5.000 habitants, o sigui que l'ocupació mitjana de l'hospital era d'un 50% dels llits —6 malalts per dia de mitjana—, i amb una mortalitat molt baixa, del 8,43%) (Borrell, 2005:53).

El procés desamortitzador (1797-1856), presentat com una forma de modernització de la societat i de l'economia espanyola, va ser l'intent més brutal per destruir el sistema assistencial local a Espanya. Des d'una perspectiva crítica, i tenint en compte que la Convenció francesa havia desamortitzat els hospitals francesos i només divuit mesos més tard ja els havia tornat als municipis (Risse 1999) —en l'Estat que inventa el jacobinisme—, el procés de desamortització espanyol es debat entre un mite liberal de forces productives i una realitat, probablement més pròxima, de reconstrucció dels patrimonis de les classes dirigents rendistes especialment en el que fa referència al patrimoni rústic i urbà. Potser val la pena recordar que els capitals constituïts amb les desamortitzacions no van dirigir-se a la indústria o al comerç, sinó en bona mesura a la Borsa i fer de prestamista d'un estat sempre és deficitari.

La desamortització de Madoz va declarar la venda de tots els béns de l'Estat, del clergat, de les ordes militars, obres pies, santuaris, ajuntaments i altres *manos muertas*, i va permetre els censalistes lluir a baix preu censos i censals, els interessos dels quals pagaria el Tresor Públic. Això que podia dur a la fallida als hospitals locals es va evitar, en part, amb estratègies per escapolir-se'n —com a Sant Feliu (Borrell, 2005) o a la Santa Creu (Comelles, 2006:78-82)—, però va afectar els ingressos per als lloguers perquè la desamortització dels comuns va incidir negativament en la capacitat dels ajuntaments per cedir arbitris al mermar-los les rendes pròpies. A més hi havia nombrosos retards en el pagament dels interessos que l'Estat devia a les institucions un cop substituïts els béns desamortitzats pels títols de deute públic (Rovira i Gómez, 1987:233-243). El quadre 7 il·lustra els efectes que les desamortitzacions van tenir a l'Hospital de Valls, l'economia del qual abans de 1855 es basava exclusivament en les tres fonts citades d'ingressos i li conferien una autonomia econòmica total en relació amb el municipi i a l'Estat.

Quadre 7. Fonts d'ingressos de l'Hospital de Valls en pressupostos diferents del 1843 al 1901 (expressat en tant per cent).

CONCEPTES	1843	1847	1886	1901
Rendes finques pròpies	41,4	49,2	6,9	8,8
Pensions de censals	40,2	36,8		
Arbitris i aigües	16,1	13,8	2,2	12,3
Deute públic			14,8	12,7
Subvencions			31,4	21,4
Malalts privats			3,1	
Almoines i donacions			5,1	26,0
Ensenyament			17,7	18,1
Altres			14,2	0,05

Fonts: 1843: AHCV Fons Municipal, Secció Beneficència i Assistència Social. 1847, AMV, Secció Beneficència i Assistència Social. 1886, AHCV Fons Mercadé. 1901, AMV Beneficència i Assistència Social.

Si abans de 1856 els hospitals podien ser independents, després van entrar en un període crític. Els administradors de Valls, el 1857, demanaven per a l'Hospital l'exempció del pagament de contribucions a causa de «la imposibilidad por falta de recursos del hospital por la rebaja de rentas que ha sufrido por las luiciones de varios censales». Malgrat que Hisenda pagava «2.926 reales con 20 cts por los bienes y censales luidos que pertenecieron al Pío Hospital»,¹³² la quantitat estava molt per sota del que l'Hospital rebia dels censals (el 1847, 8. 491). El 1859 van vendre totes les finques rústiques i urbanes¹³³ i, si abans rendien uns 16.000 rals, després només 2.925,¹³⁴ per això no podien «acudir a las precisas y absolutas necesidades del Pío Hospital».¹³⁵

I tot això malgrat que, des de principis del segle XIX tots els hospitals catalans procuraven diversificar les seves fonts d'ingressos (Comelles, 2006, 2009).

La desamortització va tenir com a efecte principal suprimir la connexió directa entre l'acte de fundació hospitalària —constantment renovat per donacions i

¹³² AHMV, *Actas Municipales*, 19.07.1858

¹³³ Amb les excepcions de l'edifici de l'Hospital i el teatre.

¹³⁴ AHMV, *Actes Municipals*, 14.06.1860

¹³⁵ AHCV «Documents diversos 1800-1860». *Carta de la Junta local de Beneficència al Gobernador Civil* (31.05.1860).

llegats de tots els estaments socials— i l'activitat assistencial. És a dir, afectava un dels pilars de la cultura paccionada, del regiment de la cosa pública, i la concepció de justícia redistributiva que estava en la seva base. A més posaven en qüestió una cultura per la qual els hospitals locals eren del poble i per al poble, per la qual cosa el poble assumia una responsabilitat col·lectiva de mantenir-lo, refer-lo en temps de dissort i d'adaptar-lo als canvis, però sempre des la seva autonomia local autònoma, independent de poders i d'interessos foranis. És aquest un model que Carasa (1987:632) va denominar *assistència integral*, concepte que preferim anomenar amb el terme *protecció social integral*.

Ara bé, som molt lluny de l'Estat del benestar, som en el terreny de l'Estat, en el de la *polis* i en el de la identitat local, però en bona mesura el seu significat dins la cosa pública és exactament el mateix que el que té avui des d'un punt de vista cultural. És l'*enbodiment* del significat d'una institució que no pot ser substituïda, a menys que l'Estat sigui capaç d'oferir una alternativa creïble, que acabarà sent l'Estat del benestar. A Espanya, un estat molt dèbil, aplica la màxima del *ni comerlo ni dejarlo* i per fer-ho acaba acceptant irregularitats jurídiques de tota mena per poder prestar els serveis, o rebutja transferir a les corporacions locals els instruments financers que calen per desenvolupar i mantenir les infraestructures.

La solució que els administradors de Sant Feliu de Guíxols van trobar per evitar el fracàs desamortitzador va ser la privatització, amb la intenció de poder conservar el patrimoni i d'incrementar-lo amb un flux de llegats considerable (Borrell, 2005:59-66) i que s'explica per l'interès de les classes benestants d'oferir un nivell de serveis que en bona mesura també servia per assegurar una certa pau social. Un dels instruments per fer-ho va ser la constitució d'una Junta d'Auxilis (Borrell, 2005:67-72) destinada a una recaptació regular que permetés la capitalització de la institució en el futur. El problema va ser que en utilitzar un marc legal situat en els límits del límit —el mateix va passar a la Santa Creu—, aquestes institucions havien de crear confiança no amb els administradors delegats pels municipis i per tant per la sobirania popular, sinó amb els particulars sense més representació que ells mateixos, els quals aprofundiran en el concepte de societat civil.

8. La societat civil

Un dels processos més interessants en la societat catalana ha estat el desenvolupament extraordinari de l'associacionisme civil i de formes d'organització, més enllà, de l'enquadrament religiós tradicional en forma de confraries. Són formes d'associació ben diverses, des de l'afiliació al moviment obrer a societats corals, culturals, recreatives o científiques, o per respondre a contingències vitals, com són ara les entitats de socors mutus o d'assistència. A Sant Feliu «existen en esta villa una escuela elemental y dos de párvulos, ambas gratuitas, subvencionadas por el municipio y sostenidas por un rico y honroso legado de un hijo de esta población. Hay además un colegio de segunda enseñanza donde se cursan todas las asignaturas del bachillerato en Artes. Ya que de escuelas se trata, una importante para el desarrollo físico de estos habitantes, que un colega apreciable ha tenido el buen propósito de establecer. La escuela de gimnasia higiénica que nos ocupa, está llamada a prestar un gran bien a estas débiles constituciones». (Oliu, 1880).

Hi havia quatre societats de socors mutus entre 1845 i finals de segle que s'ampliarien a dues més al segle xx, a més d'algunes cooperatives (Borrell, 123-125). A més, la classe dirigent de Sant Feliu es va vincular a moviments internacionals com ara la Creu Roja, o la delegació local de la Sociedad Española de Salvamento de Náufragos, fundada el 1880. Finançada a través de llegats, donatius i aportacions de particulars i empreses, tenia la seu a Madrid i estava organitzada entorn d'una xarxa de juntes locals que funcionaven amb un reglament comú, però amb autonomia.¹³⁶ Era una còpia de la *Royal National Life-Boat Institution*, creada el 1852 encara responsable del salvament marítim al Regne Unit.

La majoria de juntes locals van crear-se a finals del segle passat i van viure el seu millor moment a principis del segle xx. Després, decauria amb el tancament de les drassanes, la disminució de les flotes pesqueres i, a Sant Feliu de Guíxols, amb la construcció del port a partir de 1904. La *Sociedad* va constituir la seva Junta local a Sant Feliu de Guíxols el novembre de 1886. Es va construir una caseta en el lloc del Fortim —des d'on es dominen els ports de l'Abric i de Calasanç, força indefensos— i es va adquirir un canó llançacaps que servia per enviar un cordill

¹³⁶ Sobre la societat a Catalunya vg. García i Domingo, Enric (1998), *Viure o morir al mar: el salvament marítim al Maresme*. Barcelona: Oikos-Tau. (referència al final).

gràcies a una càrrega de pólvora fins a l'embarcació sinistrada i establir un enllaç per socórrer-la.

Una dècada més tard, el 1898, la Junta va encarregar a Burrell i cia, de Barcelona, el bot salvavides, del model *beeching-peake*,¹³⁷ Miquel de Boera, de deu metres d'eslora, 2,3 de mànega i un metre de puntal, insubmergible i autoadreçable. La brigada de salvament la formava un patró, 11 remers i un grup d'homes a terra per disparar els canons i fer els senyals. La caseta va tenir un carro varador de sis metres de llargada que necessitava de cinc cavalls: un al davant i la resta als laterals, projectils, fanals, cordatges, galledes, cadenes, caixes de cordatges, diversos salvavides i una àncora surant.

Més de la meitat dels recursos de l'estació local entre 1887 i 1902 anaven a càrrec dels socis. Les dependències guardaven a la planta baixa el canó, el bot salvavides i els accessoris; a la planta pis la secretaria i annexos («habitaciones que ofrezcan a los náufragos desvalidos un techo bien hechor»).

A la Caseta s'hi allotjaven els tripulants rescatats, com ara els 11 tripulants de la corbeta noruega *Oceanna* el 1891. Trenta anys més tard, el 1920 «tienen en la caseta un salón de sesiones decorado con sencillez y elegancia, despacho de secretaría, archivo con toda la documentación de la Junta, varios útiles de salvamento, un lanzacabos Spandau y otro Dawson, tablillas de instrucciones en cuatro idiomas, instrumentos de óptica, un botiquín, una buena caja con el telégrafo internacional de señales y un departamento con catres y chimenea para albergar a náufragos». La caseta de la societat era prop del llatzeret, alçat el segle XVIII per la quarantena dels mariners i que, el 1884, es va habilitar com a hospital per als malalts de còlera. El van enderrocar el 1931, però encara se'n poden veure els basaments.

En aquest món, Oliu, metge encara format en els principis del neohipocratismes i de la influència dominant del medi en la causalitat de la malaltia, comprèn molt bé les transformacions que el capitalisme produeix en la societat guixolenc, i catalana. Per ell, Sant Feliu és un exemple paradigmàtic de les ciutats de la costa. Malgrat les seves crítiques als balls i les activitats de lleure, fruit de les influències del conservadorisme catòlic, palesa una vida social i cultural activíssima que situen la ciutat en un món global: orfeons, societats culturals i científiques, associacionisme obrer i mutual, l'emergència al costat de les burgesies locals i d'una pagesia benestant, d'una classe mitjana relativament extensa i educada i d'una

¹³⁷ *The Life-Boat Journal*, núm. de febrer i agost de 1901, facilitats per la RNLI.

base proletària. Oliu no pot negar que hi ha poble, que hi ha comú, que hi ha cosa pública i que en tots els ciutadans més enllà de les diferències de classe «hay amor al prójimo. Por consiguiente San Feliu es un cielo, tal vez alguien diga. La consecuencia es lógica, pero hemos ya dibujado las nubes que lo oscurecen. No queremos citar nombres, porque tendríamos que apuntar el de todos los hijos de esta villa, que todos parece que están afiliados tácitamente a un bando distinguiendo que tiene el tema de la caridad en su bandera. Pero hay estrellas de primera magnitud en este cielo. Todos los desvalidos saben su nombre. Los desgraciados de futuras generaciones lo sabrán también. En todos tiempos se bendecirá la última voluntad de los que se acordaron de tantos infortunios ocultos bajo la miseria y la ignorancia. También de aquí reciban un recuerdo aquellos nobles corazones» (Oliu, 1880:88).

QUARTA PART

El somni d'un estat de providència (1907-1939)

—«El aceite de ricino
Ya no es malo de tomar.
—¿Pues cómo?
—Se administra en pildoritas
Que el efecto es siempre igual, igual
—¡Hoy las ciencias adelantan
que es una barbaridad,
que es una brutalidad
que es una bestialidad.
—La limonada purgante
No la pide nadieya.
—¿Como que es alimonada
Ya no sirve para ná?
—Claro.
—Es lo mismo que un refresco
de naranja y de cebá.
—Pues por eso justamente
ya no es chicha ni limonà.
—Eso digo yo. Pero el agua de Loeches
es un bálsamo eficaz
—Hoy las ciencias lo registran
como muy perjudicial
—¿El agua de Loeches?
—Muy mala
—¡Pero Hombre!
—Puede ser perjudicial.
Hoy las ciencias adelantan...
que es una barbaridad,

—El calor que hace esta noche
si que es una atrocidad.

—Y yo tengo a todas horas
la cabeza tan sudá

—Eso es bueno y conveniente,
mi señor Don Sebastian

—Quien diria que esta camisa
Me la acaban de planchar

—¿Esa camisa?

—Si señor.

—No lo diría nadie

—Pero he leído que el que suda
No agarra enfermedad

—¿Que dice ud?

—No hay nada mejor

—Pues no lo sabía

—Pues si señor,

Lo acaban de descubrir

Hoy las ciencias adelantan...

(Ricardo de la Vega y Tomàs Bretón, *Coplas de Don Hilarión y Don Sebastián*,
«La verbena de la Paloma», 1984)

1. La consciència del fet diferencial

Dempeus davant una audiència composta per la immensa majoria d'alienistes espanyols, Joan Giné i Partagàs, organitzador del Primer Certámen Frenopático Español i director del manicomí barceloní *Nueva Belén* va dir: «Aquí estamos, en la falda de la legendaria montaña del Tibidabo, precioso mirador donde se contempla la capital del Principado ¿Porqué no de la nación? Si las naciones, como los animales vertebrados tuviesen su cabeza allá donde se acumula mayor cantidad de sustancia nerviosa, ¿quién podría disputarle a Barcelona la capitalidad? Pero por lo visto, España debe ser regida por un collar de ganglios esofágicos, pues toque tiene su capital en el centro, que es como en el abdomen, junto a las vísceras digestivas, que reciben y preparan el alimento que luego deberá ser equitativamente repartido por toda la economía ¿Sería esto la causa orgánica de que las funciones tróficas sean preponderantes respecto de las que ejecuta esa materia por medio de la que se siente, se piensa, se quiere y se engendra el movimiento productor del trabajo útil? ¿Porqué Cataluña, al igual que las otras regiones de la nación carece de manicomios públicos? Porque somos españoles. Los tenemos relativamente numerosos debido a la iniciativa y peculio individual porque somos catalanes» (Giné i Partagàs, 1903:335).

Potser espantat per la seva vehemència, que transmetia un pensament estès al Principat (vg. Fontana, 1986), va matisar afegint que «España es una entidad nacional donde debe reinar un solo consenso y una sola aspiración. Prescindamos de preeminencias regionales aun cuando justificadas por el presente y por la Historia, y así como entre hermanos de buenos sentimientos reina amor, entre los más inteligentes y laboriosos y los de menor potencia y menores bríos, aunémonos todos los españoles como hermanos, como elementos integrantes de una sola familia. España es una. ¡Viva España!» (Giné i Partagàs, 1903:334).

Abans de las Bases de Manresa i de la Solidaritat Catalana, en el seu discurs emergeixen les contradiccions de la classe dirigent catalana i la seva reclamació d'una modernització de l'Estat que trenta anys abans Pi i Molist, des de l'Acadèmia de Medicina de Barcelona, lamentava que «haya seguido nuestra capital una marcha tan distinta de la que se ha guardado en los otros países. Mientras la población ha ido aumentando de manera asombrosa, mientras se ha proporcionado a la vida material del pueblo todo cuanto se ha creído necesitaba, mientras se han ido estableciendo nuevos mercados, se han abierto anchuro-

sas calles, embelleciendo paseos, edificado y adornado con lujo numerosos espectáculos, atendiendo al número, necesidades y costumbres de sus moradores, no se ha visto levantar si quiera un asilo donde el pobre imposibilitado por la enfermedad pudiera fácilmente encontrar una cama donde descansar su quebranto, y ahorrar las penalidades de andar una larga distancia afligido por la angustia y el dolor».¹³⁸

Pi i Molist no comprenia, tres dècades abans del discurs de Giné i Partagàs com, en la societat liberal, l'Estat ni feia ni deixava fer. Educat dins la consciència del regiment de la cosa pública presenta el llibre del seu pare, Avelí Pi i Arimón (1854), *Barcelona antiga i moderna*, però també en el pensament intel·lectual (Lluch, 1974), el metge no comprèn, ben abans del desastre colonial, perquè a Catalunya no hi ha polítiques (sanitàries) que donin suport als canvis evidents en la societat. Tots van escriure en castellà i no van parar d'invocar el seu *patriotismo español*, però, tot i això, eren conscients d'un fet diferencial i el relacionen amb la industrialització i l'*embodiment* de valors capitalistes.

Sia Giné, Oliu o Pi i Molist no gosàrem dir-los catalanistes, en el sentit del terme del segle xx, són «catalanistes» en la mesura que duen incorporada una concepció del regiment de la cosa pública que els canvis polítics i econòmics no semblen haver dissipat i per això no semblen comprendre la lògica cultural de la política «espanyola» del seu temps. Els seus coetanis, Bartomeu Robert i Domènec Martí i Julià si que ho eren. Si la mort del doctor Robert el 1904 va limitar-ne la projecció posterior, Martí i Julià va ser un personatge crucial en la definició dels objectius del catalanisme polític, també durant el període en què la Lliga Regionalista va governar la Diputació de Barcelona i, més tard, la Mancomunitat de Catalunya. Robert i Martí i Julià van anar més enllà de la crítica de Giné i Partagàs o de Pi i Molist sobre el paper de l'acció social i sanitària a Catalunya «tant a l'Estat com a la nostra Catalunya hi havia una veritable disminució de vàlua social, i també moral, en els homes, en els estaments, en les funcions polítiques, en les funcions econòmiques, en les activitats científiques, i no sols hi havia aquesta disminució de vàlua, sinó que es manifestaven amb tal imprecisió i falta de característica pròpia l'actuació individual i la col·lectiva, que era clar que la inconsciència dominava i que abans de tot lo que calia fer era resoldre una part del problema normalitzant-la, reeducant-la, fent-la que esdevingués conscient de la pròpia personalitat

¹³⁸ MIMG (1855-1868). Carp.1, Exps.1 a 5. *Respuesta de la Academia de medicina a la MIA* (1857).

nacional perquè després pogués adaptar-se a l'estat actual dels nuclis humans» (Martí i Julià, [1913]1984:5-6).¹³⁹

Giné i Partagàs, encara creia en Espanya; Martí i Julià (cit. Per Colomer, 1977:12) creia que el problema de Catalunya, no era solament la reivindicació de la llibertat política, «és el renaixement complet de la nostra Catalunya; és posar-la en condicions de progrés i civilització», i amatent a la crisi de valors i de consciència social, nacional i política, el 1899 es creia que la governamentalitat era essencial per construir un projecte polític que dugués a la «normalitat de la personalitat nacional, [a] lleis socials adaptades a la individualitat ètnica i fonamentades en el proïsme veritable, i l'equilibri de funcions i activitat sociològiques, són condicions elementals per la grandesa dels pobles, perquè els nuclis socials siguin positivament civilitzats i perquè contribueixin a l'avenç i el progrés de la humanitat. Els pobles, els nuclis socials diferenciats, les nacionalitats, són organismes vivents en els quals es troben totes les funcions i activitats que posseeix la personalitat humana. Són encara organismes més superiors que els humans, perquè posseeixen funcions intel·lectuals i morals més desenrotllades, més extenses, més complexes i perquè pot dir-se que són organismes més conscients ni amb major coneixement de tots els atributs, antecedents i accidents» (Martí i Julià, [1913],1984). L'organicisme expressa, de manera metafòrica, com els científics entenien els fonaments de la societat civil i el regiment de la cosa pública ara ja lliure de les connexions amb el pensament escolàstic i religiós: «perquè la personalitat nacional posseeix i les dites condicions és indispensable que li donin vida lleis socials que siguin convenients, que siguin les que li corresponen, i que estiguin fonamentades en el proïsme veritable. Les lleis són l'ambient vital dels pobles. Amb lleis apropiades els pobles progressen, amb lleis concebudes, dictades i aplicades sense altre criteri que l'utilitarisme espoliador de l'oligarca els pobles se decandeixen, degeneren i moren. No es concebeix que hi hagi pobles que pacientment visquin la vida migrada a la qual els obliga l'acció funesta de lleis desorganitzadores i antivitals. I aquestes lleis sols poden ser producte de la mateixa nacionalitat que han de regir, perquè el legislar és la primera funció social dels pobles i perquè l'evolució de perfeccionament en els nacionalitats se realitza per l'evolució de les lleis que són progressivament causa i efecte de la vida normal» (Martí i Julià,[1913]1984).

¹³⁹ Vg Martí i Julià (1984). També Colomer (1977); Vives i Casajuana, 1918, i Rubio (1970) i Comelles (2010).

Proposa que el regiment de la cosa pública ha de traslladar-se de l'escala de la *Gemeinschaft* i de la cosa pública local a una *Genmeinshaft* i una cosa pública global, a escala de la ciutadania del Principat. No es tractava d'una utopia, ja que el catalanisme polític va basar-se sempre en una suma d'esforços de les *Gemeinschafts* locals, de l'acció civil, en l'associacionisme civil o en les fundacions filantròpiques, i des de la segona meitat del segle XIX pel paper administratiu, gens negligible, d'unes diputacions que podien finançar part de l'acció social sobre pobres, desamparats expòsits o bojós.

Les polítiques sanitàries de l'Estat van limitar-se durant dècades a assegurar el liberalisme professional —modulat pels professionals «funcionarios de cuerpos estatales», pels «partidos únicos», per una legislació acadèmica molt restrictiva en relació amb les titulacions¹⁴⁰ i per un sistema de gremis col·legial en contradicció amb els principis liberals, perquè fer-ho no tenia un cost modest i així no afectava els privilegiats. Però, el 1913 ja hi havia a Catalunya el 56,3% dels afiliats a les societats d'assegurança lliure de l'Estat i el 73,4% de les empreses asseguradores (Rodríguez Ocaña, 1990:332).

El canvi qualitatiu que representa el catalanisme en el disseny de les polítiques sanitàries va ser l'intent de transportar la dimensió cultural del regiment de la cosa pública de l'escala local, ciutadana, a una ciutadania de país. És ben cert que l'ideari dels redactors de les lleis de beneficència de 1822 i 1849 contenia elements d'aquest tipus, però el problema era com articular-les amb una cultura civil que, en la majoria de llocs del país —Espanya—, havia desaparegut. Per aquest fet, Martí i Julià podia escriure sobre aquests dèficits en polítiques públiques: «Els pobles donen mesura de llur fermesa nacional i estat de civilització, en la cura d'assistir llurs malalties. És un greu error de creure que l'emparança als qui per ells mateixos no poden valer-se és una càrrega. No solament no ho és sinó que constitueix un positiu estalvi social i una funció col·lectiva que enforteix directament l'organisme nacional. L'assistència dels individus que es troben en estat d'anormalitat morbosa és la funció més elemental de civilització dels pobles, és una modalitat de l'acció que realitzen per conservar i perfeccionar la seva personalitat nacional. La consciència social que no sent el patiment dels individus, que no s'adona de la progressiva invasió de la morbositat, la consciència social que no se

¹⁴⁰ Vg. per exemple el cas dels quiropràctics, una professió reconeguda a molts països i aquí pràcticament prohibida.

sent trasbalsada per la progressiva incapacitat individual, que no reacciona davant el propi enviliment psico-orgànic, és una consciència que correspon a un poble, a una nació que es precipiten en el no-res i que s'oposen a portar l'efectivitat de la seva existència en el món» (Martí i Julià, 1918:147).

Pel que fa a la crisi de l'Hospital de Sant Feliu el 1830, Narcís Marsillach havia dit exactament el mateix. Marsillach i Martí comparteixen al significat de l'acció social— i de les polítiques sanitàries— dins la construcció de la *Gemeinschaft*. La diferència és que Martí i Julià ja no parla a escala d'aquesta població o de Valls, sinó que transposa el discurs a un context global i el situa en el punt de mira de la prioritat política, no en la identitat cultural, sinó una identitat basada en la capacitat d'acció social i política precisament en l'àmbit sanitari i social. Vives i Casajuana ([1919]1979:19), el seu deixeble, afirmarien més tard que «no ho són pas els trastorns psiquiàtrics de casualitat purament individual, sinó deguts a les deficiències de tot ordre que hi ha en la societat», però podria haver retirat «psiquiàtrics» i la frase mantindria el seu sentit.

Així doncs, la intervenció sobre la malaltia no podia quedar al marge de la intervenció sobre el conjunt de la societat: «així, la nació per tant, té el deure d'acudir a l'assistència dels que pateixen els efectes de les imperfeccions socials i té el deure d'acudir-hi amb la major intensitat i perfecció d'assistència, per realitzar una labor de reparació que es així mateix biològica perquè la reparació no és altra que una actuació que tendeix a la normalització de les imperfeccions i de les anormalitats» (Martí i Julià, 1918:148). I insistia Vives i Casajuana que «cal que la nació es senti responsable de les anormalitats socials que pateixin en els individus» (Vives i Casajuana [1919],1979:19). Per assolir-ho i «perquè que no hi ha fet social que no hagi d'ésser atès per la consciència col·lectiva i que l'avançament i perfeccionament de la nació depèn sempre de la plenitud del coneixement que té d'ella mateixa i de l'acció que la nació realitza per incorporar a la vida conscient col·lectiva la totalitat dels elements que la formen i de les fenomenologies que es manifesten» (Martí i Julià, 1918:151).

Martí i Julià parla de cultura i d'identitat. No estem molt segurs que en la seva concepció de cultura hi hagi un criteri rígid, positivista, ja que entén el que és cultural com un procés històric «quan un poble es troba en la situació de Catalunya, que ha de crear tota una munió de funcions socials i que per haver tingut la seva existència coaccionada no la posseeix en la perfecció i modalitat d'acció

que correspon, ha de procurar que en reorganitzar la seva vida col·lectiva, creï la pròpia consciència nacional, la que imprimeix una modalitat especial a totes les funcions que creï. És cert que ha d'anar a cercar consell i ensenyança als avenços de tot ordre que hagi realitzat, la consciència universal, però ha de fugir del perill d'ordenar funcions a les quals per organitzar-les no cooperi íntegrament la modalitat ètnica d'un poble» (Martí i Julià, 1918:147). La modalitat ètnica no és aquí una supervivència del passat, sinó que cal assumir que hi pot haver una autoritat del passat que ajudi a pensar el futur.

En la *Memòria* de la Diputació de Barcelona (1910), Enric Prat de la Riba deia que l'actitud de l'Estat en relació amb l'acció social i sanitària havia estat «endossar tranquil·lament a les diputacions la càrrega que no els pertoca del sosteniment dels boigs pobres; això sí, interinament, però amb una interinitat que ja més de mig segle dura. De manera que el sistema de legislació vigent queda de fet convertit en un altre molt senzill que consisteix en atribuir a les Diputacions, no en virtut de una disposició legislativa, sinó de l'arbitrarietat, l'administració de tots els serveis» (*Mancomunitat*, 1923:10).

Com en Martí i Julià o Vives i Casajuana, si hom treu «dements» del relat la queixa manté exactament el seu sentit. De fet, la despesa corporativa havia crescut a la Diputació i als ajuntaments com a conseqüència del creixement demogràfic, i de canvis socials i culturals que havien reforçat la demanda de serveis sanitaris i socials, els mateixos que justificaven la necessitat de l'autoorganització en societats de socors, o la mobilització de les classes benestants en forma de fundacions locals, com ara Sant Feliu de Guíxols, per tal que donessin resposta a la manca d'intervenció de l'Estat en protecció social, educació i sanitat (Borrell, 2005).

Que la Mancomunitat es fes càrrec del repte de resoldre aquests problemes no té res de particular. L'ideari catalanista de regeneració, que presentava la Solidaritat Catalana i l'aliança amb els professionals, no era un intent de canvi revolucionari, sinó un projecte gradual, nacional, en el sentit de fer convergir a la dreta representada per la Lliga i als professionals de diferents colors polítics en una acció política global que desenvolupés al Principat el que mai l'Estat liberal havia estat capaç de fer. Vist avui, la seva obra de govern, tenint en compte la tremenda modèstia de competències i recursos especialment en acció social i camps propis de l'Estat del benestar, va ser el més sofisticat que s'hagi vist mai a Espanya fins als governs

posteriors a 1983.¹⁴¹ I tot això sense que moltes polítiques tinguessin massa ressò en l'opinió pública catalana ni, òbviament, espanyola.

La Mancomunitat es va constituir en un país medicalitzat, amb una densitat notable de professionals, i amb una xarxa d'hospitals locals viva que la complementaven, de la mà de l'afiliació a les assegurances lliures, petites clíniques que oferien atenció quirúrgica.¹⁴² Però el més important és el paper de les societats mutuels i d'assegurances molt disperses al territori i que significaven, dins el regiment de la cosa pública, que ja no era possible sostenir el dispositiu d'atenció amb l'únic mecenatge. Les societats mutuels amb els seus concerts quirúrgics o mèdics s'insereixen plenament a la societat catalana, ja a la primera dècada del segle xx en una nova economia de serveis que podia articular-se, sense cap dificultat, amb la cultura del regiment de la cosa pública.

2. La salut ganxona

En el context del desenvolupament del catalanisme i de la seva concreció en les polítiques públiques a partir de la constitució de la Mancomunitat, el debat salubrista a les viles catalanes posa en relleu una àmplia consciència col·lectiva respecte a problemes de salubritat pública. Si la topografia d'Oliu (1880) no deixa de ser una singularitat i un text manuscrit sense projecció, a les primeries del segle xx el debat sanitari és ben present al setmanari local *L'Avi Muné* que posa en relleu queixes del veïnat sobre la salubritat i la neteja de places, carrers i mercats de la ciutat, o sobre la manca de control sobre els aliments.

Entre 1900 i 1920 la mortalitat total ha sigut 4.797 defuncions, ço que dona un promig anyal de 228. Les mortalitats més altes les marquen l'any 1902 amb 273 defuncions i el 1918 amb 297. Les més baixes les registren l'any 1910 amb 192, i l'any 1920 amb 190. De les 4.797 defuncions, 428 corresponen a les baixes causades per malalties infeccioses que tenen origen hídric. Aquestes es descomponen així: 93 tifus, 146 gastrointestinals,

¹⁴¹ Sobre la *Mancomunitat* vg. Balcells *et al.* (1996); Comelles (1981, 1988), Bernabeu (1998), Roca Rosell (1988). Ucelay da Cal (2007) vol desmitificar l'acció política de la *Mancomunitat* perquè ho mira des d'una visió massa presentista i sovint és injust. Malgrat la migradesa de recursos moltes de les seves actuacions polítiques i assistencials eren molt coherents, i durant la Segona República van inspirar bastantes idees republicanes.

¹⁴² Les dues autobiografies de Moisès Broggi (2001-2005) contenen una bona descripció de la pràctica quirúrgica a Barcelona, però les seves descripcions són perfectament extrapolables al que podia passar en les capitals de les províncies o en ciutats grans com ara Reus, Manresa o Vic.

152 pneumònies gripals, 31 diftèria i 6 verola. El tifus representa sobre la mortalitat mitja anyal, el 5 per cent; les afeccions gastrointestinals el 7 i la grippe un altre 7. Veritat. Srs. Ajuntament i Junta de Sanitat, que paga la pena de que aquestes dates, totalment exactes, si en tingudes en compte per a posar-hi eficaç i prompte remei? Un anàlisi de les aigües no hi estaria de mes!

La xifra que és veritablement alarmadora es la contribució que paguem a la tisis. Sobre 4.797 defuncions, 522 són de tísics. Cauen com a promig 25 ganxons occits per la tisis, ço que representa un 11 per cent anyal de la seva mortalitat. De broncs-pneumònia moren normalment, cada any, 30 individus, i de feridura, de 35 a 40. Altres plagues podríem enumerar, el càncer, per exemple, que ha causa 53 defuncions, i els suïcidis que donen una xifra aproximada.

Recalquem, no obstant, la atenció sobre les malalties d'origen hídric, puix que elles ben alt proclamen la falta total d'anàlisis bacteriològics, i una higiene igualment descuidada, coses ambdues que són un crim de la ciutadania i que s'han d'atendre per tots els mitjans possibles. Una ciutat que no té clavegueres, que no coneix la netedat i la higiene i que deixa convertir les seves rieres en sentines de tota classe de porqueries; no es estrany que pagui una contribució tan alta la mort, per malalties infeccioses.

No oblidi ningú, ara més que mai, aquell savi aforisme català que diu que "la netedat és mitja vida (Salvi Pebre, 1921).¹⁴³

La discussió hom la planteja des del regiment de la cosa pública, en relació amb la responsabilitat directa de la gestió municipal en un àmbit que no pot ser atribuït a l'acció privada, individual. Obert el debat, apareixen al diari preguntes basades en criteris tècnics i científics que posen en relleu no solament la consciència col·lectiva, sinó també la difusió de determinats coneixements:

L'article signat per en Salvi Pebre, [...] ens ha suggerit l'idea de fer les preguntes que segueixen amb el fi de procurar corregir aquestes dintre lo possible.

Li consta al Sr. Alcalde i Junta Local de Sanitat si les aigües que abasteixen nostra ciutat són del tot potables? Poden dir-nos també, aquests senyors si les canyeries de conduc-

¹⁴³ *L'Avi Muné*, 1 de setembre 1921, p.1.

ció de dites aigües reuneixen totes les condicions higièniques necessàries? Tenint en compte l'alteració física que sofreixen nostres aigües públiques en temps de pluja, no estaria bé un anàlisi bacteriològic de les mateixes?

Ignoren els senyors de la Junta de Sanitat la RO de 23 de desembre de 1908?, que diu així: "L'anàlisi de les aigües d'una localitat, i sempre baix el punt de vista del conjunt d'antecedents geològics, local, físics, químics i bacteriològics, deurà ésser motiu per a que els laboratoris organitzin un servei permanent, per el qual a diari, si és possible, és facin les investigacions necessàries, baix el concepte d'una possible contaminació". I la RO, de 5 de Març de 1912, que diu: "Que l'estudi diari que realitzi el laboratori municipal serà donat a conèixer al públic amb la brevetat que consenteixen les operacions baix la més estricta responsabilitat dels encarregats de practicar-lo. Que aquestes disposicions tinguin caràcter general i sien aplicades a tots els bastiments d'aigües del Regne". En nom de S. M. el Rei, fou disposat per lo tant: Que els Governadors i Alcaldes dintre les seves esferes d'acció, quedaven encarregats de fer complir amb tot rigor les tals disposicions. Per lo que deixem transcrit, nosaltres opinem que la referida RO deuria tenir aplicació immediata en nostra ciutat. El Sr. Batlle i Junta local de Sanitat tenen la paraula.¹⁴⁴

Afegí el catedràtic de l'Escola d'Agricultura: "Arreu, on escursionem, procurem esbrinar-ne la naturalesa de les aigües utilitzades en els serveis públics; i aquesta requisa de dades l'anem fent particularment, augmentant així el recull de les observacions personals, alligant-nos sempre en l'abastiment d'aigües potables química i bacteriològicament, segons la naturalesa del terreny, la calitat de les aigües, els variadíssims sistemes de captació, aixís com també de la conducció i del repartiment llur.

Amb motiu, doncs, d'avençar la tasca del Mapa geològic de Catalunya que ens confià la Mancomunitat, [...] ha coincidit la nostra estada a Sant Feliu amb les pluges, verament extraordinàries, del 17 i 18 del mes d'Agost; al veure com, pocs dies després, les aigües dels serveis domèstics n'eren tèrboles, ens interessàrem per a conèixer-ne les dades demogràfiques de la ciutat, d'un modo particular de les que poguessin tenir un origen hídric. La generositat dels guixolencs feu que prompte assolíssim tot lo que ens interessava. L'AVI MUNÉ del 27 d'agost (n. 173) ne publicà un article d'En Salvi Pebre, titulat La salubritat ganxona,[...]. En el mateix setmanari,[...] ha aparegut un altre article del Doctor X, titulat, Al marge d'un article, en el que's recorden qualques de les disposicions legals per a que les autoritats locals vetllin per la salut pública, com és son deure.

¹⁴⁴ *L'Avi Muné*, 10 de setembre de 1921, p. 1.

Al sol·licitar-ne jo als guixolencs amics de les dades demogràfiques, per haver experimentat una forta turbulència de les aigües domèstiques, fou un caràcter purament particular; tement el que la realitat confirmés les meves suposicions. Tota vegada que s'exterioritzaren mos desitjos; a l'ensem que l'opinió s'interessa per a l'amillorament dels serveis públics, en pro de la salubritat; àdhuc les darreres pluges dels primers jorns de Setembre han enterbolit novament les aigües; és per tot lo que ens havem decidit a rompre el mutisme per a esclarir-ne la causa fonamental, i donar-la a conèixer públicament per a remeiar-la.

Efectivament les malalties d'origen hídric hi tenen un caràcter endèmic a Sant Feliu de Guíxols el que compararem amb l'estat de dues altres urbs catalanes d'una major població, tan com són, Barcelona i Manresa; i el recordar ambdues poblacions és perquè les estadístiques que'n servem han pogut ésser metòdicament ordenades en un llarg període d'anys.

Barcelona és una de les grans urbs que la dissort la fitxa entre les més tíffiques. N'havem pogut definir numèricament la seva vàlua [...]. Durant aquest llarg període la mortalitat total anyal correspon a [...] unes 25 defuncions per cada 1000 habitants. D'aquestes s'enregistra un promig de 407 defuncions tíffiques l'any, equivalents d'uns 63 a uns 84 morts per cada 100000 habitants, ço és, 3.1 per cada 100 defuncions. Durant els anys de 1901-1902, abans de l'epidèmia tífica de 1914 moriren a Barcelona 4249 tíffics; essent el promig anyal de 354 defuncions.

A Manresa la proporció és bastant aproximada a la mortalitat de la capital. El període d'observació és d'uns seixanta anys enrere, sense interrupció. El promig de la mortalitat total anyal és de 631 defuncions, d'unes 24 per cada 1000 habitants. Registrant-se anyalment un promig d'unes 21 defuncions tíffiques, equivalents a 3.16 per cada 100 defuncions.

I a Sant Feliu de Guíxols?

Les poques dades numèriques recollides, no són pas d'un període tant llarg com els anteriors, per assolir-ne un promig més exacte; no obstant, són lo suficient per a palesar-ne l'estat endèmic de les malalties d'origen hídric. La mortalitat total des de 1900 a 1920 és de 4798, equivalent a un promig anyal de 228 defuncions, ço és, d'unes 20 defuncions per cada 1000 habitants; per lo tant, un xic inferior a la de les grans urbs, lo que diu molt en pro de la salubritat de Sant Feliu de Guíxols. El total de les defuncions declarades tíffiques per els facultatius, segons consta en el registre civil, és de 93; un promig anyal de 4.42, equivalent a 2 per cada 100 defuncions. Si hi ajuntem les 146 defuncions hagudes de malalties gastrointestinals durant els 21 anys, elles soles donen un promig d'unes

6,95 defuncions per any, ço és, d'un 3 per 100; i allavors el conjunt de les defuncions per malalties d'origen hídric és aproximadament d'un 5 per 100, nombre bastant elevat!

Aquestés, doncs, el cruel flagell que atueix a una de les ciutats més jolives de la comarca de la Selva [...]. I ara, coneguda la seva persistència endèmica, a l'ensem que s'ha comprovat l'origen hídric d'aitals enfermetats, deu fer-se quel compositiu i seriós per a que en les estadístiques restireduït a 0; aixís ho han fet al Vendrell després del còlera de 1911. Fassis a temps, abans de plorar els efectes d'una epidèmia sempre fatídica. Per a conquerir-ho, cal millorar les captacions, la conducció i el repartiment, per a que les aigües des de l'origen llur, no puguin ésser contaminades per microorganismes patògens.

Abans que tot deurà procurar-se una excel·lent captació. Arribant les aigües tèrboles a Sant Feliu, immediatament després d'unes pluges, és evident que la captació arreplega les aigües superficials d'escorriment, les que no sols arrastren les matèries minerals, sí que també arrepleguen les escombraries de les matèries orgàniques escampades arreu de la conca. Uns assaigs periòdics de les aigües, fets amb tota cura, confirmarien aquesta realitat; essent d'advertir que les aigües de Sant Feliu, químicament, són potables, i d'escassa mineralització.

Veritat és que els guixolencs hi viuen acostumats, menyspreant la terbolència periòdica de les aigües; emprò també és cert que l'estadística ens ha demostrat que és grossa la contribució que es paga a la mort, perden les vides més preuades de la nostra joventut». ¹⁴⁵

Aquestes observacions afegeixen el paper de l'excursionisme en el compromís amb el conjunt del país, i una setmana després escriurà ¹⁴⁶ que:

«no era el meu propòsit durant el transcurs de nostres modestos articles voler perjudicar a ningú, però entenem que addictes a deures de humanitarisme, devem vetllar per la salut pública sempre que existeixi la més lleu sospita d'una possible alteració.

Lo primer que hauria de cuidar tots els municipis en desenrotllar llurs programes, seria d'una manera especialíssima l'abasteixement d'aigües públiques o be municipalitzar-les, o procurar que les companyies explotadores subministressin al públic aigua verament potable i que la xarxa de canyerries fos una cosa sòlida i perfecta, ja que si no tenen una

¹⁴⁵ *L'Avi Muné*, 17 de setembre de 1921, p.1.

¹⁴⁶ *L'Avi Muné*, 17 de setembre de 1921, p.1.

forta resistència i les unions no són perfectes i acurades, la filtració durant el trajecte de la canyeria es verifica d'una manera facilíssima, ja que generalment, per no dir sempre, el subsòl sobretot dels carrers de les poblacions conté gran nombre de microbis patògens de totes menes, per ésser aquest el seu sustentàcul general, i com que per aquest subsòl s'hi estenen les canyeries, resulta que quan major és el grau de permeabilitat de les tuberies, majors són les alteracions de les aigües. Si aquestes conduccions tenen que sofrir trasllats, canvis i contínuament nous empalmes, resulta que cada vegada que estingui necessitat d'aquesta mena de reparacions, hi ha necessitat de tancar l'aigua per l'interior de la conducció. Si en verificar-se dites operacions la canyeria no es troba en les degudes condicions d'impermeabilitat o exempta de tota porositat, filtració, es verifica un canvi en el funcionament de la canyeria; enlloc de portar pressió sobre les parets interiors, la porten les exteriors, se produeix una verdadera absorció de gasos i líquids, cap a l'interior de la conducció a traves de la porositat o clivelles o juntes, una mena de ventilació o aeració qual mitjà conductor és el tub, ventilació que marxa de dins a fora, ço és, cap a les sortides o desaigües, i qual matèria conduïda són els gasos i líquids, suc's infectats, i no cal dir el desastre que pot produir-se si per el terreny que passen existeixen filtracions de dipòsits de xerri, com succeí a Barcelona durant la epidèmia tífica per infecció de les aigües de Moncada. En una paraula, en el moment marcat, és verifica la invasió de tots els microorganismes, per totes les parets, albergs porosos i cavitat de les juntures i superfícies interiors de la canyeria. En resum, un conjunt d'albergs de matèries infectes, de masses microbianes, que són les que han de determinar la infecció de l'aigua en passar novament per la canyeria i desenrotllar-se al més petit mitjà favorable, siguent la causa de malalties infeccioses».

Al cap del mes de polèmica, el setmanari es demana perquè no es reuneix la Junta Local de Sanitat.¹⁴⁷ El doctor X va afegir més informació tècnica sobre les tuberies aclarint quines eren de bona qualitat i quines dolentes.¹⁴⁸ L'Ajuntament sembla que mirar arreu i la rèplica de la premsa va ser més contundent:

Avesats a bregar en aquest desert de Sàhara que anomenem Sant Feliu de Guíxols, on tota cosa que es faci per a corregir anomalies ciutadanes cau en el buit; no creiem, en boca de fe, que l'article citat arribés a conquerir més atenció que els altres. No ha sigut aixís, i felicitem-nos-en.

¹⁴⁷ *L'Avi Muné*, 24 de setembre de 1921, p.3. Aigües públiques 1.

¹⁴⁸ *L'Avi Muné*, 1 d'octubre 1921, p.1. Aigües públiques 2.

Altrament la salut pública és cosa molt sagrada per a mirar-se amb indiferència, i si l'abandó punible de l'Ajuntament i Junta de Sanitat local no vol malgrat tot de sensopir-se; ja ens cuidarem nosaltres de no deixar apagar el foc de l'interès públic que havem lograt abrindar [...]. Altra vistenta autoritat en aquestes matèries, que modestament amaga son nom veritable en el pseudònim de Doctor X, ha intervingut en l'actual campanya,[...].

Per no ser cosa acostumada aquí i perquè paga la pena de parlar-ne per si les altres empreses d'aigües públiques volen imitar l'exemple, devem fer constar que el dia 21 del passat Setembre foren visitats per en Francesc Mas Lleonsi qui, com Apoderat-administrador de la "Empresa d'Aigües Potables" Coll, ens invità a què juntament amb el Doctor Faura visitéssim la casa de màquines de la citada Empresa i tota la seva instal·lació. La invitació ens semblà molt lloable i el mateix dia férem la visita [...].

Quin fou el resultat? Tenim massa poca autoritat per a parlar en nom propi i ens limitarem a ressenyar fidelment ço que recollirem de llaavis del Doctor Faura.

"Els pous de l'empresa Coll (pous de captació) tenen, l'anomenat A, vuit metres de profunditat, bombant-se fins a sis. El pou B, té 32 metres, sense arribar a la gresa. Fou tapat, i actualment s'hi bomba fins als quatre metres. En les seves diverses capes, té aquest pou als quatre metres una d'espessor d'un metre, d'un llot bastant compacte. Després capes de sorres de diferents colors, i als vuit metres hi ha una formació marina.

Els dos pous, no sols estant dins la sona negable, sinó que estan en el mateix bordó del curs del Ridaura i que per poca que sia la pluja que dencoberts per l'aigua de la corrent i aquestes aigües de corrent i a poden penetrar pels espiralls. Les parets dels nous tenen varies grosses esclatxes verticals i l'aigua de la riera s'hi endinsa lliurement.

Aparentment hi ha tota cura, però el defecte capital és el sistema i emplaçament de la captació per pous ordinaris. [...] caldria allunyar del riu a una distància prudencial, a l'ensem aïllà les primeres aigües captant tan sols subàlvies fondes mixan sant pous semi-surgents, equivalents al sistema de pous artesianes.

[...] La canalització tanta fóra com a dins de la ciutat, ens semblà acceptable.

Els filtres podrien suprimir-se si la captació de les aigües fos tal com cal, i aixís s'evitarien operacions entermitjes i l'aigua podria anar directament i hermèticament closa

des de les capes en que fóra captada a les aixetes dels particulars, restant perfectament assegurada la potabilitat de les mateixes». [...]

De les altres empreses d'aigües públiques podríem parlar-ne molt i llargament. No ho fem avui, perquè nosaltres no tenim l'autoritat suficient, i al fer-ho com ho fariem, d'una manera descarnada i crua, podria semblar que tirem contra interessos particulars, quan nostra campanya únicament està inspirada en l'interès col·lectiu.

Volem recalcar que malgrat la intervenció ineludible que els Ajuntaments i Junta de Sanitat local senyala la llei d'aigües, aquests serveis públics no han sofert exàmens bacteriològics des del 17 d'Abril de 1917, i que la Junta de Sanitat no s'ha reunit, que en tinguem notícia, des de 1918, quan la grippe.

[...] Examen bacteriològic de 1915, fet en el Laboratori Municipal de Barcelona:

Aigües Vídua J.Oliveras —aquesta mostra deu considerar-se com sospitosa.

Societat "Minales Comes" —id, id.

Robert i cia "Rovellada"—id, id.

Plà, Barnat i cia "Arbre del Rei" —aquesta mostra, tant pel nombre de gèrmens com per lo alt del títol coli-bacil·lar deu considerar-se com impotable.

Mina del Norte —aquesta mostra deu considerar-se com molt sospitosa.

A. Coll i Rigau. —aquesta mostra deu considerar-se com potable.

Mina Quatre Arbres —aquesta mostra deu considerar-se com sospitosa.

29 desembre 1915 —tres mostres captades en la mina Norte són declarades potables.

5 gener 1916 —l'aigua de l'Arbre del Rei es declarada potable en l'origen i sospitosa en la conducció i dipòsits.

19 gener 1916 —de set mostres de "Les Comes", totes són declarades potables.

21 gener 1916 —oliveras, Rovellada, Comes i Quatre Arbres, són declarades potables.

19 abril 1917 —després de 14 mesos de no prestar servei la Empresa "Arbre del Rei", és declarada potable la seva aigua.

Aquests són els fets. El Doctor Faura ens prova que la contribució de mortalitat per malalties d'origen hídric la paguem exagerada. Que el tifus és endèmic a St. Feliu. Que la Empresa Coll, siguent per instal·lació, la millor de totes les empreses d'aigües, té defectuosíssims pous de captació de les mateixes; i que, per lo tant, si la millor no està al nivell que deuria, figureu-se què no ens diria un tècnic de les altres!

Senyors de l'Ajuntament: Senyors de la Junta local de Sanitat: És aixís com acaten la llei d'aigües? És aixís com vetllen per la salut pública?

Caldrà demanar a la Superioritat intervenció enèrgica per a que vostès compleixin els seus deures i per a que sia un fet la garantia que de la seva salut per part de les autoritats, ha de tenir tot ciutadà?»

L'alcalde no va tenir més remei que convocar la Junta Local de Sanitat després de tres anys sense fer-ho,¹⁴⁹ i una setmana més tard Salvi Pebre¹⁵⁰ escrivia que:

de la nostra campanya sobre aigües potables, després de llargues setmanes de maldar, n'ha sortit quelcom de pràctic. En la sessió del dia 12 del corrent, el cap de la minoria nacionalista a l'Ajuntament en Santiago Marill digué que arrel de la campanya seriosa i documentada portada a cap per nosaltres, caldria que es reunís la Junta local de Sanitat i fossin analitzades les aigües que es subministren per a consum públic, Recalcà l'autoritat dels que han procurat tota sort de dades sobre tant important matèria únicament moguts per els interessos de la ciutat i de la salut dels seus moradors. A aquestes justes i nobles manifestacions del Sr. Marill contestà l'Alcaldia diguent que li semblava bé que les companyies abastidores oferissin totes les garanties i que reuniria la Junta de Sanitat per a que entengués en l'assumpte que se li interessava.

Una setmana més tard la nova Junta va reunir-se i Salvi Pebre escrivia:

Ara que ha sigut nomenada nova Junta de Sanitat local [...] seria l'hora oportuna que nostra primera autoritat municipal intervingués d'una manera enèrgica i seriosa col·laborant a la tasca que la novella Junta es proposa. Per a col·laborar-hi l'Alcaldia no ha de fer grans despeses ni grans sacrificis. Bastarà que es compleixin les ordenances i que es desvetlli el propòsit de vetllar per la higiene i sanitat públiques. Són tan descuidades ambdues coses, que fóra precis veure com l'Ajuntament, vetllant per la salut del poble en general, i pels seus furs d'autoritat, se proposava d'una vegada i per sempre envestir un problema amb aparença tan senzilla i tan transcendental. Fa pena veure com tot-hom tira aigües brutes al carrer, sense por a les penyores que ningú aplica; dóna una mala idea dels graus de civisme de nostres conveïns el contemplar els carrers bruts, les escombraries escampades per la via pública, quan no són tirades a les rieres, les cunetes

¹⁴⁹ *L'Avi Muné*, 22 d'octubre de 1921.

¹⁵⁰ *L'Avi Muné*, 29 d'octubre de 1921.

dels carrers de Caimó i de la Creu fetes dos canalitzacions d'aigües putrefactes, i, sobre totes aquestes coses, contemplar les rieres principalment la del Monestir, conduint tot l'any aigües tan corrompudes, tèrboles i pestilencials, que no hi ha ciutadà que les aguanti.[...] Això en quan a Higiene i a netedat urbanes. L'aspecte de la immunitat de les aigües públiques és tasca també quelcom feixuga que ha de resoldre's sense desmais ni aplaçaments. Pensi's que aquest any ja contem amb set baixes de mortalitat per tifus i que aquesta xifra exagerada que paguem a la mortalitat, pot i deu reduir-se.

La ponència d'aigües de la Junta Local Sanitària sabem que treballa conciençudament a aquest respecte i no cal dir esperem com la Corporació tota estarà al costat del dictamen que ella emiteixi en bé de tots, i que l'alcaldia sabrà fer-lo compliren totes les seves parts sense reserves i sense abúlics aplaçaments (Salvi Pebre).¹⁵¹

Un mes més tard Sanitat feia pública la inspecció de les empreses de subministrament d'aigua i fixava les reparacions que calien.¹⁵²

3. La medicina casolana¹⁵³

Malgrat la medicalització i la generalització de les assegurances mèdiques a principis del segle xx, abans de decidir cridar el metge, mai massa aviat, doncs era car i el «senyor doctor» ja era un notable local, hom feia una diagnosi domèstica «tens mala cara», «estàs molt pàl·lid», «em sento malament», «no estic de filis»,¹⁵⁴ «fas mala pinta», i tantes altres expressions del mateix caire que insinuaven la presència d'un trànsit entre el que és normal i el que és patològic o no. En sortir de casa i saludar el veí «com estàs», «vés, anar fent», la conversa derivava sovint cap a preguntes sobre la salut dels pròxims, i ens recordaven que «el principal és tenir salut».

Algú ens deia que, abans de la Guerra, al menor símptoma de malaltia dels infants, en general febre, hom tremolava perquè la reacció de les mares, àvies i tietes

¹⁵¹ *L'Avi Muné*, 5 de gener de 1921.

¹⁵² *L'Avi Muné*, 22 de desembre de 1921.

¹⁵³ Una part dels materials etnogràfics procedeixen d'una recerca de camp feta a principis dels vuitanta a zones rurals de Catalunya, per Jordi Ferrus, Marta Allué, Serra París i Josep M. Comelles (1982), on la majoria de pràctiques seguien sent vigents.

¹⁵⁴ Lo de *filis* ens té intrigats. Alguns de nosaltres vam pensar que tenia a veure amb la paraula *Philips* una marca coneguda d'aparells de ràdio des d'abans de la guerra.

era purgar amb *aigua de Carabanya*¹⁵⁵— el *agua de Loeches* de les *seguidillas* de Don Hilarión— o encara pitjor amb oli de ricí —la *purga de Benito* de la postguerra—,¹⁵⁶ i aplicar una lavativa. De fet no hem conegut casa, als anys cinquanta, on la cambra de bany no estigués presidida per la pera de goma vermella o, el ja més sofisticat i misteriós pot de metall esmaltat amb un tub de goma i una cànula en què les mares posaven un litre d'aigua salada bullida amb una fulla de timó, i que presagiava el pitjor. A banda de la (molt) desagradable combinació de purga i lavativa, alguns dels informants de la nostra infantesa al·ludien que al diagnòstic casolà de malaltia, s'hi afegia la prescripció, per part de les ja esmentades, d'un règim que consistia en un parell de dies de dieta rigurosa —aigua sola— «per netejar», a la qual s'anirien afegint infusions de poliol, *rabó de gat* (en valencià), camamilla o menta i, més tard, patata amb verdura bullida acompanyada ocasionalment per peix també bullit, i tot això sense massa sal. Les víctimes d'aquestes pràctiques recordaven amb horror la gana que passaven, però també la fredor de les cuidadores davant les seves queixes desesperades.

La resistència a avisar el metge, no exclusivament pel cost de la visita sinó pels criteris hegemònics d'avaluació domèstica de la gravetat, basats en una experiència constantment construïda per les nombroses malures de grans i petits, va anar disminuint amb la generalització de les assegurances privades entre les classes mitjanes i les populars des de principis de segle. «Molestar» el «senyor metge» per una banalitat era gairebé una transgressió de la urbanitat i exigia excuses i explicacions; per això, la visita o la demanda mèdica no va ser mai la disbauxa que va fer possible l'ampliació de la cobertura del SOE i de la SS durant el franquisme i la Transició, doncs als anys cinquanta i seixanta el tracte entre els malalts, les seves famílies i els professionals estava basat en un respecte molt marcat en relació amb el «senyor Doctor» que tenia la seva reciprocitat en un tractament formal per part d'aquest sobre el malalt i les seves famílies. Encara a principis dels setanta, les regles d'urbanitat davant l'arribada del metge d'urgències del Seguro implicaven no tutejar mai ni en un sentit ni en l'altre excepte els nens, i l'ús sistemàtic de fórmules d'urbanitat.

¹⁵⁵ Un aigua mineral amb moltes sals magnèsiques que són purgants. També es venia a les farmàcies la *magnesia*, sals magnèsiques en pols amb àcid cítric per purgar els infants.

¹⁵⁶ Per Benito Mussolini. Emprada pels feixistes italians contra els dissidents polítics. Aquí en la immediata postguerra va ser emprada pels falangistes amb la mateixa fi.

La demanda mèdica —i en general sanitària— creixent va tenir a veure amb les polítiques de vacunació i la difusió entre la població dels efectes miraculosos dels sèrums i per l'obertura dels dispensaris municipals —*casas de socorro*—, on es podia dur a cosir les petites ferides i a rebre «la injecció del tètanus» (Barceló, 2011). Si el sèrum antidiftèric es va acabar, pràcticament abans de la guerra, amb la tremenda mortalitat per *garrotillo* que publicava Oliu el 1880, els *tètanos* —l'antitoxina, no la vacuna— era un tractament terrible perquè el sèrum calia introduir-lo a través del raquí perquè anés directament a tot el sistema nerviós fins que la gamma globulina antitetànica de finals dels anys seixanta ho va convertir en un tractament purament banal. La malaltia era espantosa. El metge de Sant Feliu, Josep Rusalleda, explica encara amb horror el cas d'un gitano que havia tractat de jove i que l'havia contret arran de clavar-se una barnilla de paraigua. Els nervis estaven tan excitats que la figura de l'home quedava en forma d'arc. Acabada la guerra, les antitoxines van esdevenir un fet quotidià als dispensaris municipals on s'atenien les feridetes de nens i nenes que jugaven en carrers on compartien l'espai públic amb carretons arrossegats per mules, ases o cavalls, i en els quals la presència d'una *cafetera* sorollosa esdevenia una petita festa.

A banda d'alguns tractaments, evitar «molestar» el «senyor metge» tenia profundes arrels culturals: d'una banda el cost de la visita, de l'altra haver-lo de cercar a peu, en bicicleta o a cavall en absència de telèfons, i després per un escepticisme notori, «per un mal que molt poc dolga, medicina gens ni poca», «a bon mal i a dolent mal, el millor metge és el malalt». També hi havia certes expressions com «vell, tonto, pobre i boig, són mals que no fan goig» perquè hom era conscient que certes nafres eren pitjors que altres, perquè hi havia certa malfiança en relació amb els recursos disponibles i una actitud secular en relació amb la prevenció «val més evitar que curar», que reflecteix la influència de les idees galenicohipocràtiques «en casa humida s'hi perd la vida», «a la casa on no hi entra el sol hi entra el metge», «si no tens sol al balcó et visitarà el doctor», i de l'higienisme «la neteja és mitja vida», «la comuna, lluny de la cambra i la cuina» i «de dia la cambra ventejada, de nit, que no corri l'aire», però també un sentiment compartit que la cura era la combinació de la força de la natura i, si convenia, de l'ajut de Déu.¹⁵⁷

¹⁵⁷ Avui encara s'obren les cases de manera tan exagerada que els que vetllen per la salut ecològica del planeta recomanen que amb deu minuts n'hi ha prou.

Totes aquestes expressions tenien un llarg recorregut històric. Algunes en perllonguen fins avui la vigència, però són nombroses les que s'han anat esvaint amb la generalització de l'assegurança mèdica i la confiança cada cop més infinita en la tecnologia i els medicaments. Però des de fa vint-i-cinc segles és present la frase «la cambra de dormir ni ha de fer olor ni ha de pudir», que segueix justificant la ventilació o l'ús de perfumadors automàtics.

3.1. *Prevenir*

Malgrat l'emergència i la difusió ràpida del pasteurianisme i de les idees microbianes, a Catalunya, fins als anys seixanta del segle xx la població va mantenir bastants principis del règim dels hipocràtics en la pràctica quotidiana en relació amb la salut: «menjar i beure assentat, i dormir de costat», «en ésser de dia deixa el llit i tindràs llarga vida». Calia «dinar poc i sopar d'hora i et trauràs la mort de sobre» perquè «molt sopar dóna malestar» i «precaució i brou de gallina estalvia la medicina». Tanmateix, «qui menja fred a l'estiu llarga vida viu» i «joventut que vetlla i velles a que dorm, signe de mort» però «el llit dur fa el cos dret». La persistència de tals consells, molts dels quals traduïts en pràctiques, poden explicar-se per l'hegemonia de mares, àvies i tietes a les cases, encara no substituïdes pels metges del *Seguro*, que el 1960 només cobria la meitat de la població catalana. Per tot això, fins a la Transició era possible observar antics trets culturals avui realment relegats.

Al costat de les influències entre la mirada naturalista dels ciutadans i els discursos mèdics sobre la influència del medi en la malaltia, els folkloristes registren, a principis del segle xx, encara pràctiques màgiques o supersticioses per a les quals no tenien altra explicació que invocar el *survival* d'idees ancestrals paganes o prehistòriques, un fet que encara avui té un cert èxit entre les classes populars i també en el món educat, com la importància que va prendre el magnetisme, quan fa un parell de dècades va ser revitalitzat amb el negoci de les polseres màgiques, àmpliament difoses en tota la població.

La persistència d'algunes d'aquestes idees i pràctiques màgiques, amb els matisos que caldria introduir en el cas del magnetisme animal, s'explica pel valor lenitiu que adquireixen, no tan directament sobre el pacient sinó sobre l'angoixa dels que el cuiden. Davant una malaltia i una mort omnipresents, abans de la revolució demogràfica (encara al 1900 l'esperança de vida espanyola era molt baixa i

la mortalitat infantil tremenda), algunes de les pràctiques tenien a veure amb el conjur de la malastrugança —que inclou, òbviament, la malaltia— i podia evitar de tenir a casa peixos en una peixera, passar sota l'ombra dels nesprers, afaitar-se després de dinar, tallar-se les ungles quan el sol es pon, senyar-se al lloc d'un mal, aturar-se pel carrer quan se surt per primera vegada després d'una malaltia, tallar-se les ungles en un dia que no tingués la lletra erra per no provocar-se mal de queixal...Totes aquestes supersticions eren afegides a relacions interessants com «a la casa amb ruda al balcó, no hi entra el doctor», o amb d'altres més específiques per protegir-se del mal d'ull, o de les persones que malmiren evitant el creuament dels ulls de tots dos.¹⁵⁸

A Catalunya, les creences màgiques en el mal d'ull o la bruixeria havien declinat durant el segle XIX com a conseqüència del procés de medicalització, però encara era possible trobar costums més o menys arrelats en determinats llocs, com el que per deslliurar els infants dels mals que els podien fer les bruixes no s'anunciava el dia en què posarien sabates per primera vegada al nadó. Calia anar a una església, millor Dijous o Divendres Sant, i el primer cop que se li tallaven els cabells els cremaven i els escopien sobre les brases utilitzades i, si es llençaven a terra, es feia per sobre l'espatlla i per darrere del cos. També era convenient que fos dilluns quan se li tallessin les primeres ungles i es recomanava posar els nadons sota la faixa, tocant la pell, uns Sants Evangelis beneïts, un llibret minúscul amb tapes daurades, amb alguns versicles dels Evangelis. En canvi, la persona adulta, per eludir els mals de les bruixes, feia la *figa*: en creuar-se amb aquesta figura s'amagava la mà al darrere l'esquena i feia un gest amb els dits.

Si la major part de les pràctiques màgiques d'aquesta mena estaven molt en crisi en persistien abans (i després de la Guerra Civil) d'altres relacionades amb la invocació divina, i això malgrat la forta secularització de la societat. Després de la guerra hi va haver una revifalla del pietisme, en el context de l'anomenat *nacionalcatolicisme*, i en moltes comarques catalanes el fet d'anar a missa el diumenge als pobles i mantenir una pràctica religiosa regular va esdevenir necessari per evitar problemes de tota mena. I si una part de la pràctica pública podia tenir aquest

¹⁵⁸ Avui encara, la rifa de Nadal a Espanya mobilitza una enorme quantitat de pràctiques màgiques relatives al número, com el fet de jugar aquells números que tenen relació amb el dia d'una desgràcia.

caràcter, en el si de la pràctica privada, el ventall de possibilitats esdevé enorme. Algunes es podien descriure abans del segle xx, d'altres encara avui són vigents.¹⁵⁹

En moltes cases era costum de tenir dia i nit encesa una espelma al sant de devoció familiar, sovint davant una petita capelleta de fusta que formava part del mobiliari o que a molts pobles circulava de casa en casa, i també era força generalitzat, fins fa tres dècades, l'oració vespertina i matutina per als infants perquè els protegís de tots els mals:

«Àngel de la Guarda
Dolça companyia
No em desamparis
Ni de nit ni de dia»

A les portes de moltes cases i pisos, de totes les classes socials, hi havia Sagrats Cors de llautó daurat que afirmaven la identitat catòlica de la casa i la posaven sota la protecció de Crist enfront de tot tipus de malures. A dins, estampes de devoció, petites imatges, crucifixos a les cambres i, com a talismans, medalles penjades al coll dels infants o creuetes fixades a les camisoles del nadons. A moltes cases hi havia el rebut de les assegurances privades —i també el dels enterraments— a mà perquè eren una garantia; al costat, l'estampeta de santa Llúcia perquè els conservés la vista; la de santa Rita, advocadessa dels impossibles; l'escapulari per si es posava algú malalt; un rosari; un calaix ple de medicaments, que gairebé no es podia tancar, i a sobre de la calaixera o del bufet, una reproducció de la Mare de Déu de Montserrat, una de la Mare de Déu de Fàtima i una de la de Lorda; una fotografia del sant patró del poble, del barri o de la ciutat; una del sant que va curar l'avi d'un mal dolent; i l'ampolla de l'aigua de Lorda que va portar la veïna la darrera vegada que va visitar el santuari i que s'ofereix a un bon amic quan ens ve a veure pel motiu que sigui. I encara, fins que el vent del Concili Vaticà II va endur-se'ls, a moltes capelles de la costa catalana hi havia els exvots que omplien de color l'interior.¹⁶⁰

El manteniment d'aquesta parafernàlia protectora estava en general a càrrec de les dones, potser amb la parcial excepció dels exvots. No era infreqüent, també

¹⁵⁹ Vegeu per exemple el paper de les creences en el miracle i en la màgia en el context de les unitats de cures intensives (Comelles, 2000).

¹⁶⁰ Vg. Prat (1972) sobre els exvots a les comarques de Girona.

en veïnats de classe mitjana o alta, que el dia dels Difunts la mestressa disposés les candeles enceses a l'entorn de les fotografies dels morts. Les dones segueixen encarregant-se del manteniment del nínxol, i les trobem en algunes esglésies significades, com ara les capelles de la Catedral de Barcelona, encenent les espelmes de parafina al Crist de Lepant, a sant Roc o a santa Llúcia. La persistència d'aquestes pràctiques cal explicar-la en el context del pluralisme assistencial. Sovint, s'expliquen perquè davant l'espera i l'angoixa que produeix el curs de la malaltia, el «no poder fer res» esdevé insoportable, i empeny a l'entorn del malalt a fer coses «en què no necessàriament creiem», «perquè encara que no hi tingui fe, vés a saber. De fet, no em costa res».

3.2. De les classificacions de les malalties

Els noms de les malalties varien en el temps: dolor, feridura, basca, mal dolent, espatllat, lumbago, reuma, trencat, cruixit, tall de digestió, atac de fetge, patatús, purgacions, feridura, ull de poll o golondrinos i, moltes més, revelen un vocabulari ple de modalitats locals que només en part els dialectòlegs han recuperat i que, en si mateix, exigiria un treball sistemàtic a Catalunya, on la riquesa de vocabulari tendeix a perdre's per la influència del català estàndar escolar. A velles expressions com són ara la basca o el cruixit, en franca retirada, se n'afegeixen de més modernes com ara les d'artrosi, virus, colesterol o fibromiàlgia, que sovint són adaptacions del llenguatge mèdic i no creacions culturals populars com abans, d'origen més complex, síntesis creatives de l'observació, la comparació o de les hibridacions amb la terminologia mèdica.

Moltes d'aquestes expressions són la traducció de patologies ben conegudes, com ara *gàstrica* o *tifus* per *febre tifoide* o, en castellà, *garrotillo* per *diftèria*. D'altres, s'interpreten com a signes premonitoris de malaltia, com el fet que surtin les dents fora de temps, o serveixen per classificar la situació higiènica com la relació que s'estableix en trobar-se pel carrer a una mare amb un nét brut o pollós, i la conducta recomanada per les pràctiques d'urbanisme era no acostar-s'hi massa, no fos que «encomanés» alguna malura.

Un cop la malaltia és declarada i reconeguda per la xarxa social del pacient també hi havia expressions com: «ni el bogitat, ni el malalt alçat». Amb independència de si calia cridar a algun professional, el malalt mateix i la seva xarxa tenien la seva

particular interpretació de quina era la causa que havia desencadenat la malura, i els passos a seguir depenien de la seva percepció de l'etiologia de la crisi i de la seva experiència prèvia amb signes i símptomes semblants. És el que anomenem *epidemiologia popular*, és a dir, aquelles patologies més freqüents localment i de les quals els vilatans en tenien llarga experiència. Una altra cosa és la interpretació que li sigui donada i els criteris per a l'acció que desencadenin. Fins a la difusió de la teoria microbiana hi havia interpretacions basades en el contagi, en la *pujada de la sang*, i d'altres que relacionen el medi amb la malaltia com el *refredat* i, perquè no també, amb excessos i transgressions. Un bon exemple era el tall de digestió o els trastorns digestius posteriors a les farteres, una forma d'excés, o el fet d'haver-se tirat a mar sense haver acabat la digestió. Aquests tipus d'anàlisis s'ampliaven a certes conductes moralment reprobables i en les quals sempre hi havia certa tensió entre l'herència i l'ambient, ben expressada en el següent cuplet de principis del segle passat:

«Sóc filla de Sants
Tinc les males sangs
I les tares
De les llibertats
Que m'havien dat
Els meus pares»

Per a la immensa majoria de l'epidemiologia popular el metge no va ser essencial fins pràcticament a la Transició, excepte en algunes situacions: les febres importants, el mals de ventre que feien sospitar la *pendis* (perquè hi havia la consciència generalitzada a partir de diferents processos de difusió que la tecnologia mèdica —especialment la quirúrgica— esdevenia eficaç en determinades crisis gairebé mortals com ara l'apendicitis —el *còlic o miserere*—), les hèrnies o les litiasis hepàtiques, entre d'altres, a més de la traumatologia o les crisis d'ofec respiratori o de dolors cardíacs. Sovint, en la gent gran, la consulta tenia a veure amb la consciència que hi havia algun *mal dolent* contra el qual calia el consell facultatiu, el diagnòstic i, sobretot, el pronòstic. O en aquelles situacions, ja a principis del segle xx, en què calia no tant que el metge curés el pacient com que fos capaç de fer un pronòstic adient. També, la generalització del diagnòstic radiològic, des de 1910-1915, i de les radioscòpies, com a instrument diagnòstic enfront de l'endèmia de tuberculosi al costat del seu eventual paper en el tractament dels mals dolents,

van afavorir la posició del metge i aquest va anar ocupant un lloc central en els complexos assistencials dels grups primaris.¹⁶¹

És clar que, a principis del segle xx, no era possible que una dona digués que tenia «un arrebato de colesterol», com vam registrar el 1985, però sí que creixia la consciència en relació amb les malalties com ara el tètanus, la febre de Malta, la malària, l'apendicitis o el càncer, i es generalitzaven termes com ara la colitis, les psiconeurosis, la neurastènia i, més tard, l'acetona o la polio, així com la consciència que hi havia glòbuls rojos i blancs i que l'albúmina era tan important com la «grip».

La grippe, segons un doctor molt trempat, ve a ésser una senyora molt trapassera i bastant pareguda amb aquell pop de Ravengar, que es fica davant dels casinos i cafès sotjant qui entra i qui surt. Al moment de sortir si són tres o quatre que es despedeixin, aprofita l'ocasió i arreplega per el clatell al que està més confiat. Cal, doncs, anar amb un dimoni a cada orella i fugir d'aquesta senyora, perquè té males bromes.¹⁶²

Bona part de la rica terminologia catalana de les malalties ha anat desapareixent, com la dentició i la por a les babes dels nadons, però encara avui són nombroses les mares que quan els seus fillets comencen a salivar per la tensió que produeix la sortida de la primera dent es preocupen. Heus ací, recuperada d'Amades (1980), una petita llista de la nosografia, limitada sovint a les intervencions casolanes, on poden observar-se els sincretismes entre la medicina científica i els coneixements populars:

Angines. Es curen fent fregues, diversos dies, sobre un gangli del canell: en reduir-se el bony, desapareixen les angines. Cal posar dins d'un mocador pa sucat amb vinagre calent, embolicat i lligat al coll. La cendra calenta amb un raig d'oli també es posa entre draps sobre el coll, així com cucs de terra dins d'un drap al coll perquè xuclen el mal. Cop d'aire a l'orella. Es posa una paperina dins l'orella per la punta, s'hi cala foc, i en anar-se cremant surt la bufada d'aire.

Constipats. Van bé les ventoses: s'agafa una moneda de cinquanta pessetes i es col·loca a l'esquena, a sobre es posa un bocí de cotó impregnat d'esperit, s'encén amb un llumí

¹⁶¹ Vg. l'estudi excel·lent de Rosa Medina (1996) sobre la difusió del tractament de càncer amb especial incidència en el cas de Catalunya.

¹⁶² Fa referència a la grip espanyola de 1918. *L'Avi Muné*, 1918.

i al moment es tapa amb un got, el qual fa ventosa. Això es repeteix per tota l'esquena i el pit. Sucs de taronja, bafs d'eucaliptus, de romaní o d'espígol. També van bé les infusions de te de roca o de til·ler amb sucre.

Ulls lloganyosos. Cal rentar-los amb llet i aigua de roses.

Febre. Cal posar-se la pell d'un conill acabat d'escorxar sobre el pit. És bo posar-se arengades obertes i planes a les plantes dels peus. També es recomana aigua pura, llevat de cervesa, suc de ceba i ous frescos batuts lleugerament i barrejats amb llimona calenta. Es fa baixar la febre posant a les plantes dels peus borres de roba de llana xopes d'aigua bullida amb tabac del més fort.

Mal de cap. Cal posar-se un drap xop d'alcohol al cap i, al pit, cataplasmes de fonoll o aiguardent del fort. El julivert picat amb vinagre dins d'un mocador plegat s'ha de lligar al cap.

Mal de coll o de gola. Cal menjar fruita, per exemple poma beneïda per sant Blai, el dia 3 de febrer; abans de menjar-la es resa un pare nostre i les restes es cremen. Cal posar-se un pegat de farina de llinet i mostassa i un drap al coll amb cendra calenta i vinagre.

Dolor. Cal tenir sobre la tauleta de nit una castanya borda, beure un gotet de bicarbonat en dejú cada dia i refregar-se ortigues pel lloc que fa mal.

Mal de ventre. Cal beure una infusió de marialluïsa.

Mussols als ulls. Cal rentar-los amb camamilla. També es pot anar a alguna casa, trucar a la porta i fer el crit «aquí us el deixo!».

Tos ferina. S'ha de canviar d'aires, portar el malalt a viure a un altre lloc o, a estones, a la muntanya o als afores, on l'aire sigui net. A Barcelona als anys cinquanta pujaven els nens a Vallvidrera.

Nervis. Una infusió de til·ler o de marialluïsa.

Aquest repertori és pura arqueologia i combina remeis de la terra amb la molt industrial aigua oxigenada —Foreta Catalunya. Si ara davant aquestes patologies hi poséssim etiquetes, pràcticament totes, correspondrien a productes adquiribles a les farmàcies o, en el seu defecte, en els supermercats. També durant el segle xx això hauria estat possible amb medicaments de taulell comprats a les farmàcies i que les famílies del Principat coneixien perfectament. Aquest procés, l'*automedicació*, ha estat un dels fenòmens característics de la modernitat a casa nostra i un dels que han canviat més profundament el procés salut, malaltia i atenció.

En l'epidemiologia popular hi tenien també lloc els petits accidents domèstics relacionats amb els infants que no suposaven traumatismes importants ni lesions

que exigissin sutures. En aquests casos, comptava la rapidesa amb què es produïa la crisi i la necessitat de donar-li solució immediata. Decidia i actuava en primer lloc qui es trobava més a prop de l'afectat, passant a segon terme el que tenia major experiència. Per combatre el dolor i l'efecte dels cops, calia aplicar ràpidament aigua freda, fer un ungüent amb cendra i vinagre, posar-hi una pell de serp acabada de despollar, fer un cataplasma amb pa i llet, o de farina de llinosa o de pa mastegat amb sal. També es podien posar sobre el lloc del cop, draps mullats amb esperit de vi cremat o amb suc d'olives salades. Perquè no surtís una banya al lloc del cop calia escopir a terra tres vegades o posar una moneda —antigament un duro de plata— sobre el cap, embolicat amb un mocador. Quan es tenia un mal es recomanava que es prenguessin banys d'aigua tèbia amb sal. Si era una torçada de peu anava bé córrer per sobre una maça de pastar, perquè el peu tornés al seu lloc. Si anant pel camp ens picava un insecte, calia posar-se sobre la ferida fang o argila, barrejada amb saliva. Quan hi havia hemorràgia, es preparava un torniquet amb un drap i un bastó qualsevol.

Un altre accident freqüent a la llar eren les cremades. Es diu que va bé untar-les amb tinta, amb una pell de ceba, amb un tall de patata, amb oli i sal, amb oli de lliri, amb aiguardent o posar-hi a sobre oli batut amb clara d'ou; també s'hi posava mel o llard blanc amb un rovell d'ou, clara d'ou, esperit de romaní o llet perquè no s'enganxés la roba sobre la cremada, etcètera. D'aquesta sèrie de solucions, més o menys clàssiques, algunes han caigut en desús, però altres persisteixen i pot comprovar-se com són una síntesi de remeis tradicionals barrejats amb influències de la medicina científica: hi trobem rastres de la teoria microbiana, de les mesures higièniques ortodoxes, etcètera. Els tipus de remeis tenen, doncs, procedències diferents i són utilitzats en moments molt concrets, que hom coneix perfectament.

A banda de la terapèutica, hi ha pràctiques que ajuden l'afectat a superar la crisi, la fan més passatgera, o senzillament es fan perquè veïns o coneguts no puguin dir que el malalt o l'agonitzant no hagi estat ben atès: «el malalt, més es cura amb cuidados que amb remeis» i «les bones paraules fan menjar al malalt».

Quan als nens els rajava sang del nas calia posar el clatell a la font de la cantonada, i si en la fal·lera per jugar la canalla havia caigut i tenia un morat, calia posar-hi un duro per fer pressió amb un mocador. I si la criatura apareixia suada com un ànec després d'un partit de futbol al solar de la cantonada, mares i àvies li prohibien beure aigua freda amenaçant-lo dels pitjors mals, i l'entretenien fent-lo remullar els canells sota l'aixeta. Era un temps on encara no se'ls duia al psicòleg.



Nens convalescents de tuberculosi a Bell-lloc (Santa Cristina d'Aro), tractats pel doctor Martí Casals. Procedència: Anna Vicens. MHSFG.

A més, durant dècades els genolls pintats amb mercurocrom, un antisèptic de sals orgàniques de mercuri, van ser les medalles que seguien a les batusses, les pedregades, els partits de futbol amb una pilota de drap, o les inevitables trompades del cavall fort.

En els més grans *caldera vella*, *bony* o *forat* servia per explicar l'estat d'un estri o la salut declinant dels avis, que n'assumien estoicament les nafres no tant com una malaltia —el que passa avui—, sinó com un estat natural de l'home o de la dona. Bastons i faixes eren lenitius per als mals d'espatlla i per moltes dones posar-se bolquers era la conseqüència de les seqüeles en el sòl pèlvic dels parts domèstics repetits.

En totes les edats, la vida alegre i els excessos de la joventut, alcohol, tabac i tiberis desenfrenats eren posats en relleu quan algú envellia massa ràpidament i, si la cosa anava per altres averanys, com en la freqüent evolució neurològica de

la infecció sifilítica, algú explicava d'amagatotis: «uy! És que li agradaven massa les dones, que van xuclar-li la sang i per això va esdevenir tísic... i el va perdre».¹⁶³

Les interpretacions etiològiques de les malalties en la medicina casolana nostrada són diverses i complexes i canvien en el temps. En medicina i durant molts segles va dominar la concepció hipocràtica de la relació entre el medi i la malaltia a partir del concepte de *kathastasis* o constitucions epidèmiques. Després va adoptar la forma de teoria miasmàtica relacionada amb les males olors (vg. Larrea, 1997) i, des del segle XIX, la causalitat va estar associada, d'una banda, a causes externes i, de l'altra, a alteracions genètiques o aparentment condicionades pel genoma humà. Moltes podem trobar-les disperses en la paremiologia. Alguns cops s'acosten molt als models hipocràtics o neohipocràtics en la mesura que aquestes tenien una relació directa amb el clima: el *cop d'aire* que actua com una força que ens posa malalts, o és la pluja d'ahir nit, o aquell «fa molt aire» que va començar a mitja tarda, o haver estat massa temps al sol, el que ens ha provocat el malestar d'avui. També els canvis climàtics de les estacions de l'any: «vells i tarats, en caure la fulla, colgats», «pel gener hi perd el metge i hi guanya el mossèn», «pel març, pigues i barbs», «l'agost les pastura i el setembre les madura», «l'agost malura i el setembre sepultura», malgrat que hi ha contradiccions com que «a l'estiu tota cuca viu» i que «furóncols per Sant Joan, salut per tot l'any». La noció d'un règim de vida saludable explica que «de caigudes i sopars n'estan plens els fossars» i que «és millor comprar car, però que sigui sa» i sempre «la vida del camp és vida sana».

D'altres, palés en formes de casualitat, producte de sincretismes culturals peculiars com les que estan associades al calendari i que tenen a veure amb un *background* derivat de l'èxit popular de l'astrologia: «els anys que comencen en dilluns, mals de cames i peus», «els anys que comencen en dimarts, mals de cap i follies», «els anys que comencen en dimecres, mals de païdor i de coll», «els anys que comencen en dijous, atacs de cor», «els anys que comencen en dissabte, histèries», «els anys que comencen en diumenge, mals que no entén ningú», «qui neix pel juliol, el cap sempre li dol» o també per assonància «el juliol, ni dona ni caragol», misteriosa expressió el sentit de la qual mai hem pogut esbrinar.

L'infern solen ser els altres i bona part de la causalitat derivava de les males influències de rodamóns que anaven de casa en casa portant la desgràcia i el mal.

¹⁶³ El novel·lista argentí Manuel Puigen va fer una recreació esplèndida a la novel·la *Boquitas Pintadas* (ref...).

A principis del segle xx personatges com ara Garay o el Sacamantecas, l'home del sac i altres personatges del mateix caire circulaven en *romances de ciego* i servien per entretenir —i atemorir— la canalla les nits d'hivern.¹⁶⁴ Servien per fer por i evitar conductes que hom pensava patològiques o poc morals. En alguns casos, els estanyers i perolers, *gitanos de verde luna*, que circulaven per les carreteres podien ser gent que duïen mals o el seu crit donava mals averanys, ocasionava baralles i desventures, i portava la pesta en un país en el qual les grans epidèmies van ser el còlera de 1884 i, sobretot, la grip de 1918. Hi ha una consciència popular de les *passes*, brots epidèmics locals habitualment estacionals, els refredats a l'hivern, les cagaleres a l'estiu per haver anat a robar fruita de l'arbre del pagès poc madura o, més sovint encara, per beure en fonts rurals sense garanties sanitàries. També es creuen les *passes* de malalties pròpies de la infància com la varicel·la, el xarampió o la tos ferina.

A mesura que la teoria microbiana va envair el coneixement local, la cura per la higiene va augmentar i «la Junta Local de Sanitat podrà no trobar imprescindible el que es repintin els salons de espectacles. Tantes coses no troba a faltar aquesta junta, que ni sembla que existeixi. Però nosaltres, que no som *galenos*, no tobem sigui res de més que es repintin els teatres, cines i salons de ball. La netedat i la higiene, res hi ha de perdre. Per altra banda, si ens visités la *grippe* la famosa Junta deuria fer tan poca cosa que ¡ai, pobres de nosaltres!». ¹⁶⁵

Malgrat la barrila inicial dels periodistes del *General L'Avi Muné*, «la *grippe*, per no haver-se rebut complerts els partes dels metges, s'ignora fixament en quina data feu la seva entrada triomfal aquí. Les primeres defuncions per *grippe* registrades oficialment, apareixen l'onze d'octubre. Ens permetem assegurar que la invasió fou molt abans, per quan l'excés de mortalitat ve d'un xic més enrere. S'han registrat, aproximadament, 1.300 invasions. Les defuncions des del primer d'octubre han sigut 117, o sigui, 88 el més passat i 29 des del dia u al tretze del corrent. La mortalitat en temps normal dona un promedi de 20 defuncions. Actualment els atacats no arriben a 60 i les invasions noves són poques afortunadament», ¹⁶⁶ el seus efectes van ser dramàtics però el redactor de l'article no va resistir la temptació d'afegir-ne alguna de grossa: «amb motiu de la *grippe* són moltes les noies que s'han

¹⁶⁴ Sobre el món dels personatges que atemorien la societat vg. Fernández Juárez & Pedrosa (2008).

¹⁶⁵ *L'Avi Muné* (5 d'octubre de 1918, p.3). Sant Feliu de Guíxols, Hemeroteca AMSFG.

¹⁶⁶ *L'Avi Muné* (16 de novembre de 1918, p.6-7). Sant Feliu de Guíxols, Hemeroteca AMSFG.

quedat tan llikes, que diu tornarà a imposar-se la moda del *polisson*. Recomanem a les interessades que no es vesteixin a les fosques, puig podria donar-se el cas, que, en lloc del darrera se trobessin el *polisson* al davant. Amb això dels *bultos*, ja se sap que tota precaució es poca».¹⁶⁷

Malgrat els acudits, alguns costums es radicalitzaven com l'aïllament dels infants dels seus germans o pràctiques com la d'aquell tuberculós que, per minimitzar la seva capacitat bacil·lífera, escrivia cartes amb paper carbó i enviava la còpia per evitar que el paper transportés el bacteri.¹⁶⁸ La idea del contagi podia ser també emprada amb objectius ben diferents: «s'ens assabenta que hi ha una passa de *grippe* qu'enamora i que, de moment, són bastantes les dotzenes de joves atacats. Aquesta malura sembla que la portaren els negres d'un vapor i certa senyora, molt coneguda aquí, anomenada D^a *Frescales Higiene de Vellut*. Ara ens expliquem perquè al ball de verbena hi faltaven tants de joves. D'haver vingut, allò hauria semblat un ball de coixos».¹⁶⁹

3.3. *Les dones, les cures i el parament de la llar*

Quan algú s'adona que està malalt, resta angoixat, no sap com es desenvoluparà el procés ni què hi pot fer. Sovint està espantat, confús, i uns certs miraments poden servir de molt. A vegades se li compra el pastís del diumenge, tot i que sigui dimecres. Es dóna el cas que tot i sent la malalta la persona que acostuma de fer el menjar de la casa, es compra una classe de peix que necessita una preparació acurada, que ha de realitzar la mestressa de la casa. Si algú es trenca un o si no es pot avisar el metge fins l'endemà, a l'afectat se'l vigila durant tota la nit, li posen coixins perquè estigui més còmode i encara que, sense necessitat, qui té cura de la recuperació d'un malalt entra molts cops a l'habitació per comprovar si dorm, observar com respira o per preguntar-li si necessita alguna cosa, si està bé, si nota millora, si vol una mica més de brou, per dir-li que es podria tornar a posar el termòmetre, tot i que no fa ni mitja hora que se li ha pres la temperatura, o per ajustar-li una mica els finestrans o ajudar-lo amb un altre coixí.

¹⁶⁷ *L'AviMuné* (16 de novembre de 1918, p.87). Sant Feliu de Guíxols, Hemeroteca AMSFG.

¹⁶⁸ Anselmo Allué de Horna (1981, com.pers.).

¹⁶⁹ *L'Avi Munné* (26 de juny de 1920, p.2). AMSFG

Els nens petits no volen restar sols, encara que no facin altra cosa que dormir i no tinguin ànims per jugar, per parlar o per fer res, demanen que algú es quedi amb ells. Així romania a casa qui tenia menys responsabilitats o feines i, en cas contrari, la família s'havia de reorganitzar perquè les activitats fonamentals no quedessin aturades per complet. Qui es quedava amb el malalt, assegut al seu costat o als peus del llit, l'intentava animar explicant-li coses alienes al seu sofriment i preocupació, perquè li provoquessin una mínima expressió de rialla. Més d'una vegada hem sentit dir que a *fulano* qui l'ha curat i recuperat tan aviat han estat els ànims i els comportaments de la seva dona envers ell i la malaltia que l'afectava. Qui fa companyia també pot restar callat, fent mitja o llegint. També s'observa un altre tipus de companyia: és el cas de la vetlla a una persona agonitzant. A la llar es reuneix tota la família en una

o diverses cambres, i els familiars més pròxims, seguint un torn, es van situant a l'alcova del malalt. Per aquest darrer no es pot fer res més sinó resar, cosa que no es deixa de fer, encara que se sap que no hi ha cap tipus de solució. El malalt, que en molts casos està inconscient, no se n'adona d'aquesta companyia, que és més una necessitat per als familiars que per a ell mateix. Una altra forma de companyia és la que es realitzava quan es tenien les criatures a casa: era normal que si venia un infant de nit, els components de la família romanguessin desperts mentre durés el part. S'estaven al menjador, a la cuina o al lloc on acostumaven a fer la tertúlia plegats. A la partera això no l'ajudava en res, però era una forma d'expressar que el que estava passant era anormal i afectava tots els membres de la llar.

Així, si estava malalt un dels familiars era la mare qui en tenia cura. Els altres germans s'ocupaven més o menys bé de les feines de la casa i, si no era possible,



Mestressa de Sant Feliu de Guíxols, als anys quaranta.
Procedència: Anna Vicens. MHSFG.

es demanava a la veïna que s'encarregués de les criatures i els donés alguna cosa de menjar, i s'avisava l'àvia o la cunyada perquè vinguessin a fer-se càrrec de la situació. Els fills, ajudats per algun veí o un amic, anaven al tros a fer el que calgués i, en les famílies camperoles, més endavant, quan es podia es tornava l'ajuda. Si el malalt era l'encarregat del comerç familiar, es tancava la botiga —cosa no gaire corrent— o s'hi enviava algun familiar que sabés una mica com anava el negoci. Aquesta reorganització familiar amb ajuda dels amics té una dita que la resumeix molt bé: «Més val un veí a la porta, que un parent a Mallorca».¹⁷⁰ Al mateix temps que la casa es mobilitzava hi havia tota una sèrie de personatges que hi anaven a fer una visita. La funció d'això està molt lluny de tenir relació amb el motiu que aparentment ha ocasionat allò d'anar a passar l'estona a una casa. En el cas de gent gran malalta, sobretot si són dones, és de consuetud enviar flors o plantes en famílies de classe mitjana i alta, costum que es converteix quasi en regla en el cas de mares novelles, i que a vegades dóna a les cambres un aire que recorda el dels cementiris. Si observem amb distanciament aquest conjunt de pràctiques, podem copsar que la seva natura no és directament l'atenció al malalt sinó l'expressió de la solidaritat, del llaç social. La visita esdevé motiu per parlar, per reveure's, eventualment per oblidar antics conflictes i odis. Van a veure el malalt persones que potser mai l'havien saludat pel carrer, i que probablement seguiran sense fer-ho una vegada recuperat; quasi no parlen amb ell i, fins i tot, arriben a marejar-lo perquè la seva conversa està molt lluny dels seus interessos; altres intenten ajudar a la casa, però a vegades no passa d'un intent. El que podria estar més pròxim a l'afectat són els presents que rep, però ja hem vist com, quasi sempre, o almenys sovint, estan allunyats de les necessitats del malalt.

Malgrat les molèsties i els contratemps que puguin ocasionar, les visites són una pràctica gens desapareguda i apreciada en general.¹⁷¹ Fins i tot els parents podrien enutjar-se si arribés a recuperar-se el malalt i no el visités ningú: seria signe que al barri o al cercle d'amics no està ben considerat. A la casa s'hi va a hores fixes, a mitja tarda, quan hi ha més tranquil·litat i es pensa que no es molestarà massa, i

¹⁷⁰ Sobre les relacions de reciprocitat i el joc de suport familiar en el prendre cura vg. Comas, Roca, Bodoque & Ferreres (1990), i Narotzky (1991).

¹⁷¹ La visita va ser una pràctica hegemònica fins a la fi de les llargues hospitalitzacions a domicili, i la transferència de la cura per totes les classes socials a l'Hospital. A Catalunya, la transició es produeix a l'entorn dels primers vuitanta (vg. per exemple Allué, 1985). Sobre el nou model de visita a l'hospital, vg. Sobretot Allué (1996), i Pallarès (2003).

tan bon punt ha arribat la notícia, al cap d'uns dies, quan estigui una mica recuperat, o no es té cap pressa perquè se sap que en té per molt de temps. Quan hi ha la notícia que algú s'ha trencat una cama, acaba de tenir un fill, té angines o li ha agafat un atac de cor, corre de boca en boca molt depressa, per les botigues, pel carrer, al bar del poble o barriada, per telèfon, etcètera. Qui ho explica vol tenir el privilegi d'ésser el primer d'haver-ne tingut coneixença, i no deixarà cap detall en la descripció; fins i tot alguns cops afegirà elements inexistents en un principi, i es diran una sèrie de frases que es repeteixen de manera sistemàtica.

Quan a casa hi ha un malalt, es produeixen canvis en la cambra i la casa. S'endrega tota la casa, o almenys els llocs on el metge, el curandero, el capellà o les visites entraran quan vinguin. Fa no massa les fumigacions eren amb vapor d'eucaliptus o amb encens, i les mestresses de casa tenien una especial cura en el parament de la cambra del malalt, especialment quan es preveia la vinguda del senyor metge: els millors llençols, la cambra fregada a fons i ventilada, camisola ben neta per a homes i dones, els homes adults afaitats, i una ampolla d'aigua i un rentamans amb la millor tovallola perquè el metge es rentés després de l'exploració. El o la malalta, en camisol net, dins el llit. Elles, dues passes darrere el senyor metge, assegut a la vora del llit.

Per si la cosa acaba malament, és millor tenir-ho tot ben ordenat, perquè si hi ha un mort a casa, qualsevol persona del poble, amic o veí, pot ocupar-se de vestir-lo, d'obrir els armaris i les altres cambres de la casa buscant el que cal. L'alcova serà fregada i perfumada, els llençols del malalt canviats i aromatitzats cremant fari-gola, espígol i romaní, o amb aigua de colònia. Es posarà a la capçalera una creu penjada (si és que no hi era abans), algunes estampes, una relíquia d'un sant, o una verge de Montserrat. A la tauleta de nit hi haurà un recipient petit amb aigua beneïda que s'anava a buscar a l'església, i al malalt cada dia se li tiraran unes gotes perquè avanci la curació; a més, els familiars i les visites també n'agafaran, fent el senyal de la creu en entrar a l'estança. A algunes cases canvien el malalt de cambra o, si dorm acompanyat, per exemple amb un altre germà, aquest anirà a un altre dormitori per evitar el contagi i deixar el malalt tranquil. Si es canvia l'afectat es posarà una peça de més fàcil accés pels terapeutes, les visites i perquè la persona que l'ha de vetllar no es cansi tant fent viatges. El motiu del canvi és potser que estigui més distret si ha de fer llit molts dies. Així es col·locarà a l'habitació dels pares, a aquella petita del primer pis, al costat del menjador o, fins i tot, a la mateixa sala d'estar. Quan ha de venir el metge es prepara un recipient

amb aigua i una tovallola a sobre del tocador perquè es pugui rentar, o es fa un darrer repàs a la sala de bany. Els objectes que es col·loquen a la cambra quan s'espera la visita del sacerdot per la comunió o l'extremunció són sobre una tauleta coberta amb un mantell blanc: ciris, flors, cotó fluix mullat amb aigua perquè el sacerdot es netegi després de la cerimònia. Pel malalt hi ha una tasseteta, un plateret i una cullera amb aigua per després de la comunió, objectes que després de la seva funció seran guardats i no es tornaran a utilitzar fins al proper ritus de les mateixes característiques.

Quan els parts es realitzaven a casa l'estança es preparava per tal ocasió: sobre la calaixera es col·locaven totes les coses destinades al nadó i una sèrie d'objectes destinats a la mare: agulles imperdibles, colònia per al cap, pólvores de talc, gasses, una esponja i una palangana, aigua oxigenada, esperit, tisores, tovalloles, lavatives, un drap per tapar l'olla de l'aigua bullida i draps nets. Al llit s'hi posava un hule o travesser, i sota dels barrots o a la capçalera s'hi situava una escombra, una crossa o qualsevol bastó llarg, darrera del qual s'hi passava una tovallola, i la partera s'agafava als dos extrems de la roba per poder fer força. Un cop havia nascut el fill se'l tancava a un lloc fosc, on hi havia una palangana o gibrella amb aigua perquè s'hi ofeguessin les males intencions dels qui li volguessin «donar mal».

Així l'habitació del malalt és el recinte sagrat on no tothom pot entrar; dependrà de l'estat del pacient (necessitat de soledat, perill de contagi), de la proximitat que es tingui amb ell (un familiar pròxim entrarà, però un amic del pare de l'afectat potser ni hi traurà el cap) i de l'edat de qui vol veure'l (a un nen o a un vell potser no el deixin entrar perquè no s'impressioni de veure un malalt). Veiem, doncs, que per unes raons o d'altres, amb uns o altres mecanismes, s'aïlla el malalt de la seva família i amics, com de la resta de la societat, però al mateix temps se'l rodeja d'una sèrie d'objectes i se li fa un seguit d'accions determinades perquè se senti protegit i segur entre els seus. Malgrat tot durant els dies que duri la crisi el personatge central se sentirà sol, aïllat, angoixat pel que li passa i li pot passar; el que li confirma i li demostra la seva situació anormal és tota aquesta sèrie d'accions destinades a protegir-lo, a assistir-lo d'alguna cosa que no se sap ben bé d'on procedeix i perquè ha aparegut, però és al mateix temps ell qui demana i desitja totes aquestes modificacions en la seva vida.

Aquesta organització i etiqueta domèstica en situació de crisi obligava a processos d'aprenentatge, a vegades d'iniciació ritual —per exemple aprendre a amortallar—, i de construcció intel·lectual de l'experiència en què domina la

perspectiva de gènere, ja que els processos de socialització distingien perfectament les funcions femenines de les masculines.¹⁷² La transmissió era majoritàriament oral, malgrat que a un bon nombre de cases catalanes del segle XIX i sobretot del segle XX havien penetrat llibres de divulgació medicosanitària i cartilles d'higiene. Però malgrat tot, els llibres, era la pràctica compartida entre mares i filles, tietes i nebodes, àvies i nétes, i a la vegada la que compartien els *siblings*, membres del mateix nivell en el parentiu. L'aprenentatge començava molt aviat perquè la trista ubiqüitat de la malaltia i la mort a moltes cases, tant a les ciutats com al camp, els permetia adquirir ràpidament experiència en cuidar, curar i en negociar amb els «senyors metges», els farmacèutics, els herbolaris i els curanderos el que calgués. L'estampa, també a Catalunya, de les dones que no abandonaven el dol des dels trenta-cinc o quaranta anys no era només rural.¹⁷³ A la Barcelona dels cinquanta era fàcil veure-les encara, i més amb la vinguda massiva d'immigrants del sud de la península.

La comunicació intergeneracional es feia a la capçalera dels malalts i de les malaltes, no amb el metge. A aquest, un cop acabada la visita, se'l feia seure al menjador i a la cuina i allí hom negociava el que calia fer. Malgrat que els homes podien tenir algun paper, les que duïen la veu cantant eren sempre elles. En aquest context hi havia un procés d'aprenentatge —també pels metges—, d'una etiqueta que s'ampliava amb la parafernàlia protectora de caire religiós,¹⁷⁴ imatges i estampes de sants, capelletes devocionals que anaven de casa en casa, i regulava també el modus de vestir del malalt i de l'entorn. No era infreqüent a la tarda el rés del rosari a la sala veïna d'on jeia el malalt.

Òbviament l'etiqueta variava segons qui hi acudís, fos el metge, el rector de la parròquia o els curanderos, però la seva penetració cultural va persistir fins a la Transició democràtica. Encara en aquell temps les famílies de classe mitjana catalana rebien al metge del *Seguro* —el d'urgències—, amb la mateixa etiqueta; en canvi, a les famílies d'immigrants que formaven part del proletariat l'etiqueta

¹⁷² Amb curioses permanències. A Torredembarra (Tarragonès) avui encara en el servei fúnebre que hom fa a l'església parroquial només hi entren les dones. Els homes queden al carrer, amb l'excepció dels forasters que sí que hi poden entrar.

¹⁷³ Vg. sobretot per als costums de dol, Allué (1980), i per a les transformacions de la gestió dels moribunds (Allué, 1985), també a Amades (1980) el repertori d'un folklorista clàssic.

¹⁷⁴ Per memòria, a la UCI de la Paza Madrid van dur el *manto* de santa Teresa perquè vetllés l'agonia de Franco, el 1975.

era molt més modesta, més desestructurada, com si el procés migratori hagués produït una anomia o la visita del metge fos una novetat.

3.4. Cura i terapèutica

Els professionals delegaven en les mestresses de casa quasi tots els processos assistencials, excepte els estrictament tècnics. Metges, practicants, rectors o curanderos anaven a la casa de tant en tant i, en l'entremig, la intendència alimentària, medicamentosa i fisioterapèutica anava a càrrec de les dones de la casa: des de la ventilació de la cambra, la neteja, els criteris alimentaris, a bafs, rentats, lavatives, purgues i pastilles: *sellos, comprimidos, supositorios*, fonents de calor, ventoses i sangonelles, i una complexa gama de xarops, pomades i naturalment els tes o infusions que força dones camperoles encara sabien anar a collir o sinó deixaven que les aconsellessin a Ca l'herbolari o a la farmàcia. Un cop resolta la malaltia, el remeis eren conservats curosament, pel que fos, en armaris i més endavant en farmacioles a les cambres de bany.¹⁷⁵ De tant en tant apareixien anuncis de gent que s'oferia per curar —Jaume Rigau Costa de Santa Cristina— «a persones que pateixen de l'estómac, irritacions internes i altres malalties. Tota persona que es trobi en algun dels citats casos pot dirigir-se a mi per fer consultes especials. L'oferta pot assegurar que fa cures notables, de lo que poden donar testimoni moltes persones. Forés curarien, si a temps es posessin al règim que se'ls hi indica. Casos de tifus, pulmonies, afeccions del cor i altres enfermetats greus, poden corregir-se molt fàcilment».¹⁷⁶

Els medicaments de farmàcia van anar adquirint una hegemonia progressiva en una societat cada cop més medicalitzada. Abans i després de la guerra ventoses o sangonelles eren encara aplicades a les cases, així com tot tipus de fumigacions, doncs sovint tenien l'aparell. També eren inevitables a les cases els irrigadors de pera o penjats a la paret per les lavatives i una parafernàlia de palanganes i orinals. Després de la guerra, el parament de moltes llars incloïa termòmetres i xeringues hipodèrmiques: de vidre i conservades en una caixa de metall cromat

¹⁷⁵ En bastants pisos barcelonins, no hi havia bany i els vàters eren en unes cabines a les galeries que donaven als patis de llums. Sovint la classe obrera havia de rentar-se amb una gibrella amb l'aigua de la cuina.

¹⁷⁶ *L'Avi Muné*, 8 d'octubre de 1921, p.3.

que contenia la xeringa, la més freqüent de 5 centímetres amb algunes agulles i els seus fiadors per evitar que s'embussessin. Malgrat que sempre hi havia valents que «punxaven» en general hom cridava al practicant per posar les injeccions. En arribar aquest, es bullien les xeringues amb aigua amb una mica de vinagre, i calia tenir cotó fluix i esperit.¹⁷⁷

A moltes cases hi havia medicaments, no necessàriament a les farmàcies específiques però si en els prestatges d'armaris, a la cuina o a la sala de bany. En l'habitatge català la generalització de la sala de bany va ser un fenomen posterior a la guerra. En el període del qual parlem, les comunes eren freqüents i moltes cases no estaven equipades, especialment les destinades a la classe obrera. Al camp no era infreqüent haver d'anar al corral, al costat de les mules, a defecar.

En masies o pobles sense farmàcies, hom aprofitava els mercats comarcals per passar per la farmàcia i fer-se amb els remeis oportuns. A les ciutats grans del Principat, abans de 1970 el nombre de farmàcies era molt més limitat que avui i als poblets petits era pràcticament impossible trobar-ne una. Els metges rurals tenien petits botiquins per a l'atenció urgent i, com veure'm, alguns s'alimentaven de les mostres que els laboratoris distribuïen. Els metges donaven les mostres com a medicament d'urgència fins que algú pogués anar a l'apotecari a cercar la teràpia de continuïtat.

Cal dir que la idea del règim hipocràtic estava profundament arrelada en el conjunt de la població, per la influència secular dels metges a les localitats i per la producció permanent de sabers, basats en les experiències més freqüents. El règim tenia a veure amb l'alimentació i la teràpia física: repòs, calor en fonents, fred, el sol i l'aire, i bona part. La teràpia, en bona part pal·liativa, podia recórrer als medicaments de farmàcia convencional, o a les fórmules galèniques però també al coneixement empíric dels remeis botànics disponibles a la zona. La pràctica de recollir plantes medicinals silvestres o herbes que servien de condiments: farigola, romaní, te de roca, poliol era permanent. Sovint homes i dones coneixedors aprofitaven les passejades lúdiques per buscar en marges o rierols plantes i herbes que, assecades o no, podien conservar-se, bolets, herbes com creixems o fonoll o fruits com mores, maduixes o groselles que després es confitaven. En molts horts hi havia el racó de les plantes medicinals i els condiments, i en moltes cases, en

¹⁷⁷ Alcohol de 96°.

torretes, a punts ben assolellats, s'hi plantaven algunes plantes domesticades, com si fos un petit jardí botànic.

El coneixement de les plantes medicinals o dels condiments forma part d'una botànica popular però també de processos de socialització interessants: pares, mares i avis i àvies prenien els nens a passejar i els ensenyaven els fruits de la natura: les herbes dels conills, els fruits del bosc, les medicines. Aquest ensenyament, informal, s'associava amb activitats lúdiques: passejos, petites excursions per anar a collir —o plegar— cargols o bolets o te de roca, o la persistència de determinats plats que corresponien a la cuina medicinal com les sopes de farigola feta d'alls i patorrat escaldat amb aigua posada a bullir amb una branqueta de farigola i que formava part del règim destinat a guarir els trastorns intestinals. El paper que tenien moltes de les herbes medicinals de casa nostra en la preparació d'aliments s'ha tret avui del camp o de la farmàcia i ha passat amb les altres espècies a les góndoles dels supermercats, el mateix que el *Vichy mineromedicinal y radioactivo* que de cop va desaparèixer de les etiquetes la radioactivitat i es va convertir, de beguda per a malalts —per l'enorme quantitat de bicarbonat sòdic que conté i que la venien a les farmàcies—, a *must* gastronòmic. Tant és així que aquesta deliciosa aigua bicarbonatada donava lloc a admonicions als nens dels anys cinquanta dient que no se'n podia beure massa perquè no era bo per a la salut.

4. Els guaridors folk

Sempre hi ha hagut gent que ho ha sentit molt i altres que creien que era bruixeria o incultura (Conxita Pijoan, curandera, Vall d'Aro 2006).

Malgrat l'extensió de la medicalització i el que va comportar homogeneitzar determinades pràctiques al marge de la idiosincràsia local, a quasi totes les comarques del Principat al llarg del segle xx —i també a la ciutat de Barcelona—, poden documentar-se guaridors folk que, si tenien majoritàriament un àmbit local o comarcal, avui en alguns casos desborden els límits. La seva marginalitat a la Vall d'Aro del segle xx ja sembla evident i, si la seva decadència era manifesta abans de la guerra, desapareixen a l'entorn de la Transició. El que queda és un tipus de guaridor folk diferent, que s'havia implantat en àmbits urbans i amb una projecció molt més pròxima a les medicines complementàries formalitzades que al paper que tenia en societats poc medicalitzades o en curs de medicalització en les quals

suplia carències. Els guaridors que descriurem en aquesta part corresponen, en gran part, a una tipologia basada en el coneixement empíric del cos i dels remeis naturals, que són els que han resistit pitjor l'ampliació de la capacitat diagnòstica de la medicina actual i, especialment, l'eficàcia de la terapèutica farmacològica gratuïta o quasi gratuïta generalitzada a partir de 1960.

Els *adobadors*¹⁷⁸ són una figura ubiqua en el món mediterrani i en tot Amèrica Llatina. Són persones pràctiques que resolen tot tipus de problemes traumatològics: ossos espatllats o sortits de lloc, dislocacions, entortolligaments, deslligaments, esquinços i problemes de tendons i altres lesions produïdes per mals gestos i caigudes, que afecten sobretot l'esquelet i la musculatura. Els adobadors a Catalunya solien ser pastors que vivien aïllats i coneixien les malalties del bestiar. Tant per l'observació com per l'aprenentatge sovint del pare, també pastor, s'especialitzaven en guarir malalties del ramat, sobretot les relacionades amb ossos i tendons. Observant què fan les bèsties quan no es troben bé, aconseguïen saber amb quines herbes i com s'han de tractar les malalties. Com que el poble creu que el cos de l'home és semblant al dels animals, també l'adobador podia guarir mals de persones. Les tècniques de curació són diverses i depenen del mal, però totes representen una manipulació directa sobre la part afectada amb les mans de l'adobador. Pels ossos sortits de lloc es fa un massatge previ per tal d'afavorir posar-los a lloc amb una estirada forta, i després se'ls immobilitza. Per als entortolligaments i deslligaments calen massatges i ungüents d'herbes fets per l'arreglador mateix. Per esquinços utilitzen ventoses (una espelma encesa dins un got, i aquest damunt del lloc afectat) i pegats. Sempre que es fa el massatge és imprescindible un ungüent, sigui oli, saliva, esperit de vi, liniment o remei propi, per facilitar el moviment de les mans i dels dits de l'arreglador per damunt la carn. L'*arreglaossos* no tracta fractures d'ossos humans, i quan n'aprecia una, envia el malalt al metge. Es diu que l'os, el tendó o el nervi arreglat per un adobador no torna a espatllar-se, dislocar-se o esquinçar-se mai més pel mateix lloc.¹⁷⁹

L'adobador només té sentit en condicions d'aïllament social i allunyament dels altres recursos. Fins fa mig segle eren comuns a moltes poblacions del Principat perquè sabien reduir empíricament luxacions, o donar massatges. Han estat subs-

¹⁷⁸ En castellà el terme més comú és *huesero*.

¹⁷⁹ També curen l'*espallat* o *paletilla*, un *culture-bound syndrom* molt comú a tota la península Ibèrica. Hi ha una bona descripció a Lis Quibén (1949).

tituïts primer pels cirurgians i practicants, que des dels dispensaris municipals van anar deixant sense sentit la seva feina i, posteriorment, pels fisioterapeutes, massatgistes, osteòpates o quiropràctics, especialitats paramèdiques de base empírica que s'han doblat d'un discurs científic, i que sovint han incorporat tecnologies del cos procedents de les cultures orientals. A Espanya, aquestes professions formals només s'han desenvolupat després de la Transició per les pressions de les organitzacions col·legials de metges, practicants i infermeres.¹⁸⁰

La paraula *curandero*, en català i castellà, és la més genèrica per designar els guaridors més comuns a Catalunya i és el terme que s'utilitza més àmpliament per parlar de guaridors folk tant per la població en general com en els debats acadèmics, pel valor genèric i inclusiu. És un mot incòmode perquè té connotacions pejoratives que no té la paraula *guerisseur* en francès, o *healer/medicine-man/women* en anglès. A Espanya ha estat també sinònim d'embaucador o xarlatà al medi urbà. Per això la paraula no està de moda. En el folklore mèdic de la península Ibèrica (vg. Kuschick, 1985) el *curandero* és un guaridor sovint poc específic que combina remeis empírics amb tècniques màgiques o basades en l'eficàcia simbòlica. Amades (1980) fila més prim i distingeix els remeiers que guareixen per procediments empírics, sigui amb herbes, manipulacions manuals o fórmules orals que guareixen lligaments de nervis i de cames, punxades als dits o al sagí, mals de melsa, el fetge, els ronyons, etcètera, també mals dolents, tumors blancs, espunyits, ossos trencats, hèrnies, i que «trenquen» les angines i els altres tipus que hem descrit. Al Principat no hi ha constància de cures de tipus xamànic en què el remeier entra en estat de trànsit malgrat el paper que alguns han atribuït a determinats bolets amb funcions psicotròpiques. El terme identifica doncs els *empírics*, però que també atenien malalties com *l'espatllat*, *l'esllomat* i *l'anuat*, *l'enaigament* mals no específics ni descrits per la biomedicina i que haurien de classificar-se com *culture-bound syndroms* o *ethnic disorders*, terminologia també avui sotmesa a discussió. Aquests darrers, segons el *curandero* i el malalt mateix, es tractaria d'estats d'ànim decaiguts, malastrugança, desgana i decaïment, que no permeten l'afectat, sense símptomes visibles, de dur a terme la seva vida normal, envaint-lo una angúnia alarmant per als seus familiars que, fins i tot, li fa perdre la gana. Es tracta d'un

¹⁸⁰ La titulació de fisioteràpia va ser durant dècades una especialitat d'infermeria fins a la creació de les diplomatures de Fisioteràpia a principis dels anys noranta.



Hort casolà de plantes medicinals, propietat de Conxita Pijoan. Autora: Rosa Subirós. MHSFG.

trastorn psíquic, sovint amb components depressius, que el curandero ha de fer desaparèixer i ha de restablir la situació de normalitat precedent.

L'anuat significa tenir enfonsada la nuella, també dita plaqueta del pit o estèrnum, i s'ha de tornar al seu lloc estirant-la amb el dit. *L'esllomat* és un dolor estrany als lloms que no permet fer res; en aquest cas, el curandero guareix caminant per sobre els lloms i les costelles del malalt estirat a terra, primer amb un peu i després amb els dos, travessers al cos i sempre un al costat de l'altre, avançant a poc a poc amunt i avall. *L'espatllat* és diagnosticat pel curandero mateix fent estirar els braços al malalt, assegut o dret, i fent-li ajuntar les mans cap a dalt o cap endavant: si els dits polzes de cada mà coincideixen a la mateixa altura o llargada no s'està espatllat; en cas que quedi un dit més llarg que l'altre, s'hi està. Per poder curar

l'espallat ens han contat tres tècniques: una, la més corrent, consisteix a fer creuar els braços al malalt de tal forma que li quedin les mans a l'esquena; el curandero les agafa i les estira posant el genoll a l'espalla del malalt, si està dret, i si està assegut l'aixeca en aquesta posició. La segona tècnica és penjar el malalt pels braços sense tocar a terra perquè es vagi estirant ell mateix o agafat dels peus pel curandero. La darrera tècnica consisteix a lligar de mans i peus l'espallat a una barra de ferro més llarga que ell, i el curandero per una punta i una altra persona per l'altra, el van sacsejant. Els tres procediments impliquen la manipulació del malalt pel curandero, usant certa força. Per veure si ha desaparegut l'espallat, es fa la mateixa prova que per diagnosticar-ne l'existència: «fins que els dits polzes no coincideixin a la mateixa altura o llargada no s'ha curat l'espallat i s'ha de repetir la tècnica guaridora». ¹⁸¹ A més els curanderos solen guarir també l'airada. Utilitzen remeis d'herbes per a altres malalties i coneixen algunes oracions remeieres. Alguns han gaudit d'una gran fama fora de la seva comarca i el seu aprenentatge ve donat per tradició oral i herència familiar: el fill o la filla es converteix en ajudant del pare, fins que aquest és incapaç de guarir, a causa de l'edat i de la impossibilitat de fer força. No cal tenir gràcia ni ésser fill de curandero, qualsevol individu observador i amb ganes pot ser-ho, i sovint ho aprèn d'un que ja ho és.

A la Vall d'Aro, com a la resta del Principat, l'ús de remeis casolans i el recurs als curanderos va persistir fins després de la guerra, «quan jo era petita, s'anava poc al metge, aquí hi havia dones que també curaven segons quines coses i la gent feia servir molts remeis casolans. La mare ens curava moltes coses a casa» i a més els remeiers elaboraven alguns remeis específics als quals podia accedir-s'hi a través de mediadors, al marge de les herboristeries i les farmàcies.

La Conxita Pijoan de Llagostera va aprendre l'ofici de remeiera dels seus avis, «jo estava guardant vaques en una casa de la carretera de Caldes. La meva àvia en feia a casa seva i jo veia les plantes que trobava i a vegades jo em queia i em feia una rascada i el meu avi deia: "Amb cura! No trenquis les ampolles que no sabem com es fa", i m'ensenyava una medicina que encara existeix perquè jo l'he conservat. Es considera religiosa, els meus avis i la meva mare sempre deien que quan es feia una pomada sempre s'havia de dir: "Que Déu hi faci més que jo", i jo quan en faig sempre ho penso. Va molt bé per a les morenes. Després varen passar anys i panys i la Carme de Can Manel un dia es va trencar el peu i jo li

¹⁸¹ Mercè Ros.

vaig portar una pomada perquè s'ho posés després de treure el guix i em va dir: "Et vull explicar un secret...", i era el mateix que el de l'avi. Amb les pomades tractava també problemes d'espina. Una nena tenia l'espina torta i la varen haver d'enguixar tota, i tenia 2 o 3 forats al guix. I resulta que se li va nafrar i de tant en tant anava al metge i el metge li va donar una pomada. Ella plorava perquè se li havia mort l'àvia i li deia a la seva mare:

—“L'àvia sempre tenia coses per curar, i ara és morta”. Ella pobreta va venir aquí per veure si tenia alguna cosa i li vaig donar això també, i va dir:

—Què és això?

—És greix del budell prim i va dir:

—Ai, quin fàstic!

—*Bueno* dona, però ja és net. I va dir:

—Ai, però quin fàstic!

—Posa-n'hi una mica i, si et fa mal, no n'hi posem més i, si et va bé, continuem. I li va anar bé. Però, això sí que s'està perdent, perquè ha de ser un porc que hagi menjat el que ha de menjar i ara quasi no n'hi ha, tots mengen pinso». ¹⁸²

Sovint els carnisers es feien un tall i li anaven a buscar l'oli de cremat i també hi havia qui li demanava per les «morenes». ¹⁸³ Era fet de naps de banya de bou, tubèrcul que hom donava per al bestiar: aconsellat per a les picades de vespa o de medusa, no caducava mai, deia la Conxita, encara que s'hagués elaborat vint anys enrere. El seu avi li havia ensenyat que el lliri d'aigua silvestre, que té una flor i una grana més petita, era una medicina bona per a les ferides i els talls grossos. Calia macerar-la prèviament amb oli, després afegir-hi dues cullerades de cafè i alcanfor cristall de la farmàcia, tapar-ho i desar-ho a l'armari. Als quaranta dies podia emprar-se. Ara «La gent ja no creu, van al metge. Però resulta que l'oli de cremat reconstrueix les pells i quan el metge et treu els punts t'has de posar l'oli de cremat, queda molt bé». ¹⁸⁴

Eren molt buscats pels treballadors i artesans de la zona: pagesos, carnisers, pescadors i que, com totes les cremes i pomades requereix una certa capacitat tècnica per “lligar” la crema, o si voleu per cuinar-la. L'aprenentatge de la Conxita, correspon al model intergeneracional del que hem parlat. De petita, a casa va

¹⁸² Conxita Pijoan.

¹⁸³ Conxita Pijoan. Fa referència a les hemorroides.

¹⁸⁴ Conxita Pijoan.

veure sempre fer olis de rosa i bàlsams a l'Hermínia Boada d'una casa de masovers a Romanyà de la Selva, on preparaven remeis casolans.

La Conxita tractava problemes renals amb massatges i infusions d'herbes. A la comarca, va tractar un infant amb problemes al ronyó, amb un ungüent per massatges fet d'una barreja de tres pastanagues netes i eixugades, rallades i després 3 llimones ben rentades i eixugades, rallades i el suc i la pela blanca, la groga no, en un litre d'alcohol. El tractament va durar dos mesos, i calia que el nano treballés i s'esbargís a l'aire lliure.

Feia també remeis amb els cargols com a ingredient principal: un tractament per a la bronquitis infantil a partir d'una beguda de vi negre amb romaní. Plegar cargols, rentar-los, escorre'ls i afegir-los sucre, vius. A dessota, una olla neta i seca. Així, els cargols tapats amb la tapadora de l'olla, es mouen i van fent babes que cauen a l'olla. Se'ls ruixa amb vi de romaní i, es torna a tapar i quan ja no degoten, es treuen els cargols. Després calia colar el vi del qual calia beure una cullerada al matí, en dejú, i una altra abans d'anar a dormir. El personal d'infermeria, de tant en tant, li demanava.

Per al mal d'orella aconsellava prendre tres grans d'all, tres brots de ruda i flor de saüc. Com si fos amb un palet, emparar un cotó i introduir-ho a l'interior de l'oïda. Calia fer-ho cinc cops, cada dues o tres hores aproximadament. Per a les infeccions nasals, sent zona de mar, aconsellava d'anar a la platja a respirar aigua i escopir-la pel nas; combinat amb una pomada d'ungüent de carabassina i un macerat d'aquesta planta bullida amb oli, que calia posar per dintre i per fora. Per a la infecció d'orina, cremor d'estómac, o els gasos en criatures petites, moltes remeieres feien servir l'ungüent de carabassina. Aquesta també es cuina i se'n fan truites amb els brots tendres. Alguns remeis estaven relacionats amb productes que amb el temps n'han variat la composició com, per exemple, per alleugerir les llagues d'una nena a qui van haver d'enguixar tot el cos li va donar greix del budell prim del porc. La Conxita considerava que si la matèria primera venia d'un animal que no hagués estat alimentat de forma sana, l'efecte ja no era el mateix. La bona salut de les espècies botàniques i faunístiques era una condició per a l'efectivitat. De fet la Conxita tenia una col·lecció de llibres d'herbes d'uns «senyors que tenien arrendats la casa a Romanyà i hi havia uns llibres d'herbes i els varem comprar. Els farmacèutics han vingut aquí a fer els deures i després la nena de Can Gandol és farmacèutica a Barcelona i també ha fet els deures amb aquests llibres. Em demanaven on estaven les herbes i jo els indicava. També em



Conxita Pijoan durant l'entrevista amb Rosa Subirós. Autora: Rosa Subirós. MHSFG.

van demanar on hi havia *madre selva* i moltes altres herbes, també la pastanaga borda. Herbes que surten per aquí». ¹⁸⁵

La Conxita va treballar «a l'hospital, però només 4 hores i sense assegurar. Llavors vaig buscar una altra cosa. Allà em varen ensenyar a posar injeccions. I després varen començar a venir a casa meva, jo no tenia cap estudi d'això, però tenia paciència. Vaig començar a fer remeis després de l'Hospital, i com havia passat per allà, la gent pensava que sabia fer de tot. Però, després sí que ho feia bé. Després la Marta anava a treballar a la fàbrica i em deia: "es nota que estàs acostumada, no diria ningú que no has passat mai per una clínica". I només hi vaig estar mig any o així». ¹⁸⁶

¹⁸⁵ Conxita Pijoan.

¹⁸⁶ Conxita Pijoan.

La funció de la remeiera no era exclusivament medicinal. Sovint els seus pacients no tenien res, ni indicació terapèutica clara, «l'oli d'hipèric va molt bé per la depressió».¹⁸⁷ Als nens se'ls hi dóna amb sucre. Per tenir a les mares més contentes jo els senyava i s'ha de dir una oració. Jo ho faig això. Un dia el nét de l'àvia Casassa va anar al metge, que tenia mal de queixal, i li va donar antibiòtic i va venir aquí a que jo li posés l'antibiòtic. Resulta que aquest nano va tenir un atac de vertigen, el vàrem portar a l'habitació i amb draps amb aigua calenta per no perdre el coneixement. Deia: «la Conxita és com la meva mare». Jo li vaig donar aigua amb sucre. La vella em va dir que em volia donar un regal i em va apuntar unes oracions per curar i a mi em va semblar que era una superstició, però m'ho vaig apuntar. Un dia la meva cunyada i el seu marit varen tenir un herpes i ella em va dir que si sabia l'oració. Ella m'ho va dir a mi perquè deia que tenia una força per curar. A la cunyada li vaig ensenyar i venien aquí a que jo els hi fes i els hi va anar molt bé. L'explicació que li dóna el metge és un acte de fe. Ara, si és un do d'aquella persona, si és una persona que creu això i l'acte de fe li fa curar, jo ja no ho sé».¹⁸⁸

Amb altres feia petar la xerrada i, d'escoltar-los, els tranquil·litzava. També reconeixia que molts malalts primer anaven al metge i després a ella o als naturòpates, i que ocasionalment cobrava, o acceptava la voluntat, però mai va ser conscient i vivia d'això.¹⁸⁹ Amb el temps el seu prestigi va anar més lluny de la Vall d'Aro, «han vingut de Girona, de Salt, de Sant Feliu, etc. Em ve molta gent de telecomunicacions. Resulta que hi havia una noia que es cuidava dels ordinadors i resulta que vàrem comprar un ordinador i de tant en tant venia una noia a donar classes a la Culí. Ella tenia problemes d'angines i la Culí em va trucar i jo li vaig donar un remei que li va anar estupend. Clar, aquesta ho ha dit allà on treballava i m'ha vingut molta gent».¹⁹⁰ Al poble «m'estimen molt. Algú es burlarà, diran: “Què *es pensa aquesta?*”. Perquè per algú això és una cosa atrassada, tercer mundista i per altres és una peça de museu, que s'ha de compartir. Aquí hi ha una noia que es diu Paulina, resulta que venia aquí i s'emportava oli de cremat i oli de camamilla, que va molt bé per a les criatures. Resulta que tenia una veïna que tenia un fill

¹⁸⁷ Es tracta de l'herba de sant Joan que conté una molècula amb propietats antidepressives.

¹⁸⁸ Conxita Pijoan.

¹⁸⁹ Conxita Pijoan.

¹⁹⁰ Conxita Pijoan.

amb una cosa de cor i el metge li va dir que no es podia constipar, ella m'ho va explicar i li vaig donar l'oli de camamilla, la mare li va explicar al metge i li va dir: "Això són coses de poble". En canvi, una altra dona els va donar una pomada d'aquestes de la pell, que tenia unes crostes a la pell i se li va curar. Aquesta dona era de Sabadell i quan va anar al seu metge li va dir que em volia conèixer, i ha vingut un parell de vegades a preguntar-me fórmules. Em va dir: "Si això valgués 10.000 pessetes i estigués en una caixa daurada, segur que ho comprarien". Una altra vegada va venir aquest metge, perquè tenia un queixal dolent i li interessava una classe d'herbes que es diu herba pixanera, que si es té un queixal dolent, tenint aquesta aigua a la boca cada dia, aquesta càries es cura, queda seca i ja no has d'anar al dentista. Això m'ho deia la meva mare, però jo no sé si és veritat o no. Jo no la tenia, però li vaig preguntar a un senyor que tenia moltes herbes i me'n va donar. Aquest senyor que m'ho va donar era de Tarragona».¹⁹¹

A la Fina Camprubí, la va portar a dedicar-se a les herbes remeieres el preu dels medicaments a la postguerra i l'ús de les herbes que en feia la seva mare i que els donava de petits (vi de saüc, farigola, romaní,...). Va anar-ne aprenent i l'any 1977 encara venia herbes al Mercat de Sant Feliu: paquets per als refredats, l'estómac, la circulació, la sang, el reuma i fins i tot, alguns metges n'hi compraven. La seva parada semblava un consultor i, la gent anava a preguntar-li i ella els observava, feia preguntes i els recomanava herbes. Ho ha transmès als seus fills, un dels quals es dedica a la botànica i a les herbes remeieres. A la Vall d'Aro, una societat ja plenament integrada en l'economia capitalista, les remeieres, treballadores a les fàbriques, oferien els remeis als companys.

La feina de la Fina o de la Carme pot documentar-se els dos darrers segles, i ara a Amèrica Llatina les dones ofereixen al mercat aquest tipus de coneixement i a la majoria de mercats urbans —també a la Ciutat de Mèxic— sovintegen parades molt sofisticades de remeis casolans. En canvi a Catalunya aquest tipus de curandera, vocacional, és un personatge quasi desaparegut.

Si la Fina és un exemple d'adaptació local, hi havia herboristeries i herbolaris a tot Catalunya fins a la Transició. La Fina representa el que a Mèxic en dirien un *yerbatero* i a Catalunya un *herbari*, segons Amades (1980). L'herbari tenia ocasionalment parada, com la Fina, al mercat setmanal i és qui recollia herbes

¹⁹¹ Conxita Pijoan.

pels camps i muntanyes, sabia assecar-les i vendre-les doncs podia aconsellar-ne l'especificitat i virtuts medicinals.

L'herborista i l'herboristeria, botiga urbana especialitzada, que venien les herbes assecades sovint amb una presentació gens allunyada de la de farmàcia decimonònica comprades a majoristes si calia. Enyorem el negoci de l'herborista per l'olor penetrant de la botiga, per la barreja de remeis empírics i de referents esotèrics que ens deleixen quan les retrobem a Amèrica Llatina. La seva existència professional es deuen alguns casos a la creença que la Terra és el llibre de la ciència del bé i del mal, de la qual treuen tota la seva saviesa, diferent de la ciència mèdica. Molts viuen o procedeix del camp, i això el fa respectuosos amb les tradicions. L'herbolari rep les plantes per tal de vendre-les a la seva botiga, aconsellant-ne l'ús remeier segons la malaltia i la forma d'administració (infusions, bafs, tisanes, xarops); ells mateixos preparen remeis amb mescles de diverses herbes, amb fulles senceres o ja trinxades. En el període que cobreix aquesta memòria el nombre d'herbolaris a les ciutats catalanes era notable i estaven disseminades —també a Barcelona— per molts barris. Van entrar en decadència a finals dels seixanta,¹⁹² però fins més tard, els vuitanta encara mantenien una presència important a la Fira de Sant Ponç a la Ciutat Comtal. Després el negoci ha canviat, a Sant Ponç s'hi venen confitures i els nous herbolaris adopten la imatge de les franquícies comercials en les quals hi ha poc producte a dojo i quasi tot ve envasat amb presentacions i aconduïment quasi farmacèutic. La botiga tradicional, en canvi es reconeixia per l'olor perfumada des de la vorera. Eren fosques, sovint petites amb els prestatges plens de caixonets aromàtics i pocs diners a la caixa. Avui el terme herbolari ha desaparegut, hom parla de fitoterapeutes, per a diferenciar-los dels naturòpates o macrobiòtics, que són, dins la medicina natural, la seva competència.

Els límits entre els remeiers empírics i determinats professionals són sovint relativament tènues i bàsicament reforçats per les titulacions acadèmiques dels darrers, com és el cas dels fisioterapeutes i els quiropràctics, o perquè des de la pròpia medicina hi ha corrents no hegemònics que defensen principis terapèutics no massa allunyats, com és el cas dels metges homeòpates i naturòpates (Pardo, 1996) que van anar donant un caire de respectabilitat a aquestes pràctiques i en alguns casos establien relacions directes amb els curanderos locals.

¹⁹² A Barcelona recordem un a Còrsega, entre Sicília i Nàpols, a finals dels cinquanta i un altre que va resistir molts anys a la travessera de Gràcia a l'alçada de la plaça del Sol.

La Conxita Pijoan¹⁹³ va relacionar-se professionalment amb un metge naturòpata de Barcelona, «de Fernández només n'hi ha hagut un. Ell va inventar moltes coses i amb els cargols va salvar molta gent. Durant la meva joventut moria molta gent jove, el que agafava una cosa de pulmó es moria. Doncs, l'Enriqueta Valls tenia 19 o 20 anys i va agafar alguna cosa també. Varen anar a Girona, després a Barcelona, i no hi trobaven la solució i els pares varen anar amb en Fernández i ell els va dir: "Aviam això, aviam això...", i li va dir: "Ara tu vesteix-te i jo li explicaré a la mare les herbes que t'han de donar, però tu t'ho has de prendre amb una mica d'enciam, perquè és molt amarg". I saps què era? Un cargol viu, d'aquests de l'hort, petit, rentat, i sense clova embolicat amb una mica d'escarola. "D'aquí un mes torna a venir".¹⁹⁴ En el cas de la dona d'en Paco Rebollo, la Rosa, que era de l'edat de l'Enriqueta Valls i sabia lo dels cargols perquè eren amigues i eren casades i tenien fills. La Rosa tenia un fill que sempre estava constipat i li va dir:

—Però, perquè el meu fill sempre està així? Diu el metge:— Perquè aquest nen té bronquitis i això és crònic, no s'ho treurà mai més.

I va afegir: —Mai més?— Corre cap a Barcelona a veure en Fernández i li va dir:

—És que vostè va curar una meva amiga amb això— En Fernández va replicar:

—Ara ho farem diferent.

Li va dir que agafés vi negre i hi fiqués romaní, fes vi de romaní, després anés a buscar cargols, els rentés bé i els posés en una escorredora, coberts de sucre, vius i a sota una olla neta i seca, i els cargols tapats amb la tapadora de l'olla, que només respiressin pels forats. Els cargols es mouen i van fent babes que cauen a l'olla. Jo això ho he fet, no n'he pres pas, però ho he fet per als nens petits, per bronquitis. Doncs *bueno*, després quan estan ben remenats has d'agafar el vi de romaní i ruixar-los, tornar-los a tapar i quan ja no degoten, treus els cargols i després aquest vi es col·lava i era vi de romaní i això s'ha de veure una cullerada al matí, en dejú, i una abans d'anar a dormir les curava. Jo li vaig donar això fins i tot a una infermera». ¹⁹⁵

La Conxita coneix més històries d'en Fernández, «la mare de la Soledad em va explicar una cosa del Dr. Fernández de Barcelona. La Soledad tenia un fill, en Martí, que tenia mal en un ronyó i li van dir que anessin a Girona amb el Dr.

¹⁹³ Conxita Pijoan.

¹⁹⁴ Conxita Pijoan.

¹⁹⁵ Conxita Pijoan.

Pascual. Aquest li va dir que el ronyó s'havia de treure perquè tenia infecció, els va dir: "Farem unes proves" i va dir que s'havia de treure. —"Si ens deixéssiu anar a Barcelona a un metge molt bo...", i el varen portar a Barcelona amb en Gimbernat i va dir:

—Què sap en Pascual?— i era un alumne seu.

—S'haurà d'ingressar perquè hem de fer unes proves, torneu demà.

Varen tornar l'endemà i li va dir:

—Aquest ronyó s'ha de treure— Després varen anar amb en Fernández, ell se'l va ben mirar i va dir:

—Anem a mirar si aquest ronyó ressuscita, si el podem arreglar— Li va fer aquesta medicina, que jo l'he trobat en els llibres: per un litre d'alcohol tres pastanagues netes i eixugades, ratllades i després 3 llimones ben rentades i eixugades, ratllades i el suc i la pela blanca, la groga no. Després s'ha de fer un massatge cada dia, millor dos cops que un, per sobre el ronyó. I unes herbes per prendre. Va dir:

—D'aquí un mes torna'm a veure— i quan varen tornar va dir:

—Tranquils, aquest ronyó és viu, el salvarem— I li va dir que aquelles herbes se les prengué un mes més i prou, però que els massatges se'ls fes tota la vida i que no es fiqués a cap bar, "sempre has de fer un treball a l'aire lliure i el diumenge vés a bosc a buscar bolets, espàrrecs o llenya". I encara és viu, té uns 80 anys i continua anant pel bosc». ¹⁹⁶

Ja mort el Dr. Fernández, «una dona que tenia el seu home tuberculós i tenia 4 fills, dos nois i dues noies, i constipats, constipats... Es deia Rosa, era molt simpàtica. Un dia em va dir:

—Vols que t'expliqui una cosa?

—Si fas això ja veuràs...— I ho va fer per als seus fills.

—Au va, vi de romaní— I l'altra gent li deia:

—Els meus fills sempre estan constipats i els teu mai, quina sort— Però ella no deia que li donava la baba dels cargols. A mi m'ho va explicar com un secret». ¹⁹⁷

El naturòpata Fernández va tenir molta anomenada a Sant Feliu de Guíxols i Llagostera amb els seus remeis a força de cargols. A un pacient de la darrera vila va tractar-lo combinant part d'infusions i menjant-se un cargol viu, dels de l'hort, petit, rentat, i sense clova, embolicat amb una mica d'escarola; un cop al dia, en

¹⁹⁶ Conxita Pijoan.

¹⁹⁷ Conxita Pijoan.

tongades de novenes o nou dies fent el tractament i nou dies més en repòs. Els tractaments naturistes els incorporaven també remeieres com ara la Conxita, i a vegades els transmetien a través de les seves xarxes socials a infermeres, a altres naturòpates de la zona, o a metges de llocs tan llunyans com Sabadell o Tarragona.

La Reparada Colomer Roca, masovera de Sant Baldiri, també curava amb aquests lliris. Havia fet de llevadora empírica dels masos dels voltants.¹⁹⁸ Era filla de Lloret de Mar, no havia anat mai a col·legi, però va ensenyar a llegir els seus fills. N'havia après, encara a Lloret, de la senyora d'una casa on feia de dida quan va tenir el primer fill. Després la família es va traslladar al mas de Sant Baldiri, on operava els porcs, guaria els pollastres, feia cistells i preparava remeis d'herbes medicinals. Quan va criar els seus fills, va estar-se set anys sense baixar a la vila de Sant Feliu.¹⁹⁹

Bastants dels remeis més estesos eren els ungüents. Les germanes Boada expliquen que hom es barrejava cansalada ben rància, pell de serp (que es troba al bosc quan la canvien) ben trinxada i un rovell d'ou, alguna pomada que s'anava a buscar a la farmàcia —probablement vaselina— i mel.²⁰⁰

La Conxita i la Reparada no eren les úniques remeieres. La Fina Camprubí era experta en els banys amb herbes, a força de romaní, farigola i camamilla, per dilatar i desinfectar. La Teresa Girbal recomanava per a les inflamacions l'oli de carabassina, bullida i amb oli d'oliva. Per a les inflamacions dels ovaris o les irritacions, un frec empastat de sucre amb sagí de gallina. El greix es desfeia prèviament escalfant-lo i després s'aplicava com un empast. Per als mals de cap, aigua sanativa, i per l'albúmina dues tassetes d'alcobina, una herba de fulla prima morada.

La Teresa Girbal²⁰¹ va morir quan la seva filla Roser tenia 19 anys. Caminava coixa. Tenia set germans, el seu pare era molt gelós i, si trigava, l'avi s'enfadava. Un dia que la Teresa baixava les escales amb la seva mare van caure totes dues i es va girar el peu. Li va quedar malament. Caminava amb una sabata ortopèdica que li va prescriure un metge de Girona. «Vés a saber si algú li va dir alguna cosa o en va aprendre? I a partir d'un moment ella va saber que podia ajudar a

¹⁹⁸ Maria Ferrer (2005).

¹⁹⁹ Maria Ferrer i a Berta Puigdevall (As. Ardenya 2002). MHSFG

²⁰⁰ Dos dels ungüents amb més fama a Sant Feliu de Guíxols podien comprar-se, fins als anys seixanta a la barberia Ribera (al carrer de santa Magdalena) i a "Ca la Nieves", un prostíbul al carrer de Girona.

²⁰¹ Roser Molins Girbal.

les persones». Però sembla que ningú sàpiga com va ser el seu aprenentatge o iniciació. El dia del seu enterrament hi va anar una gernació.

Era experta en trastorns de tipus nerviós i enyoraments. Per a nervis la teràpia era ritual. El pacient hi acudia la primera vegada i ella, a banda de fer una oració, «curava les criatures malaltes de *gelos*, recordo que quan anava al llit deia una oració que mai va voler dir quina era, bé doncs als nens els resava aquesta oració a la nit i al matí els feia anar a casa i els donava una pedra cada dia fins al novè dia, llavors els posava un got d'aigua, hi posava oli i si quedava completament desfet, estaven curats. De vegades els senyava i els feia anar a tirar cada dia una pedra al mar»,²⁰²

Curava el decaïment, feia uns pegats al bany maria. En una olleta o un potet desfeia amb oli d'oliva i feia una rodona amb roba de vellut i els el posava al melic. Els feia prendre també durant vint-i-cinc dies xocolata negra amb ruda, en dejú i per als nervis sempre els deia distraieu-vos i si es parla de malalts aneu a un altre lloc. Algunes noies, amb una certa vergonya i amagant-se d'anar, la visitaven pels gelos dels seus nuvis, però mai va considerar que totes aquestes patologies tinguessin res a veure amb endimoniaments o coses semblants. Per a ella eren malalts i el seu prestigi li va procurar una clientela més enllà de la Vall d'Aro.

La principal especialitat de la Teresa eren malalties cròniques, dolors reumàtics, accidents de lligaments o torçades de genolls peus, espatllats. Per als espatllats, el gendre de la Teresa els posava els genolls a l'esquena de la persona afectada i la mare tibava enrera. En això feia d'adobadora, emprava emplastres per als dolors articulars i reumes, o la tècnica de l'espatllat, herbes i receptes. Excel·lia en els tractaments d'ossos i tendons. Feia massatges a la gent que es feia una torcedura, i els posava ungüent de belladona, que comprava a la farmàcia Ruscalleda. «Jo encara hi he anat a buscar-ne, he trobat dos tubs de belladona, que no estaven caducats tot i que em van dir que això era molt vell, va bé per les galteres o rebrincades.

—Hi havia una nena pobreta que el seu pare feia de flequer i la mare quedava amb la criatura a la nit i la mare un dia es va llevar a la nit per la nena i va tenir un atac de cor i es va morir. La criatura va tenir un esglai tan fort que se li va obrir la pollera.

—Això de la nena a què es refereix quan diu que se li va obrir la pollera?

²⁰² Roser Molins Girbal.

—Que tenia polls per tot el cap. Ara l'he vist alguna vegada i un dia li vaig dir: Te'n recordes? No, la nena no se'n recorda, tenia 3 anys, ara és gran; la mare deia l'oració i la va curar, quina cosa, i a la nit quan es feia fosc plorava i estava malament i va venir a casa, la mare la va posar bé».

Els remeis més usats eren herbes i receptes. Coneixia moltes plantes i els emplastres els feia ella mateixa. Pegats rodons «amb balsam Maria» però també comprava a la farmàcia la belladona per a la pomada amb què feia massatges. A casa hi tenia alguns atuells on preparava les herbes. No tenia massa pots de medicaments però sí moltes herbes seques que el seu marit també anava a aplegar. Però mai va voler dir-los les oracions.

Els reumes i les artritis els tractava amb un elixir d'alcohol de 96° i romaní, deixat 46 dies a sol i serena. Amb allò hom feia fregues, però també amb les gotes concentrades de romaní, posat al sol dins una ampolla plena de fulles, l'essència de la qual feia més efecte.

Per a les malalties de coll, hom recomanava flor de saüc amb sucre, i per a les galteres o dolors de coll, massatges amb ungüent de belladona. Els refredats podien implicar bafs d'eucaliptus o infusions de til·ler, i en les crisis asmàtiques i les bronquitis es bullia un tros de puro, flor de figues de moro sarraí, pega dolça negra, sucre candi, arrels de malví, la closca o clofolla d'ametlles per fer-ne un xarop. Per les pleures o malalties de pulmons: ventoses amb un got i una espelma a sobre.

En les irritacions i infeccions, herba gelada, i pels ronyons pegats de bàlsam: cremaven el tros de drap, hi afegien oli d'oliva, el barrejaven i es posava calent a sobre els ronyons (els trossos de drap es tallaven en forma de ronyons). Per a les cistitis, herba sabonera, poliol o marialluïsa. A més, tenia relació amb altres curanderes de Sant Feliu, com una tal Paquita de la zona de l'eixample guixolenc, al carrer de Gorgoll, i una tal Sebastiana.

A la Teresa la cridaven sovint gent que ja havia anat al metge, o pacients que havien dut guixos i els calia rehabilitació física. No cobrava a ningú. Els pacients li duïen regals de roba o altres objectes. No s'hi guanyava la vida.²⁰³

Molts remeis responen a l'observació quotidiana de l'entorn i a les seves propietats organolèptiques o de transmissió oral. Mercè Ros fa referència al valor de la mel com a medicina que li havia transmès un curandero. Volia que la gent s'acostumés a menjar mel, tenia un bidó amb una aixeta i la seva germana la venia

²⁰³ Rosa Molins.

al Mercat de Sant Feliu, la posaven amb uns pots de vidre. Feia el pes de quilo amb balances de palanca. Deia que amb la mel la gent podia curar els càncers, les llagues de la boca i els furóncols. «Aquests surten perquè la grassa era barata i no hi havia tantes proteïnes i es menjava més cansalada». Feia un remei de flor de sofre i mel ben remenat, i se'n prenia una cullerada. També fabricava una crema tàrtica —amb tartàric que comprava a la farmàcia—, i ho barrejava amb mel i flor de sofre. El romaní era el que produïa la millor crema. Totes les herbes eren amb mel, que és un reforçant per al cervell. «La mare bullia un rovell d'ou, romaní i mel tot batut. No recordo massa altres receptes. Nosaltres no sabem passar sense mel. Sempre l'hem fet servir per a tot. Si tinc nervis, escalfa una tassa de llet i mel i dormo perfecte».²⁰⁴

A banda de les remeieres hom venia també preparats medicinals a altres llocs: el 10 de maig de 1918, la Barberia S.Mallol situada a la Rambla d'Antoni Vidal 27 anunciava amb majúscules a la premsa local el «IRIDOL o gotas calmantes Vintró. Remedio seguro y eficaz contra todas las afecciones de la boca»,²⁰⁵ i molts el-laboraven a casa vins medicinals - el vermuth ho era en origen - ,també fèiem ratafia. «Però teníem por perquè a en Titit el varen denunciar, li varen fer un registre i li varen fer pagar 400.000 pessetes. El varen denunciar des de Barcelona. La ratafia és anís amb herbes, i ell no podia vendre'n, havia de tenir una llicència. El denunciaven com si fos droga. I van anar allà i varen estar 3 o 4 persones analitzant, obrint calaixos, etc. I la dona va estar molts mesos prenent pastilles per la depressió, perquè ella deia que vegades complicaven la malaltia. Altres opinions diuen que en cas de malalties amb presumpció de ser severes, primer es cridava o es visitava el metge i, en segon lloc, el naturòpata o la curandera, tal com ens indica l'exemple: «La Lluïsa va anar a bosc i es va fer una nafra amb un tronc a la cama. Quan va arribar a casa seva s'ho va curar però ja se li havia infectat. Va anar als metges i no se li curava, va anar a Girona i li varen dir que hi havia una infecció molt forta cap a dintre que li podia tocar l'os. Quan va tornar em va dir:

—“Conxita, no tens res? M'han fet un mal!!!!” —I jo li vaig donar un tractament i al cap de 8 o 9 dies se li va curar.²⁰⁶ —Afegeix— He curat moltes infeccions d'aquestes en vuit 8 dies. La mare de la Rosa Rigau anava amb la cama coixa i

²⁰⁴ Mercè Ros.

²⁰⁵ *L'Avi Muné* (10 de maig de 1918, p. 6). Sant Feliu de Guíxols, Hemeroteca AMSFG.

²⁰⁶ Conxita Pijoan.

aquella dona em deia “Encara portes la cama embolicada?” —“Sí” —“Digues-li a la teva mare que si vol tinc una pomada, greix de poma, que va molt bé”. I la meva mare va dir: “Apa,vés a buscar-ne”, i me’n va donar una tassa de cafè i em va curar. La meva mare li va preguntar com ho feia, i li va dir que ella la comprava, i la meva mare de tant en tant en comprava.²⁰⁷

Convenia, però, certa prudència: Quan va anar a veure el Dr. Peyo va dir:

—“I què t’hi has posat, però què t’han dit?” I ella, res.

—“I se t’ha curat sense posar-hi res?... ”²⁰⁸ En Peyo sabia d’on venia la crema ja que una vegada li vaig regalar un pot d’oli de cremat i em va dir: “Ho patentarem i farem quartos”. Però mai més en vàrem parlar.²⁰⁹

En canvi, en el darrer mig segle la desconfiança en relació amb el metge és la que du alguns pacients a les medicines complementàries (vg. Perdiguero, 2005) o als «curanderos, en dèiem nosaltres. Sí en parlaven. Hi ha un curandero aquí que té moltes màquines. Jo una vegada hi vaig anar perquè em varen sortir estolons al peu i jo era cambrera i feien molt de mal, devia ser 15 anys endarrere. Els estolons és com una cosa que es clava a sota el taló. Vaig anar al metge i em va dir que no tenia remei, l’únic que hi havia eren unes plantilles amb forats. Però a mi em seguia fent mal i el meu pare em va dir: “vés a Can Surós” (al curandero) i me’n recordo que em passava el peu per dos màquines: una que em feia escalfor i l’altra massatge. Em va dir que fins a la sisena o setena sessió no sentiria res. O sigui que em va anar bé, vaig fer les 20 sessions i el mal em va passar. També vaig anar a un podòleg que també em va dir que això no es cura mai, però hi ha moments en què no fa mal, i que és millor posar-se una plantilla. Se’m va passar i ja no m’ha fet mal mai més. Però aquest curandero cobrava i era bastant car. Curar no es cura, però si tens dolor s’ensalibi. El meu germà hi va pel genoll i passa una temporada bé i després quan li torna el mal, hi torna a anar. Ell ha anat al metge, però a més a més va aquí».²¹⁰

Alguns remeiers interpreten la minva d’assistència amb la facilitat per accedir al metge i, també, a la pèrdua de religiositat. La Conxita Pijoan diu que «la gent ja no creu, va al metge», malgrat que no totes les remeieres són molt religioses,

²⁰⁷ Conxita Pijoan.

²⁰⁸ Conxita Pijoan.

²⁰⁹ Conxita Pijoan.

²¹⁰ Germanes Boada, 2007.

a banda de l'hàbit i el costum d'advocar a Déu en el moment d'aplicació del tractament. L'actitud dels vilatans respecte a les remeieres, segons la Conxita, és avui ben ambigua. Per uns és un saber que no s'hauria de perdre i els fan arribar la seva estima; per uns altres, aquests sabers formen part d'un passat que no ha evolucionat cap a una «modernitat», o una «normalitat». Però ella creu que els metges són «molt bons. Jo prenc medicaments, encara que pel que puc prenc remeis naturals. Si tens infecció d'orina, o cremor d'estómac, l'ungüent de carmesina va molt bé. I per les criatures petites que ploren perquè tenen gasos, aquest ungüent de carmesina se li unta a l'estómac amb un drap calent i aquella criatura dorm. Tan sols mantenint escalfor en aquella pomada els gasos surten. La carmesina es fa normalment a llocs humits i es fa com una enredadera. Hi ha gent que agafa els brots tendres de la carmesina i se'n fa truita».²¹¹

Si abans el remeier podia ser una alternativa de primera elecció per a nombrosos problemes de salut, avui ha passat a segon pla perquè abans el pacient tenia accés a les assegurances privades i ara al Seguro. Per això les pràctiques remeieres cal considera-les un fet en un declivi lent només posat en qüestió actualment per les dificultats derivades de la manca de confiança en els metges que canvien, sovint, pels horaris rígids dels centres de salut i per la manca de respostes clares i de pronòstics definits en determinades malalties. Qüestions que queden fora dels límits temporals d'aquest llibre.

L'opinió de les remeieres sobre els metges sol ser de respecte, malgrat que hagin consultat poques dolències pròpies als facultatius. Els veuen com uns professionals per casos extrems, com les indicacions d'hospitalització o el tractament amb medicaments. Si el pacient veu que pot fer una vida que s'assembla força a la que feia abans de la malaltia, considera que és una part més de la vida, una forma resignada d'acceptació de la malaltia. Per a algunes afeccions, accepten medicaments. L'Hermínia Boada comenta que el doctor Rubió de Sant Feliu de Guíxols va exclamar —quan va saber que al seu sogre li havien posat la primera injecció als 88 anys— que era una espècie en vies d'extinció, la qual cosa ja en plena Transició era prou certa.

L'actitud dels metges en relació amb els curanderos i remeiers de la zona ha estat diversa. Alguns com en Martí Casals prescrivien bafs i gàrgares amb romaní, com el seu antecessor a Sant Feliu de Guíxols, Josep M. Rubió, però la majoria no

²¹¹ Conxita Pijoan.

tenien interès en posar-se en contacte amb ells. Potser aquells que tenien l'opinió més negativa eren els metges Joan Prim i Josep Ruscalleda. El primer creia que podien fer molts disbarats perquè no tenien «base científica».²¹² Ruscalleda, en canvi, es dolia que el pagès trigués massa en avisar el metge, i que el curandero sortís a vegades de la casa per la porta del darrere quan finalment l'havien avisat. Es queixava que sovint les mares, mal informades per curanderos, quan apareixia una malaltia intestinal ho associaven a la dentadura del petit, i quan decidien de portar-lo al metge, el petit ja estava deshidratat i molts es morien. Sabia d'alguns que feien oracions i pràctiques sofisticades, que no tenien res a veure amb la medicina, i esmentava un guaridor d'Olot a qui el Col·legi de Metges de Girona donava permís per hipnotitzar malalts alcohòlics. Per a Ruscalleda, el curanderisme era el fruit de la manca de cultura mèdica del malalt, de manera que «al curandero hi anaven les persones sense cultura, amb pocs estudis». Però en canvi, alguns dels seus pacients li comentaven que feien servir pomada de carabassina, i ell —malgrat no veure-ho bé— tampoc els intentava alliçonar. En canvi, els farmacèutics locals sí que s'interessaven amb més intensitat pels remeis tradicionals i alguns demanaven a la Conxita Pijoan que els ajudés a localitzar les espècies d'herbes remeieres al camp.

5. Practicants i infermeres

Els dos professionals sanitaris titulats més visibles, al costat dels metges, eren les *infermeres* i els *practicants*. La primera era una professió femenina, la segona, masculina, i fins a la Transició van estar organitzades en col·legis independents.²¹³ En general el practicante titular —funcionari— era un personatge de la sanitat local, mentre que hom vincula més les infermeres a les institucions o al paper de visitadores i d'agents d'educació i promoció de la Salut abans de la guerra, un paper que assumiria a la postguerra la Sección Femenina de la Falange.

L'any 1904 el Reial decret del 10 d'agost va establir que les dones podien adquirir el títol de practicante. Les matrones van veure un bon complement per al seu exercici professional i algunes van optar per obtenir-lo malgrat que no tenien

²¹² Entrevista a Rosa Prim Poujarniscle.

²¹³ Sobre la trajectòria dels dos col·lectius segueix sent indispensable la tesi de llicenciatura [inèdita] de Josep Canals (1984).

dret a la convalidació. Desapareixia l'històric androcentrisme de la professió i les dones s'incorporaven a «la classe». A diferència de les matrones, els practicants no havien d'acreditar uns requisits previs per poder estudiar i posteriorment exercir, com ara la llicència paterna, materna o marital, o acreditar viudetat, dispensa d'edat o solteria, i prova cal·ligràfica que demostrés que sabien llegir i escriure.

Els diversos plans d'estudi en ciències de la salut es van anar adaptant als avenços socials i tecnològics, fins que van sorgir els primers plans d'estudis reglats per a les infermeres. A instàncies de la congregació de les Serve de Maria, que inicialment només sol·licitava autorització per tal que les seves religioses poguessin exercir la professió d'infermera, es va publicar la Reial ordre del 7 de maig de 1915 on es va aprovar un programa a dits efectes i que el ministre de Foment, Esteban Collates, va ampliar també per a aquelles dones que, reunint els requisits exigits, no pertanyessin a cap comunitat religiosa. Al cap de poc temps, l'associació de la Creu Roja Espanyola va aconseguir del ministre de la Guerra, Agustín Luque, la publicació del Reial decret del 28 de febrer de 1917 en què s'aprovaven les instruccions generals per a l'organització, la constitució i el programa formatiu del Cos de Dames Infermeres de la Creu Roja Espanyola. Transcorregut el temps es va sancionar la Reial ordre del 24 de juny de 1922, per mitjà de la qual s'aprovava el reglament-programa de les germanes infermeres de Sant Vicenç de Paül, adscrites als hospitals militars. Només els metges titulars tenien practicants, que cobraven de l'Estat.²¹⁴

A la Vall d'Aro els practicants van ser figures cabdals en una època en què els accessos als punts més aïllats eren complicats i els recursos escassos. Van ser ajudants dels metges però, també, un puntal en l'assistència als malalts. Acompanyaven sempre el seu «mestre», aprenien del seu exercici diari però, també, ajudaven en moments d'emergència. Molt sovint cobrien l'assistència mèdica quan el metge estava ocupat i, evidentment, en moltes ocasions eren els encarregats de fer el seguiment dels malalts: posar injeccions, subministrar el medicament cada període estipulat i fer revisions. El practicante rebia les ordres del metge; generalment les injeccions les posava el doctor a la consulta però, en canvi, el practicante era qui ho feia si calia anar a casa del malalt.

²¹⁴ Josep Rusalleda.

6. Farmàcies, farmacèutics i rebotigues

La farmàcia sempre ha estat el lloc on es compren els medicaments, l'espasmodic, l'aigua oxigenada, els pegats foradats, les pólvores de talc, les pastilles de tota mena, i on es pesen petits i grans per veure si augmenten o disminueixen de pes. En un lloc visible hi ha el símbol de l'especialitat, la serp cargolada al calze, i als estants, uns objectes que sempre ens estranyaven de menuts: aquells pots de porcellana, cilíndrics i blancs, amb noms d'herbes en llatí. Tan sols això ens pot recordar ara l'origen del farmacèutic i de la seva especialitat guaridora: es dedicava a fer els medicaments (quan encara s'anomenava apotecari o boticari) dins la rebotiga, al seu laboratori, situat a la part posterior de la farmàcia. Feia remeis amb herbes, productes químics i líquids solubles; aquests remeis, en ser recomanats pels metges, es van dir medicaments.



Carles Ripoll, auxiliar de farmàcia, treballant al laboratori d'anàlisi de la farmàcia Riera de Sant Feliu de Guíxols (actual farmàcia De la Peña).

Procedència: Família De la Peña-Riera. MHSFG.

El metge i el farmacèutic són col·laboradors que es deuen ajuda i estima recíproques. Enguany els estudiants de medicina treballaven a les oficines de farmàcia, amb la qual cosa veien i manipulaven els medicaments i s'evitaven errors: errors que el farmacèutic assenyalava al metge, i inclús per les dosis altes, era bo que abans d'executar la prescripció enviés algú al metge per confirmar la primera prescripció (Grasset, 1882:17).

Amb tot calia mantenir certa honestedat comuna, «si hi ha garanties deixeu el vostre client lliure. S'ha de deixar caure les associacions comercials entre el metge i el farmacèutic» (Grasset, 1882:17-18), però al final l'apotecari sempre anava

intentant augmentar la qualitat i l'eficàcia dels seus remeis, i això es transmetia a la població i aquesta «veient-se tractat pel seu metge seguint les fórmules dels prospectes i de la quarta pàgina dels diaris, el malalt acaba tractant-se a ell mateix, seguint aquells anuncis que troba per totes bandes; el carreter i el joier acaben de tractar-se com en els anuncis del xarop Pagliano, i la cura del duc de Pluskow substitueix entre no poca gent la prescripció mèdica» (Grasset, 1882:7).

Dins el procés assistencial el farmacèutic és un personatge en part excèntric: no és pròpiament un metge, però a la vegada fa d'alguna manera el paper d'hereu històric dels apotecaris i herbolaris, és a dir, de persones que poden entendre de remeis i que poden donar orientacions sobre la matèria.

El 1905 a Sant Feliu de Guíxols hi havia quatre farmàcies: la de Salvador Dalmau (al carrer del Mall), la de Demetrio Ferran (a la Rambla d'Antoni Vidal), la de Juan Rigau (al carrer de la Rutlla), la de Casimiro Rodas (al carrer de la Processó) i la de José Tió (al carrer Major Centre 34). Els metges hi tenien una estreta relació ja que eren els proveïdors de les fórmules magistrals en un temps en què els preparats havien de fer-se per a l'ocasió. Cap al 1930 només hi havia 30 o 40 medicaments sintètics i, per això, els farmacèutics havien de preparar les medecines amb matèries primeres com ara els extractes de plantes. Els ingredients es molien i es premsaven per fer pastilles o bé es dissolien en líquid per aconseguir ungüents. A les farmàcies s'elaboraven les fórmules farmacèutiques tradicionals, aquelles que prescrivien els metges en receptes, i llavors es materialitzaven al laboratori, que solia ser a la part posterior de l'establiment, ple de matrassos, tubs d'assaig i morters. Tot es feia a mà, convenientment esterilitzat. La col·laboració entre els farmacèutics Ruscallea —Sixt Ruscallea, que va obrir la farmàcia a Sant Feliu de Guíxols el 1890, i el seu fill Narcís— amb el doctor Martí Casals va permetre, a força d'un bon nombre de fórmules magistrals i d'un laboratori molt complet d'anàlisi, el fet que molts cops fos innecessari el trasllat de pacients a Girona o Barcelona. En aquests moments, a mitjans del segle xx, a les farmàcies es feien coses pioneres. En Francesc de la Peña recorda com a la farmàcia del seu sogre es feia de tot, fins i tot fotografies a les ferides i als malalts, però després se les quedava el metge.

El sogre del farmacèutic De la Peña també venia un xarop de nou de cola que fabricava a la rebotiga. Va comprar-ne la llicència a través d'un espia que vivia a la vila però, com que era més de bar que de farmàcia, ho va acabar deixant estar. També feien iogurt, com a medicament que protegia l'estómac. A Catalunya el



El Dr. Martí Casals amb els farmacèutics Ruscalleda. Fons Martí Casals. MHSFG.

iogurt Danone, en un pot de vidre cobert amb paper de cel·lofana i una gometa —les «gometes de iogurt»—, va ser un complement terapèutic per a molts infants encara als anys cinquanta. A la farmàcia Riera en feien, així com també fabricaven sabó, xampú, medicaments, etc. Moltes de les fórmules galèniques i magistrals ara no serien possibles però, abans de la guerra, els laboratoris de les rebotigues eren essencials per a la prescripció mèdica. Era una relació molt directa, on el client confiava plenament en el farmacèutic. Els pacients anaven al metge perquè els fes la diagnosi i els receptés quelcom, però després anaven a la farmàcia i no entregaven la recepta, sinó que tornaven a explicar què els passava per tenir una altra opinió.

Ruscalleda explica que la relació del metge amb el farmacèutic era quotidiana. El metge havia de posar-se d'acord amb l'apotecari perquè aquest disposés de les matèries primeres per a les fórmules magistrals i sovint havia de discutir-ne la possibilitat de fer-les. A més, els metges joves quan sortien de la universitat no sabien massa «matèria mèdica» ni receptar, i el farmacèutic tenia l'obligació de fer-li anotar amb tinta vermella si el metge s'equivocava en alguna recepta. L'in-

terès era comú: un farmacèutic amb experiència podia ajudar molt a un metge, i això significava una forma de compartir tots dos negocis. Fora de les grans ciutats els únics laboratoris eren a les rebotigues de les farmàcies, de manera que a mesura que el diagnòstic del laboratori va convertint-se amb indispensable, metges i farmacèutics ampliarien els seus recursos amb la compra d'un microscopi que permetrà fer l'hematologia i les proves de laboratori més elementals. Tot i això, el laboratori de la farmàcia Ruscalleda permetia diagnòstics més precisos. La combinació del equips domèstics de raigs X i els laboratoris locals va permetre millorar els processos diagnòstics en un context en el qual els hospitals locals encara no havien passat l'estadi de l'hospital domèstic.

Els apotecaris de comarques eren també notables locals, amb influència comercial, social i política, caricaturitzats en part per les tertúlies de les rebotigues, que a Sant Feliu de Guíxols aplegaven gent de tota mena. Els dies de mercat els pagesos aprofitaven per fer les compres a les farmàcies plenes com un ou, i De la Peña recorda com el seu sogre era un gran assessor ja que avalava fins i tot persones que ho necessitaven.

El 1919 l'Estat va fer un primer intent de regulació dels medicaments industrials —els *específics* o d'*especialitat farmacèutica*—,²¹⁵ fet que va esdevenir un dels símbols de la consolidació dels grans canvis socials, científics i tecnològics iniciats al segle XIX. En contraposició als remeis tradicionals, les especialitats farmacèutiques es presenten com la materialització dels fruits de la revolució científica. Així, des dels anys trenta la farmàcia va esdevenir un mercat amb grans inversions i mitjans:

Con la intervención de los farmacéuticos se ha desarrollado de modo impresionante una medicina comercial cuya única mira es la venta de un producto cualquiera de la farmacopea convertido en "especialidad" con sólo darle un nombre sonoro de consonancia pseudo-química. Esta medicina se dirige al público por medio de una publicidad insinuante, que ha logrado hacer nacer y multiplicarse toda una multitud de enfermedades imaginarias. Esto es contrario a la salud pública pero rinde grandes provechos a los fabricantes que sólo quieren enriquecerse. Por encima de estos chalanones de la pequeña especialidad se ha creado la gran especialidad farmacéutica, rama de la industria de los colorantes y explosivos de guerra. Los "trusts" que se ocupan

²¹⁵ D'aquí la denominació de moltes farmàcies, encara als anys seixanta com a *centros de específicos*.



Imatge de la farmàcia Riera. Autor: Joan Vicens. MHSFG.

de la fabricación de estos productos han encontrado en la especialización médica de algunos de ellos el medio de hacer prosperar su industria en tiempos de paz sin tener que recurrir a subvenciones como ocurre en las fábricas de seda artificial. Se ha creado así una industria de lujo de medicamentos de fórmulas nuevas que se esparcen después por el mercado mundial gracias al apoyo interesado de sus gobiernos y a la imbecilidad de una gran masa de médicos. Y como esto no era suficiente para el comercio médico, ha nacido también la hidroterapia, que consiste en el abuso que se hace de las aguas minerales, que son el Pactolo de la industria hotelera de las estaciones balnearias. No es posible que una sociedad de trabajadores tolere por más tiempo la explotación de la enfermedad (Doctor Mina, 1937:28).

Sorpren la modernitat de l'anàlisi. El 1936 gairebé tota la indústria farmacèutica espanyola era a Catalunya i la col·lecció de *La Vanguardia* evidencia el pes de la publicitat farmacèutica als diaris fins al 1960 i la seva penetració al teixit social. Aquest fet va mantenir-se fins que la *Ley General de Seguridad Social* de 1967 i la desaparició del *Petitorio del Seguro Obligatorio de Enfermedad* (SOE)²¹⁶ donessin lloc a una dependència de la facturació al *Seguro* quasi total, que no començaria a reduir-se fins a finals dels anys vuitanta. La riquesa i l'amplitud de la publicitat farmacèutica posa de relleu la importància que els laboratoris catalans donaven a la comunicació amb el públic.²¹⁷ Era la conseqüència d'un teixit industrial que va beneficiar-se de les nombroses molècules que la química del segle XIX va aprendre a aïllar dels vegetals, així com de l'experimentació amb molècules orgàniques, la medicalització del mercat i el seu poder adquisitiu abans de la Seguretat Social: noms com doctor Andreu, Uriach, doctor Esteve, Leti, Uquifa, Abelló,... i les seus de les delegacions espanyoles de la indústria internacional (Bayer, Geigy, Roche, Sandoz, Ciba, etc.) tenien les seus a Barcelona fins que el control del mercat per part de l'Estat —per la Seguretat Social—, va afavorir el seu trasllat a Madrid.

²¹⁶ El *Petitorio* era una llista tancada de medicaments que podien receptar-se a càrrec del *Seguro*.

²¹⁷ Hi ha alguns reculls interessants d'aquesta publicitat. Una de les millors aportacions a la publicitat segueix sent el llibre de Goulet (1987), però també Tweedale (1990) que analitza el cas britànic. A Espanya són indispensables Jordi (1977), Cabal (1989) i Puerto (2004).



Taulell de la farmàcia Riera. Procedència: Família De la Peña-Riera. MHSFG.

7. Els metges

El 1905 hi havia al partit mèdic de Sant Feliu²¹⁸ sis metges: Vicente de P. Corominas, Joaquín Falgueras, Juan Mas Ministrat, Leopoldo Oliu, Miguel Roura i José Pla que van formar part de la Junta Local de Sanitat entre 1902-1903.²¹⁹ El 1916²²⁰ Joan Mas exercia com a metge de Sanitat Marítima. Entre 1921-1922 va formar part de la Junta Local de Sanitat el metge Robert Viladessau Vilajoana. El 1924 ja n'eren vuit, tots nascuts al Principat i bastants a les comarques pròxi-

²¹⁸ Fitxes de personal d'assistència primària domiciliària. AHG.

²¹⁹ *Anuario de San Feliu de Guíxols*. Sant Feliu de Guíxols: Impremta Viader, 1905.

²²⁰ Llibre d'actes de la Junta Municipal de Sanitat. AMSFG, 5886.

mes.²²¹ El cirurgià-dentista Jaime Tell Guri, que havia format part de la Junta Local de Sanitat entre 1902-1903, va ser alcalde de la vila entre 1920-1921, i encara n'hi havia un altre, Benito Albertí Rabassa.²²²

La Junta Local de Sanitat no semblava tenir bona premsa perquè estava controlada pels metges més reaccionaris i Salvi Pebre, pseudònim d'un periodista local republicà federal, en reflectia la doble moral en relació amb l'epidèmia de grip espanyola:

Diu l'aforisme llatí que la salut del poble és la suprema llei. Ben impetrats d'això, allò que es faci per part de les autoritats i de la Junta Local de Sanitat, mereixerà nostre aplaudiment si s'enfoca en aquest sentit. Però, escarmentats de que no es faci res d'ordinari, temem que al adaptar-se alguna resolució extraordinària, se comenci per les branques, com se diu vulgarment i no s'envesteixen de ple les qüestions fonamentals. Arriba a nosaltres el rumor que la Junta de Sanitat, com a mida de previsió, ha resolt tancar els balls i cines. Aquesta mida no la trobaríem malament si estéssim abocats a una epidèmia o haguessin fet altres coses pràctiques que deuen anar a la devantera i que han deixat de fer-se o almenys no en tenim notícies.

Sabem que, desgraciadament, hi ha bastants malalts i tota precaució per evitar el creixement d'atacats és poca. Però quan no s'ha fet res en l'aspecte sanitari, començar per tancar els salons d'espectacles és senzillament ridícul. A Barcelona, amb una densitat de població tan important i un nombre d'atacats bastant crescut, no se li ha ocorregut a ningú començar pel tancament de teatres i cines.

²²¹ Padró d'habitants de 1924. AMSFG, VI, 5703. Juan Prim Codinas (nascut el 1882 a Sant Quirze de Besora i amb domicili al C/ d'Horta, 2), Miguel Roura Masmitjà (nascut el 1856 a Sant Feliu de Guíxols, amb domicili el 1924 a la Pl. de la Constitució, 15, i que va formar part de la Junta Local de Sanitat entre 1904-1918), José Vidal Mestres (nascut el 1873 a Sant Feliu de Guíxols i amb domicili el 1924 al C/ de Sant Joan, 2), Santiago Nadal Bonet (nascut el 1881 a Palamós i el 1924 feia 20 anys que vivia a Sant Feliu. Amb domicili al C/ Major, 37), Antoni Lladó Vidal (nascut el 1893, metge, i amb domicili al C/ de Sant Antoni, 15), Leopoldo Oliu Cubias (nascut el 1880, metge, i amb domicili al C/ de Sant Antoni, 24), Vicente de P. Corominas Muxach (nascut el 1860 a Brunyola, metge. Amb domicili al C/ de la Creu, 25) i Joaquín Falgueras Dalmau (nascut el 1858 a Hostalric. Amb domicili el 1924 a la Notaria, 18. Va formar part de la Junta Local de Sanitat a partir de 1905, ocupant el càrrec de metge titular, inspector municipal de Sanitat i secretari de la Junta, aquest darrer càrrec des de 1905 fins a 1935).

²²² Padró de 1924. AMSFG, VI, 5703 (nat el 1905, dentista. Amb domicili al C/ de la Creu, 70, 1a).

La Junta local de Sanitat, que quasi mai dona fe de vida, les poques vegades que surt de casa hauria de donar una impressió previsor i seriosa, començant pel començament. Malhauradament no és així. Se reuneix de tard en tard i acorda qualsevol cosa per a fer veure que fa i sortir del pas. Si la Junta entén que les aglomeracions de persones en locals tancats són perilloses, ha de tenir igual criteri en tots els casos i ha de fer tancar, força abans que els espectacles, les escoles, les iglésies, certes tavernes que només són caus de porqueria i algunes cases que, per la incúria dels seus moradors i excessiva tacanyeria dels seus propietaris, no donen l'idea de que siguin habitacions destinades a persones. A l'escola hi acudeixen nois de totes les procedències, bruts i nets. A les iglésies la falta de llum i ventilació hi es manifesta. Allà on no hi han aquestes dues coses no pot esperar-s'hi seguretat higiènica, de cap classe. Ademés, seria curiós, i prudent a la vegada, analitzar l'aigua de les piles d'aiga beneïda, i és més que de segur que s'hi trobarien *bacilus* de moltes enfermetats. Als espectacles, que són una sola vegada la setmana, sol acudir-hi la gent un xic arreglada i únicament la que està bé de salut.

El que està malalt no es reclou en un local. Per totes les raons exposades, se compen-
drà clarament que no podem aprobar una resolució tan arbitrària com la de tancar els espectacles perquè, a més de resultar infonamentada, serà fortament alarmadora.

La Junta de Sanitat i l'autoritat local, no ara, sinó sempre, tenen camp per a treballar en bé de la salut del poble i fent tasca positiva. Poden començar per desinfectar la Riera del Monestir que és una vergonya de la ciutat; poden fer inspeccionar els dipòsits d'aigua particulars; poden i deuen fer que estiguin en condicions els safreixos de les hortes; analitzin la llet; privin la venda de certes verdures i fruites; facin complir estrictament les ordenances; procurin que el peix se vengui en condicions higièniques i de netedat, que, com ja sabeu, estem cansats de demanar-ho des d'aquestes planes sense conseguir cap resultat pràctic, més que irrealitzades promeses. Més que feina d'uns moments d'alarma, això podria constituir el roser de tot l'any d'aquesta decantada i inexistent Junta Local de Sanitat que només ressuscita com el *Tenorio*, per les diades dels Morts.

Quan no s'ha fet res, ni es té ganes de fer, engatussar a l'opinió tancant els cines per aparentar fer alguna cosa, no és de persones sèries ni de juntes sanitàries. La salut és alguna cosa més alta que un joc de nens i no es conserva alarmant a l'opinió i jugant a juntes.

La tasca primordial que deurien fer, i que tan descuidada està, ja l'havem ben precisada. Veurem què sortirà de pràctic d'aquestes reunions de darrera hora, encara que a dir veritat, no hi tenim cap confiança. Amb tot, i per si es dormien abans de començar, recordin que estarem alerta i que les nostres censures per lo que deixi de fer-se, no seran les menos agres ni les darreres.²²³

Mitja dotzena llarga de metges, quatre farmàcies, i això sense comptar amb els altres titulars de la Vall d'Aro, signifiquen un metge per a 1.500 habitants, un llit hospitalari per a un miler d'habitants i una farmàcia per a uns 2.500 habitants.²²⁴ Només la relació entre llits hospitalaris i població és baixa en relació amb els paràmetres actuals, però en un temps on l'hospital no era encara diagnòstic i terapèutic. Parlem d'un dispositiu sanitari raonablement dens, que no deslluïria avui, si no fos perquè el 1915 no existia el concepte de dret universal a la salut ni al *Seguro*.

Des del punt de vista tecnològic, hi ha una gran distància en relació amb els estàndards actuals i amb allò que avui coneixem com a *managed care*, és a dir, un sistema integrat de provisió de serveis sanitaris esglaonats i jerarquititzats entre professionals amb especialitats complementàries, dispositius diagnòstics i terapèutics complexos i sistemes d'assegurances privats o públics ben estructurats. El dispositiu sanitari de la Vall d'Aro fins al 1967 no era res d'això: metges liberals generalistes, un hospital local limitat, una disponibilitat de tecnologia domèstica modesta, especialment aparells de radioscòpia o raigs X, i el modest laboratori d'abans de 1970 on totes les analítiques, començant per les hematologies, es feien «a mà» comptant les cèl·lules sanguínies una a una en el camp reticulat amb un comptador mecànic premut amb el dit. El *managed care*, a escala molt modesta, estaria representat per les mútues mèdiques o quirúrgiques locals. El límit per dalt de l'equipament tècnic va ser probablement l'excepcional gabinet del doctor Casals preservat al Museu de Sant Feliu de Guíxols i que ja correspon a la postguerra.

El metge d'abans de la guerra, a tot Catalunya, era un professional solitari que de tant en tant tenia algun metge jove que li feia d'assistent per aprendre l'ofici i, si era gran, per heretar-ne la clientela (vg. Gispert, 1976:50-52; Broggi, 2001). Sempre quedaven les visites que queien com «la portera, la cosidora de la Tia Maria i sobretot les tres *p* (parents, putes i pobres)», o calia «anar a Can Blanqué

²²³ *L'Avi Muné*, 11 de gener de 1919, p.10. Sant Feliu de Guíxols, Hemeroteca AMSFG.

²²⁴ Hi hauria a Catalunya aleshores uns 600 metges (Crous, 1903:31).

als vespres, si podia, i recollir les visites de carrer que ell no havia pogut fer» (Gispert, 1976:51-52). També era possible abans de la guerra «entrar gratis a una mútua d'accidents de treball on no parava de curar dits i petites ferides com un simple practicant. Hi havia un vell cirurgià de la Santa Creu i un altre metge, el doctor Roca, també de l'HSC que em va presentar el doctor Barraquer Roviralta de l'HSP, que era l'únic que sabia neurologia. A la mútua vaig aconseguir 20 duros al mes que em veia negre per cobrar, car els descomptaven d'un altre metge per fer guàrdies a la tarda. Després dels vint duros en van venir deu del dispensari parroquial i feines de traducció» (Gispert, 1976:50).

A les ciutats molt grans, durant els matins, els metges joves podien oferir-se com a voluntaris en hospitals com el Clínic o Sant Pau a Barcelona sota la tutela d'un cap de servei. Així podien formar-se eventualment en les especialitats des-puntants (Gispert, 1976:52). A comarques, la distància respecte els hospitals i la modesta dimensió d'aquests ho feia impossible, per això la relació dels metges amb els hospitals locals era una ampliació de les conductes amb els particulars. La ciència, si hom volia, la feia a casa llegint o aprofitant la clientela pròpia. Les especialitats, en la seva majoria, es concentraven a Barcelona i no tenien el caràcter complex d'avui.²²⁵ Aquest model de pràctica no havia variat excessivament des dels temps en què Jean-Baptiste Munaret (1840) havia escrit la seva peculiar etnografia comparativa dels metges al camp i a la ciutat. A comarques, però, la demografia exigia una cura més atenta dels clients en territoris més dispersos com a la Vall d'Aro amb moltes masies rurals més o menys llunyanes, la qual cosa feia del metge un personatge que havia de viatjar de casa en casa i que limitava el significat del despatx mèdic (Comelles, 1993). No som davant la figura del metge hipocràtic que anava de ciutat en ciutat: el metge de comarques és algú més o menys lligat al territori on es queda tota la vida i que inverteix una part importantíssima de la seva activitat professional en les visites domiciliàries en territoris prou amples, però que també visita al seu despatx i, com el doctor Joan Prim Codina, comunica al diari local que «a partir d'avui se suprimeix l'hora de visita del vespre. En avant visitarà a casa seva tots els dies, al matí, des de les 11 a la 1,

²²⁵ La millor font per distribuir els metges a Catalunya era la guia mèdica que publicava el Sindicat de Metges de Catalunya fins a la guerra i els col·legis després (*Medi-Farma*). Els especialistes vivien a Barcelona i anaven i venien a comarques.

si bé, per a casos especials, prestarà servei de visita en el seu domicili a hores prèviament convingudes».²²⁶

Les germanes Boada de Romanyà de la Selva eren dotze a la família i els pares treballaven tot el dia al camp. Quan calia avisar el metge, un dels germans, amb bicicleta, baixava el malalt fins a Sant Feliu de Guíxols. Havien de ser, és clar, casos greus com el de tos ferina. Si no, s'intentaven curar a través de remeis casolans, sobretot amb ungüents.²²⁷ Com que el telèfon no es va començar a generalitzar fins després de la guerra, calia anar a peu, amb bicicleta o amb la tartana a casa del metge.

Quan algú recorda el doctor Miquel Bosch o vol imaginar-se'l, no cal que obli mai el vell cavall del metge, una espècie de rocinant d'aquelles valls, company inseparable del nostre doctor, que li feia de suport i companyia en les seves llargues excursions. Muntat a cavall, quasi sempre d'esquenes i amb la flauta als llavis, la remor de l'aigua dels torrents que saltava encabritada, i el batre de les branques dels cimalls més alts dels oms quan bellugaven al vent, i les més baixes i arran de terra dels avets acarant les mates de llentiscle, eren la música de fons que feia de contrapunt a la seva flauta. Les aus i les nombroses bestioles que omplien els boscos, callaven per escoltar els primers compassos. Quan l'havien reconegut s'esvalotaven contents i amb els seus cants i el seu refilar donaven més color i harmonia a les sonates del déu, anunciaven la seva arribada a les aus de les terres més llunyanes, i feien cor i resa a les seves melodies. Al vell cavall, aquella música li renovava la joventut. A mesura que s'endinsava per aquells viaranyes se li encenien els ulls que brillaven a l'encís de la llibertat que allí tenia, aixecava les orelles i feia el camí content, guiat pel que li deien les plantes i les olors de la terra i també les bestioles amigues que el portaven de dret al lloc del seu destí allà on, sovint, el malalt feia dies que esperava el metge. Quan la inspiració divina li enviava un raig de llum baixava del cavall i, ajagut sobre l'herba prop d'una de les mil fonts de la vall, i una darrera l'altra esborranyava estrofes sobre el seu bloc de receptes. Molts d'aquests fulls es perdien al vent, i sols alguns, molt pocs, han arribat a la posteritat fins a nosaltres. També aquell cavall, que sabia de la seva època per la prehistòria, quan passava prop d'una cova del paleolític, amb la pota davantera començava a gratar la terra trepitjada pels primers pobladors centenars de milers anys enrere. Aleshores Miquel Bosch ho deixava tot i començava les recerques arqueològiques i paleontològiques, la seva passió.

²²⁶ *L'Avi Muné*, 12 de novembre de 1921, p.3.

²²⁷ Germanes Boada.

Això el portà a aconseguir un patrimoni únic d'una riquesa incomparable sobre l'època de l'alt paleolític; la seva col·lecció de destrals de sílice i d'arpons de pedra situades uns 300.000 anys abans de JC és una veritable meravella i l'enveja dels millors museus dedicats a guardar peces d'aquesta època.

L'extensió de territori que aquest metge cobria amb la seva assistència era immens, un tros enorme de la província i en una de les zones més abruptes. De llevant fins a ponent els malalts l'esperaven des de Sant Gregori al costat de Girona fins a les rodalies d'Olot, incloent-t'hi Sant Martí de Llémena i els pobles de la muntanya del Far i de la Salut; i totes les cases de pagès d'aquesta enorme superfície plena de boscos, rius, torrents i accidents orogràfics, que l'acostava a la fita dels 500 quilòmetres quadrats. Sovint quan arribava prop del llit del pacient, la partera ja havia parit o el malalt, si no havia mort, estava a punt de deixar aquest món, i aleshores calia ressuscitar-lo. Saber que aquell metge que venia de tan lluny ja era allà, els donava força i esperança suficient per a fer miracles. Els dons de Pan, o l'ajuda de la providència, es prodigaven en les seves arribades i els malalts es guarien i quedaven contents (Vehí, 1987).

El metge anava a peu a la vila o amb bicicleta a les cases. Al camp calia el cavall, la somera o la mula. A la Vall d'Aro l'accés era fàcil a la plana, però no als masos de les Gavarres o de l'Ardenya. En altres indrets la cosa era més difícil:

Em van avisar al matí que anés a visitar un malalt en una casa de pagès que en diuen Penyacans, i que està situada sota mateix del Turó de l'Home; vàrem marxar a les onze del matí de casa ja previnguts, perquè allà dalt havia fet una nevada molt grossa; m'acompanyaven en Ramon i en Guimet, dos servidors que tenia. En arribar a Ridaura, vàrem deixar el cotxe, i ens vàrem enfilem corriol amunt camí de la casa; també es varen oferir per acompanyar-me el masover de Can Pla i un altre home que es diu Miquel que s'estava a Can Verdaguer Gros, i que actualment resideix en el veïnat del Pont Trencat. Amb moltes penes i treballs vàrem arribar a la casa; vaig fer la visita al malalt i ens disposàrem a baixar tot seguit, ja que el temps ens feia molta por. Quan anàvem baixant es va posar a nevar; al cap de pocs moments ja ens arribava als genolls, i el pitjor és que es feia de nit; els cinc homes que érem ens vam haver de donar les mans, fent-nos cadena perquè si ens deixàvem de la mà ens perdiem. Va arribar un moment que no sabíem què fer, per tal com estàvem molt espantats; l'un va proposar que ens ajuntéssim tots en un piló i ens anéssim donant l'alè de la boca durant tota la nit, i així

potser en sortiríem; jo vaig ser contrari a aquesta idea, i vaig dir que si ens apilonàvem tots en un grup, l'endemà ens trobarien tots glaçats i morts. Va prevaler, doncs, que ens anéssim movent, i vàrem estar fent voltes durant tres hores seguides sense moure'ns del lloc, la neu ja ens arribava a les cuixes, i de dir la veritat, ja ens vàiem ben perduts. De sobte molt lluny; vàrem veure una llum que s'anava movent contínuament i quasi no parava mai; ens vam decidir que, morts per morts, anàvem cap a la llum, vàrem estar tres hores caminant, aquí caic, aquí m'aixeco i la neu ens arribava al ventre. Per fi vam poder arribar a la casa on hi vàiem la claror, era Can Plana de Font Martina, i la llum que es movia era que la quadra on hi havia les vaques estava separada de la casa; una vaca anava de trànsit, i la gent aquella s'anava desplaçant contínuament d'un lloc a l'altre, amb un llum de carbur a la mà, i això era el que vàiem, i potser el que ens va salvar a tots. Un cop menjats, beguts i escalfats vàrem baixar cap a Can Riera de Gaturet, d'allà a la carretera per agafar el cotxe, i a Sant Celoni altra vegada; vàrem arribar a les dotze de la nit; després vàrem saber que en veure que tardàvem molt a arribar, s'havia format una colla d'homes, que en pla d'auxili s'havien ofert per recórrer la muntanya, i per veure si ens trobaven (Danés i Llinàs, 1978).

Malgrat que en Nolasca Barri tenia ja cotxe abans de la guerra, moltes masies eren lluny de les carreteres, sovint encara no asfaltades, i s'hi accedia per camins de carro o per altres camins. Els vehicles tenien una capacitat limitada, i no es generalitzarien fins als anys cinquanta per la penúria global de la societat. A les cases allunyades hom recorda l'estampa d'en Martí Casals muntant la seva bicicleta o la moto pel terme de Castell d'Aro. La imatge del metge arribant al mas i marxant de matinada ha estat real fins fa menys de mig segle. Les comunicacions eren tan dolentes que els titulars, mancats de mitjans, no tenien altra sortida que exercir aquesta medicina més integral que sovint, com hem apuntat, portava a una relació tan familiar. La premsa de Sant Feliu de Guíxols en recull una altra molt més caricaturesca:

El conegut metge senyor M. era, com tothom sap, petitet i rodó com una bola. Quan el bon doctor tenia necessitat d'auscultar a una pacient no li quedava altre recurs que enfilarse dalt del llit per a poguer fer la auscultació més detinguda. Naturalment, com que anava quelcom pesat, l'home se *dormia en la suerte*, en termes que si algú l'hagués sorprès en tan gallarda posició s'hauria cregut cosa *non santa*. Un dia, al menys, aixís s'ho va pensar una client. El metge M., tot encamellat, s'entretenia cançoneraament. —A veure respiri una miqueta...

—F...a, f...a!

—Caramba, vostè està molt carregada, senyora Maria!

—Ja ho crec que ho estic, senyor doctor. Fa vint-i-cinc minuts que l'aguanto sobre, lo menos noranta quilos!²²⁸

De facècies, en circulen milers. Posen en relleu les contradiccions d'una societat medicalitzada però amb una confiança relativa en la capacitat guaridora del metge, compensada pel suport i la confiança que transmetien:

El metge senyor M. va trobar-se un dia que havia de visitar un matrimoni malalt. Els dos pacients estaven en el mateix llit; un llit de ferro amb rodets en els petxos. Seguint la seva costum el bon doctor s'enfilà dalt del llit per a auscultar detingudament. Espaternegant d'aquí, forcejant d'allà, com que el pis feia quelcom de pendent, el llit començà a rodolar. El metge M. no s'immutà; ans, tot tranquil i com si dongués coratge, exclamà tot rient: —Arri tots tres!²²⁹

Malgrat la ironia, les tres anècdotes reflecteixen una relació amb els clients peculiar, «molt millor, perquè el metge et venia a veure a casa, hi havia una relació metge-pacient, que estava al cas de tota la família, era com un confessor»²³⁰ i que obligava el metge a adaptar-se a entorns socials i culturals diversos, i a desenvolupar qualitats d'observació i comprensió de la natura humana notables. «Dies enrere fou requerit un metge d'aquesta vila per a que visités amb tota urgència a una dona de l'altra banda de la Riera. El metge va acudir-hi desseguida, i aixís que vegé a malalta digué a la família que es posessin tranquils... i que's fessin retratar.²³¹ La bona dona havia sentit a dir que certa classe de begudes eren un preventiu contra la grípia i beguent, beguent havia agafat un lloro com un temple».²³²

En altres ocasions, les històries procedien dels propis metges. Un de Tarragona explicava d'un seu col·lega que sovint quan atenia una partera a una pedania si veia que anava per llarg li deia a la dona «facim un racó al llit» per jeure i dormir una estona, mentre anava dilatant.²³³ O per exemple:

²²⁸ *L'Avi Muné*, 17 de maig de 1919, p.2. AMSFG.

²²⁹ *L'Avi Muné*, 24 de maig de 1919, p.2. AMSFG.

²³⁰ *L'Avi Muné*, 24 de maig de 1919, p.2. AMSFG.

²³¹ Vol dir pagar la minuta.

²³² *L'Avi Muné*, 30 de novembre de 1918, p.3. AMSFG

²³³ Anselmo Allué de Horna (1912-1990), pediatre (com. pers.).

Havem rebut la visita del *Doctor Canari* qui, acompanyat del seu practicant, el *Sr. Piñol*, vingueren a esbrinar la frisanyosa malura dels panallons qu'enguany s'ha apoderat de mans i peus de les nostres senyoretetes. De les averiguacions portades a cap per els *gale-nos* s'ha vingut en coneixement de que tan picante malaltia fou importada de Girona, servint-li de conductora la senyoreta Peris, (encara qu'en Lluelles vulgui disimular-ho) puig que les primeres manifestacions són les mateixes. Les contagiades senten de repent com un *guirigay* al cap dels dits, se'ls bufen, se'ls freguen, se'ls miren i ja està!, amb el claror dels seus mateixos ulls, naturalment, se'ls hi enverinen. Aixís mateix li passa a la riallera Conxita de l'estanc. El tractament és ràpid i eficaç: El *Doctor Canari* recepta invariablement a totes, un llit de matrimoni.²³⁴

Podia ser pitjor si el metge tenia fama de faldiller i empaitava les mosses.

Els metges de comarques coneixien noms, cognoms i renoms de tots els seus clients. Tenien cura de les seves històries clíniques, no sempre enregistrades en paper, i a les masies «pujaves a l'habitació on estava el malalt, llavors l'exploraves a força d'oïda, escoltar, vista i tacte, perquè no teníem aparells».²³⁵ L'observació participant del cas i del context social, cultural i material del pacient era exactament igual que la que va propugnar Hipòcrat al segle iv aC, així com l'exploració física desenvolupada al segle xix per la medicina anatomoclínica: l'auscultació, la percussió, l'estudi de les vibracions vocals, el diagnòstic neurològic amb l'agulla i el martell de reflexos, i el saber palpar amb les mans el que s'amagava sota la pell. «Nosaltres utilitzàvem les mans per veure si hi havia quelcom opac o no i després, amb l'oïda, escultàvem l'aparell respiratori i després, usàvem la vista per a les coses dèrmiques, la constitució del pacient, etc.»

Una vegada el vingueren a buscar des d'una casa de pagès de Sant Celoni, perquè anés a visitar una noia que tenia uns atacs molt forts, però, cosa rara, només els tenia els diumenges. Acte seguit s'hi va presentar, i li varen ensenyar la noia; això era un dilluns; la va veure tranquil·la i somrient; la va escoltar, li va mirar la pressió i el pols; millor dit, li va fer tot allò que els metges fan quan visiten per primera vegada un malalt: què menjava al matí; què prenia al capvespre; la féu descalçar i despullar; i res, tot estava bé, la va trobar plena de salut.

²³⁴ *L'Avi Muné*, 3 de gener de 1920, p.2. AMSFG.

²³⁵ Josep Rusalleda.

A la migdiada del diumenge següent es presentà una tartana a Sant Celoni per buscar altra vegada al metge, i dir-li que aquella noia tornava a tenir els mateixos atacs. Ja teniu altra volta en Nolasca cap a Sant Cebrià; arriba a la casa i ja veu altra vegada la mateixa noia, però aquesta volta movent-se molt; l'aguantaven els seus familiars pels braços; se la mira, se la torna a mirar, li posa la mà al front per saber si tenia febre, i de sobte veu que en un dels punys del braç que aguantava la seva mare hi havia com una vermellor, com si portés una polsera; li torna a mirar tot el cos i també veu que al coll hi ha la mateixa vermellor, com també si portés uns collarets; va escampar la vista per l'habitació i va veure que allà al fons hi havia un penja-robes d'aquells de paret, que en penjava un abric color marró i que ea coll i mànigues hi havia cosida una pell grisenca.

Ja ho tinc —va dir en Nolasca agafant l'abric—; el contacte amb aquesta pell li fa venir els atacs; té una al·lèrgia.

Després més tard el germà de la noia va explicar que l'any passat, anant de cacera, havia mort un gat salvatge; havia portat la pell a Mataró perquè la hi adobessin i després, més tard, l'havia regalada a la seva germana; aquesta, com se suposa, se l'havia posada per adornament al coll i mànigues de l'abric (Danés i Llinàs, 1978:41).

Així neixien relacions de confiança que duïen a exemples com el del doctor Barri, que tenia taula posada per les festes a alguna casa de Vallgorguina (Danés i Llinàs, 1978:29). L'arma dels bons metges d'abans era saber interrogar l'entorn en un context sense altres recursos a banda de la mirada, l'oïda i l'estetoscopi. N'hi havia també en forma de trompeta per les exploracions tocològiques «el posàvem al ventre de la mare i escoltàvem el batec del fetus. Més endavant, ja sortiren altres que tenien forma d'auricular, aquests que porten penjant els metges avui dia. Això era el que hi havia».²³⁶ I sovint calia intervenir en espais ben allunyats dels pagesos i menestrals locals:

Vivien sota el pont romà [de Sant Celoni el 1932]. Encara que es digui que no necessiten mai metge ni llevadora, el cas va ser que el van requerir perquè la criatura no devia estar ben encarada, ja que el motiu de la visita era un part en el qual la mare, que havia de ser, feia molts esforços sense poder desocupar. Ja tens, doncs, en Nolasca, tot un senyor

²³⁶ Josep Ruscalleda.

metge, cap a sota un pont per assistir una gitana. El fet ara s'explica tot rient, però ja voldria veure al temps que correm l'anada d'un doctor per assistir uns gitanos, i a més sota un pont. La criatura va venir al món amb molts espeternecs. En Lluís de la Cantina va portar-hi un llençol per estendre'l a terra; més tard, la seva esposa, que es deia Maria, també va portar-hi dues tovalloles per eixugar la partera i el gitanet, que per cert era molt negre, i en posar-lo sobre la blancor del llençol, semblava més que una criatura una pileta de carbó. Més tard, quan el perill va haver passat, els veïns d'aquella barriada de la Cantina varen portar a la partera una gallina perquè en fes brou. Ho relatà un pastor de xais que hi havia a la Cantina i que s'ho va estar mirant (Danés i Llinàs, 1978:41.42).

La majoria de metges locals després d'esmorzar feien les primeres visites, aquelles que ja tenien avís, a peu, a cavall o en cotxe. Després de l'horabaixa, al vespre, anaven a les masies. Carregaven una maleteta de la qual en sortien l'estetoscopi, el martell de reflexos, el termòmetre, l'esfigmomanòmetre, més endavant l'oto o l'oculoscopi i xeringues i injectables d'urgència, sondes de goma, potser un tub de vidre per a fer una anàlisi d'orina, i un petit estoig d'instrumental de cirurgia d'urgència amb venes, gases i esparadraps. Les gases estèrils conservades en estoigs de metall, el bloc de receptes i no massa més eines.²³⁷ Amb això el metge diagnosticava i pronosticava (Comelles, 1993) i, a mesura que apareixien en el mercat noves tecnologies terapèutiques, mèdiques o quirúrgiques, però també diagnòstiques, faria el que podria tenint en compte que el pes de l'atenció corria sempre a càrrec dels grups primaris: la família i el veïnat. Aquests eren els que havien d'aplicar quasi totes les seves prescripcions, amb l'excepció dels injectables, i fer-se càrrec de l'hospitalització a domicili que era el destí de tot malalt. Com que no hi havia pediatres, els metges es feien càrrec de tota la patologia infantil: hi havia el xarampió, l'escarlatina, la diftèria, la poliomielitis i les malalties intestinals, sobretot en lactants que no s'alimentaven de la llet materna.²³⁸ I de fosc, començaven les visites a la consulta.²³⁹

En les visites a domicili, en acabar el procés d'anamnesi i exploració el metge seia a la taula del menjador. Cal remarcar que algunes regles d'etiqueta podien canviar, com ara l'ús de la bata blanca al despatx o les diferències en la signifi-

²³⁷ Als anys setanta, fora dels límits d'aquest llibre, aquest era encara l'equipament dels metges d'urgència del *servicio ordinario de urgencias de la Seguridad Social*.

²³⁸ Josep Ruscalleda.

²³⁹ Josep Ruscalleda.

cació de l'espai al domicili o al despatx, però en substància el procés és sempre semblant. El metge feia callar a la família expectant i allà negociava amb la família el règim que s'aplicaria al malalt, què caldria fer, quines eren les expectatives, si calia enviar-lo arreu a operar-lo, o si calia cridar algun col·lega expert a consultes per tenir una segona opinió davant de situacions d'incertesa, «el matí del jorn que rememoro el doctor va ser requerit per fer una d'aquestes consultes en un poble de comarques, prop d'un malalt greu afectat d'hemorràgies i que possiblement necessitava una aportació de sang. Quedaren de marxar a una hora de la tarda amb el cotxe del Sr. Bosch [el practicant transfusor], ja que a aquest sempre li ha agradat molt conduir. Aquell dia el doctor Mascara “tenia la bona”. Tot just s'havia ficat dintre del cotxe, preguntà:

Sr. Bosch, sap on anem? —I, davant la ignorància d'aquest, continuà: Vagi pel Pont de la Barca, ja me'n recordaré.

Tot just passat el pont, li concretà: Anem bé, ens esperen a Torroella.

A Torroella de Montgrí, juntament amb el metge de la família que tenia cura del pacient, visità el malalt que estava més greu que no creien. No hi havia res a fer; tampoc no li calia una transfusió. Acabada la consulta la família entera rodejà als consultors per escoltar el seu parer i acomiadar-los. El Doctor Mascara, després d'exposar la situació desesperada del pacient, que s'estava morint, va acomiadar-se de tots els membres de la família, els donava la mà i repetia: Ho sento molt. No hi ha res a fer, els acompanyo en el sentiment (Vehí, 1987:16).

En altres casos la presència del metge havia de ser molt regular. Una pneumònia (*pulmonia*, o *pulmònia* doble en el llenguatge vulgar) pneumocòccica solia durar, abans dels antibiòtics, uns vuit dies, amb febres molt altes i sempre amb risc vital. El metge havia de multiplicar les visites matí i tarda, i la seva pràctica repercutia d'alguna manera en la seva vida familiar. La filla del doctor Joan Prim, Rosa Prim Poujarniscle, recorda que a casa el seu pare tenia el tovalló a part, els feia rentar les tomates amb sabó, bullir les fruites,... Era època de tifus, i ell directament quan anava a inspeccionar els horts veia l'estat de l'aigua de regar de les rieres, i molt sovint calia repetir les visites una i altra vegada i sense grans beneficis econòmics:

El 1928 va declarar-se un tifus negre a una dona vella d'una casa de Santa Susanna anomenada “El Saüc”. Abans aquestes malalties duraven algunes setmanes i moltes vegades mesos, per aquest motiu va haver de fer-hi moltes visites; deixava el cotxe a

baix, a la carretera, s'enfilava per un corriol ple de pedres i molt de pendent, i després de caminar una hora molt llarga, arribava a la casa; visitava la malalta i li receptava els medicaments que, per cert, ell mateix li portava; passada la malaltia, es va saber que no havia cobrat cap visita ni medicament a aquella família ja que eren molt pobres, i encara, a més d'això, els va deixar alguna vegada dessota el coixí del malalt, una quantitat de diners en metàl·lic (Danés i Llinàs, 1978: 33-34).

Finalment, si s'esqueia la prescripció de règim o de medicació, sovint encara eren fórmules magistrals que la família del pacient havia d'encarregar al farmacèutic de confiança. Els metges feien rarament anàlisis de sang i, amb més freqüència, sediments d'orina, tot en funció del que podia oferir el laboratori de la farmàcia local. La patologia quirúrgica,²⁴⁰ fora de la cirurgia menor —sutures o desbridament d'abscessos—,²⁴¹ quedava fora del seu abast. Extreien queixals, assistien parts —en alguns casos demanaven ajut als tocòlegs— però quasi sempre ells directament el portaven a terme. Entre els metges i els practicants sabien reduir luxacions i fractures no obertes ni complicades. Amb les fractures netes de les cames, el procediment que seguien era fer un estirament a la cama perquè la part trencada es posés una al costat de l'altra. En Ruscalleda el posava als peus del llit, feia venir el fuster perquè li posés una petita roda per tal que li agafés bé el peu i el lligava amb esparadrap molt fort, i així sortia una corda que anava amb una politja amb un pes. Es feia una tracció a poc a poc des del fèmur i es deixava uns dos mesos amb aquesta força, però no sempre era una solució i la persona podia començar a caminar al cap de dos o tres mesos. En persones grans la soldadura tardava molt, i no tots els metges posaven en pràctica aquest sistema.

En les fractures de costelles es feia un embenatge molt gran a força d'esparadrap per immobilitzar-les, i en els infants era comuna la fractura de canell, fàcil de soldar si no tenia dos llocs trencats. Els metges en casos poc clars derivaven les fractures a les clíniques de Girona o de Barcelona «per evitar responsabilitats». En no haver-hi cotxes ni ambulàncies, els metges havien d'intentar terapèutiques que s'haguessin d'haver fet en les clíniques. Els malalts quirúrgics, urgents o no, havien d'acabar anant-hi, ja que als dispensaris municipals només feien cirurgia menor.

²⁴⁰ Josep Ruscalleda.

²⁴¹ Una patologia extremadament freqüent abans de l'era antibiòtica.

Durant la Segona República van començar a fer-se transfusions de sang, però calia demanar-ho a Girona, «el practicant del doctor Mascara a la sala de medicina d'homes de l'hospital era Josep M. Bosch i Domènech el qual, a més de practicant, estigué durant molts anys fent la feina de tot un equip de metges especialistes, ja que era l'únic transfusor de sang de la província. Aquesta circumstància feia que Bosch i Domènech acompanyés al doctor Mascara en les seves sortides, sobretot quan es tractava de casos greus en els quals es preveia la necessitat d'una transfusió» (Vehí, 1987:15). Normalment es feia amb una persona de la família i directament de la persona sana a la persona malalta, l'una al costat de l'altra.²⁴²

A mesura que avançava el segle, van començar a instal·lar-se a les capitals de comarca de Catalunya alguns especialistes que cercaven el que avui en diríem nínxols de mercat. A diferència dels vells metges rurals que anaven a les cases a presentar-se personalment, els especialistes empraven la premsa local:

El doctor Manuel Nadal abans d'obrir oficialment al públic el seu despatx consultori per a malalties dels ulls, el dijous nit tingué l'amabilitat de reunir als directores de la premsa local i a alguns íntims amics, per a ensenyar-los-hi d'una manera detallada el seu gabinet mèdic, que reuneix tots els aparells i avenços que tant important branca de la ciència mèdica comprèn. Un especialista de malalties de la vista feia una falta evidentíssima en nostra ciutat, i no cal dir amb quan goig veuríem qu'el Novell consultori prosperés i qu'omplénés el buit que fins ara es remarcava. El doctor Nadal tingué la finesa d'obsequiar als periodistas amb un esplèndid *lunch*.²⁴³

La presència d'especialitats com ara l'oftalmologia a comarques revela el ràpid procés de medicalització català i unes condicions econòmiques generals que permeten sostenir-ne una pràctica permanent, ni que sigui un dia a la setmana o un parell de dies al mes.²⁴⁴ El psiquiatra Salvador Vives i Casajuana s'anunciava al diari *L'Avi Muné* per a *malalties nervioses*. Passava visita a casa seva a Barcelona tot el dia, i els dissabtes i els diumenges a Girona.²⁴⁵ En les especialitats quirúrgiques servia per derivar pacients a les petites clíniques comarcals. El recurs als mitjans

²⁴² Sobre les transfusions a Catalunya vegeu Broggi (2001).

²⁴³ *L'Avi Muné*, 21 d'agost de 1920, p.3. AMSFG.

²⁴⁴ Dels 24 psiquiatres censats el 1929 només un residia fora de Barcelona. SINDICAT DE METGES DE CATALUNYA. *Guia Sanitària de Catalunya i Balears*. Barcelona: Tipografia Occitània, 1929.

²⁴⁵ *L'Avi Muné*, 12 de novembre de 1921. AMSFG.

de comunicació socials era indispensable en un context on el metge no podia comptar amb la legitimació hospitalària:

Ser metge d'hospital donava garantia d'aptitud. Les personalitats mèdiques més cotitzades tenien la direcció d'una sala de l'hospital. "Allí fan pràctica" deia la gent. En realitat la major part dels metges no hi feien gran cosa. La visita la passaven al matí, de bona hora, i la finalitzaven en poc menys d'una hora. A la porta de l'hospital els esperava el cotxe de cavalls, a partir de l'any quinze alguns hi anaven motoritzats i amb xofer, car hauria estat denigrant conduir un mateix (Pedro i Pons, 1971:174).

Els radiòlegs com el doctor Falgueras i el doctor Faixat de Barcelona —d'una especialitat nova—²⁴⁶ s'anunciaven a *L'Avi Muné* de Sant Feliu de Guíxols com a metges d'hospitals de París, Berlín i Viena i eren radiòlegs de l'*Institut de la Dona que Treballa* de Barcelona. Proposaven diagnòstics i tractaments, per mitjà de raigs X i de *radium*, de tumors interns i externs (cranc, fibroma, sarcoma, etc.), d'adenopaties tuberculososes (minoves) i de tuberculosi d'ossos en articulacions (tumors blancs), així com la curació de tumors i malalties hemorràgiques de la matriu, el tractament incruent de la hipertròfia de la pròstata i la curació de la hipertròfia d'amígdales (glàndules).

El diagnòstic de l'especialista urbà és segur i fa més por al pacient. A les seves mans hi ha el futur d'aquest, i li ha d'explicar en què consisteix el seu mal, mitjançant les metàfores perquè ho entengui, de què li ve, perquè, com el curarà i quan trigarà. També sol comunicar als seus familiars si no té remei i quants dies li queden de vida, si es tracta d'una malaltia crònica, o si el malalt es quedarà sempre invàlid, etcètera. Per tot això fa respecte anar a l'especialista mèdic, més que anar al de capçalera, ja que mai se sap què ens trobarà, com ens atindrà, si serà bo, i quan farà pagar pels seus serveis. Anar-hi significa, per altra banda, un enrenou tant per al malalt com per als seus familiars. S'ha de viatjar, perdre tot el dia, i molts cops no s'acaba amb una consulta, sinó que s'han de fer anàlisis, radiografies, etcètera, a llocs diferents i tornar-hi, o s'ha d'ingressar a l'hospital per operar o simplement observar. Amb un xic de sort sols caldrà anar-hi amb una certa periodicitat i seguir el seu tractament a força de píndoles, injeccions i una dieta. Moltes vegades el malalt que va a l'especialista esdevé un corredor de fons dins un circuit sense principi ni final: la consulta de l'especialista, el laboratori, les radiografies, la farmàcia, el poble,

²⁴⁶ Sobre la radiologia a Catalunya vg. Medina (1993,1996).

l'hospital..., un dia i un altre dia, fins que arriba o no al guariment. De vegades es canvia d'especialista perquè no es té el mal que es pensava en un principi i se'n té un altre, i tornen a començar noves anàlisis i nous tractaments, que allarguen el restabliment del malalt, empatxant-lo de medicaments i cansant-lo de tants viatges inútils. Per fi, aquest es resigna a ésser pelegrí durant la resta de la seva vida o a desistir de la seva guarició per tal de viure sense angoixa.

7.1. Conductes i honoraris

Si a principis del segle XVIII el metge guixolenc deixava en el seu testament els deutes per cobrar dels seus clients, a la Catalunya del segle XX algunes coses havien canviat ja que la medicina tenia un cost sovint inabastable per a les classes populars i l'augment del mercat implicava certes transaccions entre uns i altres. En un curiós llibre publicat el 1903, un tal doctor Crous (1903) estipulava que a les ciutats el preu de la visita oscil·lava entre una pesseta els pobres, deu rals els acomodats, un duro els rics i cinc duros els opulents.

Els procediments més comuns per pagar els metges a comarques era fer-se soci de les societats de socors locals. Feien unes aportacions setmanals que els permetien rebre un petit estipendi si es posaven malalts. En molts llocs, a més, els vilatans s'aconductaven amb el seu metge i, així, amb una discreta aportació anual, constituïen el contracte que obligava el metge a assistir qualsevol malaltia a qualsevol membre de la família. Per tal de regular-ne la pràctica la secció del districte de la Bisbal d'Empordà del Sindicat de Metges de Catalunya va aprovar-ne unes, el 1920, reproduïdes per la premsa local:

1. La forma d'*igualta* serà la del contracte mutu entre metge i família.
2. Cap metge abonarà a cap família si no presenta un document que acrediti estar al corrent del pagament amb els altres companys.
3. No té dret a ésser visitat el client que degui més d'un any, si no satisfà prèviament el deute.
4. Fruiran de la *igualta* els individus que resideixin en el domicili de l'aconductat; queden exclosos els que, per qualsevol causa, estiguin fora per espai de sis mesos, i els emancipats.
5. El preu mínim d'*igualta* serà el de 15 pessetes per família i 10 pessetes si és un sol individu. El preu mínim de les visites extraordinàries als abonats serà de 2 pessetes si

és de dia, i 6 pessetes si és de nit. Els no abonats pagaran 3 pessetes si és de dia i 10 pessetes si és de nit. Les consultes se cobraran com a mínim a 10 pessetes si és entre dos metges de la població i 5 pessetes més per cada altre metge que hi hagi. A les tingudes amb metges de fora s'hi afegirà com a mínim un 10 % de lo que cobri el metge foraster. Les consultes, així com les intervencions, s'abonaran a l'acte.

6. Dóna dret d'*igualta* a una visita diària en cas ordinari i dues en cas de gravetat, a judici del metge. Tota altra visita serà extraordinària i deurà abonar-se.

7. Les visites d'*igualta* no comprenen les de cirurgia major ni menor, reconeixements o cures d'especialitats, massatges, sondatges, vacunacions, malalties secretes, injeccions de tota mena, aplicacions elèctriques, accidents del treball, parts o conseqüències dels mateixos, operacions, anàlisis de tota classe, etc, extensió de documents, que es regiran per preus especials.

8. Per major ordre en la visita diària dels abonats deurà passar-se avís abans de les nou del matí per les que fan referència al mateix i abans de les quatre de la tarda per les d'aquesta. Els avisos posteriors a les nou passaran a la visita de la tarda i els que avisin més tard de les quatre, passaran al matí següent. Totes les visites que es supliquen no avisades en aquestes hores seran considerades com a extraordinàries i per lo tant deuran abonar-se. Les visites compreses des de les 10 de la nit a les 8 del matí s'abonaran al triple preu d'una visita extraordinària.

9. Els diumenges per la tarda seran considerats com descans i, per tant, no deurà passar-se visita, deixant a criteri del metge els casos que, per sa gravetat, ho requereixin. Els demés i tot nou avís seran considerats com a extraordinaris, i per lo tant de pagament.

10. El client que poguent assistir a les hores de despatx extablertes pel metge a son domicili exigeix ésser visitat en el seu particular, abonarà la visita com si no fos igualat.

11. Contractes en cases de camp:

a. El preu mínim de conducta serà el de 20 pessetes. Si es tracta d'un agrupament superior a 500 habitants, el preu mínim podrà ser el de 15 pessetes.

b. La visita ordinària serà en dies alterns.

c. En concepte de visita extraordinària abonaran, además del preu de la mateixa, si és de dia 2 pessetes per quilòmetre de distància i 5 pessetes si és de nit.

d. La visita serà feta lo més prompte possible después de l'avís, si les ocupacions ho permeten i sens que el client pugui exigir sia feta la visita aquell dia o el següent.

e. Al coincidir dos o més avisos per punts distints, el criteri del metge imperarà, amb el ben entés que si un d'ells vol ésser preferent, serà considerat com a avís de visita extraordinària.

f. Tota visita feta en dies que no pertoqui o bé les suplicades urgents seran extraordinàries i de pagament.

12. En cas d'absència o malaltia del metge abonat la substitució la farà el company que designi el metge, sens qu'el client tingui dret a elegir el substitut; salvant sempre l'assistència accidental en casos de necessitat que no permetin l'espera.

13. En cas d'epidèmia, a judici dels metges o del metge de la localitat, té el dret de modificar o anul·lar el contracte mentre aquella duri.

14. Si un mes abans de l'acabament del contracte no dona qualsevol d'ambdues parts avís per a rescindir-lo, es considerarà prorrogat.²⁴⁷

El mandat no va passar desapercebut al Salvi Pebre que en va denunciar el corporativisme i va posar els dits a certes nafres:

Barbers i Metges. Ningú deurà sorprendre veure qu'apleguem juntes aquestes dugues professions. El barber, durant llargs sigles fou casi metge, puig que sangrava i aplicava sangoneres i el metge, també n'aplica i també sangra si ve d'aquí. L'augment de preus en els serveis barberils i l'augment concertat en l'última assemblea de metges, han tornat a donar actualitat a les dugues professions i per això, justament, les presentem avui plegades[...].

De les 14 bases aprovades en l'assemblea *wilsoniana* de metges, alguna ens sembla faltada d'aquella austeritat i d'aquell altruisme que enlairava i deu enlairar encara la professió de metge, a un veritable sacerdoci humanitari. Se'ns objectarà que els metges no viuen de lirismos i que la vida és igualment prosàcia per a ells com per als demés; mes anem a un exemple pràctic. Un individu té la dona o un fill malalts, té precisó d'un metge i no té quartos per a pagar-lo. El metge que s'escau a escollir no té ni sopar aquell dia. Ademés i tot aquest cas estrès, quin serà el deure del metge? Esperar que li paguen el sopar primer? Nosaltres creiem que lo primordial i lo humanitari seria intentar la cura.

En cap de les 14 bases havem vist res més qu'una salvaguarda dels interessos professionals. En nostre concepte en faltava una. De que el dubte en els diagnòstics desapareixeria; de que se'ns podia donar d'avui en avant una seguretat, eficàcia i confiança qu'avui no tenim, quan anem en cerca dels metges. Comprenem perfectament el drama intern del metge de poble i de medicina general. Sap de tot, i no sap de res. És aquell cas *del bachiller en artes*... Si un encarrega una obra a un fuster, manyà, paleta, etc. Aquestos entregaran més o menys perfeccionada la cosa que se'ls hi encarregà.

²⁴⁷ *L'Avi Muné*, 9 d'octubre de 1920, p.1. Hemeroteca AMSFG.

El metge especialista mateix, entendrà en la seva especialitat, el de medicina general, generalment no passarà de l'aigua de frigola o qualsevol tonteria per l'istil, perquè *en general* té el mateix dubte ell qu'el visitat, i queden tots dos *in albis*.

Molt bé salvaguardar els interessos propis; millor intentar per tots els medis el poguer garantir les vides dels demés. Els metges, qu'en sa majoria són conservadors —no de vides, d'idees— i qu'abominen dels Sindicats, s'han sindicat per a garantir els seus interessos, sense veure que si compleixen estrictament les bases segona i tercera de la seva assemblea, condemnem indefectiblement a bastants infeliços. Què dirien Hipòcrites i Galeno d'haver assistit a l'assemblea de metges de la comarca?²⁴⁸

Malgrat aquestes directives que indirectament descriuen un conjunt de pràctiques, els metges cobraven sovint en espècies, habitualment productes del camp, aviram o peix fresc, o bé ocasionalment ho tenien difícil. Ignasi de Gispert (1976: 52-53), un ajudant de metge a Barcelona el 1925, «als vespres en Blanqué em reservava algunes visites, procurant que hi hagués algun *oso*, és a dir que pagaven al *contado rabioso*. Els dies que fèiem un parell d'*osos* em retardava sovint ja que sopava mongetes amb botifarra per 3 pessetes, el preu corrent d'una visita».

En el món rural cada pagès tenia un tros per conrear; malgrat que després de la Guerra Civil el Govern exigia el lliurament de tot el cereal que produïa la finca, amb l'agreujant de pagar-lo a un preu molt baix, el pagès amagava partides de cereals i llegums amb les quals podia pagar el metge:

Es conta també que, durant una nit d'un dia d'octubre, es presentà a casa seva un home d'una casa de pagès que hi ha entre Breda i Riells i li digué:

—Senyor metge, hauria de venir a visitar la meva dona que ha de tenir una criatura i pateix molt.

—Mireu —, li diu en Nolasc — aneu a Can Cortada que té un taxi, veniu a buscar-me a casa i anirem a casa vostra a visitar la vostra dona.

No va tardar més d'un quart d'hora a presentar-se el mateix home acompanyat d'en Ramon Cortada, que en aquells temps tenia un Ford amb pedals, i que quan podia feia

²⁴⁸ L'Avi Muné, 16 d'octubre de 1920, p.1. Hemeroteca de l'AMSFG.

el taxi; i tots tres varen partir camí de Riells. Quan hagué visitat la malalta, que encara patia molt, —en aquell temps els metges feien també de llevadora— l'home li preguntà:

—Quan us haig de donar— i li ensenya una mitja feta de punt anglès lligada amb una beta i que contenia unes poques monedes.

—Tot això teniu?— li féu en Nolasc.

—Tot això només— li respongué —i encara perquè dimarts passat al mercat d'Hostalric vaig vendre un xai que tenia—.

—Anem-nos-en— va respondre en Nolasc, dirigint-se a en Ramon que estava darrere d'ells i que s'ho escoltava —ja veus com està el pati— i se n'anaren camí de Sant Celoni. Dues setmanes més tard, era un dimecres, dia de mercat, es presentà el pagès amb dues cistelles grans plenes de pomes del ciri; l'una era per al metge i l'altra per al taxista (Danés i Llinàs, 1978: 34).

Les crítiques dels partits obrers a la medicina contrasten amb aquest tipus d'anècdotes, «para nosotros la medicina debe tener otro fin que el lucro. Debemos tender a la desaparición de la medicina particular por la creación de una verdadera medicina social, que tenga como misión la curación y la preservación de las enfermedades de todos los miembros de la sociedad y como medio las instalaciones y los equipos médicos trabajando colectivamente con un utillaje de que no puede disponer el médico particular» (Doctor Mina, 1937:28).

Els metges eren ben considerats, «senyor metge», «doctor», «don», i gaudien d'un respecte bastant generalitzat. Participaven en tertúlies on rarament hi havia gent de classe baixa, encara que a vegades hi participaven pescadors que podien tenir una amistat més directa amb algun d'ells, com és el cas del pescador Frigola, Es Pinyonero, amic del doctor Joan Prim i de l'escriptor Gaziel.²⁴⁹ Josep Pla (1972:325) explica del doctor Santiago Nadal Bonet, amic del músic Juli Garreta «fill del metge de Palamós i metge ell mateix, que fou el seu company de cada moment; Marian Vinyas, Salvador Albert, Arseni Menció, Josep Palahí, etc. [...] Sant Feliu és una ciutat petita, però amb els ulls molt oberts davant el món. Hi ha allí un nucli d'homes de superior cultura, àvids de coneixement i molt relacionats amb l'estranger. Alguns d'aquests homes són excel·lents músics i van molt a l'hora amb tot el que passa a París i a Londres, a Berlín i a Viena, i no assabentats per

²⁴⁹ Rosa Prim Poujarniscle.

la premsa, sinó *de visu* amb unes biblioteques musicals formidables on trobareu, tres dies després d'haver eixit de la impremta, la darrera partitura de Strauss o de Schönberg. Aquests homes, junt amb literats i poetes, homes de ciència i amateurs amb moltes clarícies, formen un cenacle en el qual Garreta era amorosament acollit i estimat en tot el seu alt valer».

El pare d'en Rusalleda va ser alcalde de Sant Feliu de Guíxols durant la dictadura de Primo de Rivera, i el seu fill regidor durant el franquisme a Cassà de la Selva. Metges i farmacèutics van participar en el govern municipal de Sant Feliu, en una Vall d'Aro amb forta presència del federalisme i un arrelament de l'anarquisme. El republicanisme federal va controlar l'Ajuntament entre 1911-1920, i els seus representants van tenir-hi un pes important fins al 1939. Molts metges i farmacèutics eren propers a partits conservadors, amb excepcions com el doctor Joan Prim vinculat a Esquerra Republicana i amic de Josep Irla, o Martí Casals que, sense relacionar-se amb un partit polític determinat, tenia una filosofia i unes maneres de fer que provocaven recels entre els tradicionalistes.

El cirurgià-dentista Guillem Tell Guri va ser batlle de Sant Feliu pel partit republicà radical entre abril de 1920 i abril de 1922, i entre gener i octubre de 1923. Amb la dictadura de Primo de Rivera, va deixar el càrrec. Va tornar a primera línia de la política local durant el Bienni Negre i va dimitir després conjuntament amb altres membres del partit radical el 7 de gener de 1936 en dissoldre's el comitè local del partit, i va ser anomenat tinent d'alcalde en el primer ajuntament-comissió gestora franquista el 4 de febrer de 1939.

Joan Prim, abans d'arribar com a metge a Sant Feliu, preparava els mítings de Beltran i Serra a Ripoll. Després a Sant Feliu de Guíxols va fer amistat amb Josep Irla i es va afiliar a Esquerra Republicana. Aquest fet va ser molt mal vist i contrari al prestigi de la família de la seva muller, propietaris a la Vall d'Aro i amb afinitats carlines. Durant la Guerra Civil va continuar treballant per l'Ajuntament de Sant Feliu de Guíxols, cosa que el va portar a ser investigat pel Comitè de Responsabilitats Polítiques. Després de la guerra, es va retirar i va marxar a Barcelona.

8. Hospitals, assegurances i polítiques públiques

Entre la crisi colonial de 1898 i la fi de la Guerra Civil el dispositiu de salut i protecció social català va viure un període interessant i convuls, entre l'intent

de desenvolupar la pràctica política, que va ser la versió catalanista del *regeneracionismo*, i la producció d'un conjunt de discursos, projectes i narratives sobre l'acció social, poc coneguts i sovint menystinguts. En línies generals pot afirmar-se que el pes de la producció intel·lectual va ser probablement més coherent que l'obra realitzada, en la mesura que el projecte polític entre 1914 i 1939 va tenir solucions parcials de continuïtat entre 1925 i 1930, i entre 1934 i 1936. Per tant, som davant d'un quart de segle en el qual calia desenvolupar des de zero un projecte ambiciós però realista i, el més important, és que era coherent i, en la mesura que significava un avenç en el procés de medicalització, va comptar amb les simpaties de les professions sanitàries que entenien que els beneficiava en la mesura que el que plantejava millorava la posició dels professionals i reforçava el mercat sanitari (Comelles, 2010, 2011). D'altra banda, aquest període assisteix a un desenvolupament extraordinari de la producció científicomèdica i a una internacionalització molt significativa de la medicina catalana.²⁵⁰ Això va dur a l'expansió i a la creació d'institucions —essencialment clíniques quirúrgiques— i, per tant, a un augment de l'afiliació a les mútues i assegurances privades per tal de prevenir les, cada cop més freqüents, indicacions de tractament quirúrgic entre les quals hi havia l'apendicitis, les hèrnies, les operacions de vesícula biliar o els càncers i la patologia quirúrgica associada a la tuberculosi.

Aquest procés va ser ben distribuït per tot el Principat en la mesura que el Sindicat de Metges de Catalunya integrava la majoria dels professionals i va ser molt actiu en termes de trobades i publicacions, però també perquè el mutualisme es va expandir de manera espectacular. A la Vall d'Aro, una de les mútues més importants era *La Previsión Guixolense* fruit de la fusió de nou germendats d'hommes el 1914: *La Constancia Guixolense*, *La Concordia*, *La Igualdad*, *La Nueva Unión*, *La Terrestre Reformada*, *La Humanitaria*, *La Solidaridad*, *La Protectora Guixolense* i *La Antigua Taponera*. Aquesta estava vinculada a la Caixa d'Estalvis Municipal creada per l'Ajuntament de Sant Feliu de Guíxols el 1909 amb el llegat de Ferran Romaguera (15.000 pessetes), més unes altres quinze mil del pressupost municipal extraordinari. Va començar a funcionar a partir de 1911 als baixos de la Casa de la Vila, en un context econòmic delicat per la crisi del sector del suro en haver caigut les exportacions, pel procés de mecanització que enviava treballadors a l'atur i, posteriorment, per l'impacte de la Primera Guerra Mundial que va afectar

²⁵⁰ Vegeu per exemple sobre popularització mèdica Perdiguero, Pardo i Martínez-Vidal (2008).

als principals mercats de consum del suro manufacturat paralitzant el comerç i la banca. El 1918 hi havia 1.343 persones que se n'havien beneficiat, dels quals 809 eren malalts crònics o jubilats (Jiménez, 1966:97). L'articulació entre el municipi, el sistema d'estalvis i les mútues significa que el regiment de la cosa pública ha abandonat plenament el model econòmic de l'Antic Règim i opera ara sota els criteris d'una societat plenament integrada al capitalisme.

En l'inventari d'institucions d'assistència que la Conselleria de Sanitat faria el 1933,²⁵¹ coetani a l'expedient de constitució de la Comissió de Beneficència de Castell d'Aro de 16 de setembre de 1935, en aquest petit municipi hi consten les següents germandats i els representants: *Nuestra Señora de los Dolores* (Josep Dausà) i *Santa Llúcia* (Miquel Rosés); i a Castell d'Aro —segons una circular adreçada el 1940 a la direcció provincial de Sanitat— hi havia *La Feliz de Fanals d'Aro*, *La Patria Fanolense*, *El Porvenir* i *La Amistad*, aquesta darrera per a dones fundada el 1910 (Jiménez, 1966). Finalment, el 1930, l'empresa d'assegurances *La Universal*, oferia:²⁵²

Seguros de Enfermedades, Parto, Defunción, Clínica y Consultorio, a todas las personas de ambos sexos mayores de diez años de edad y que no excedan de cincuenta y cinco, siempre que al finalizar el contrato no sufran enfermedad crónica ni habitual. La Universal paga a sus asegurados las enfermedades clasificadas de medicina, todo el tiempo que estas duren de período agudo, sin limitación de días.

PARTO: las señoras aseguradas tendrán derecho, en caso de parto, a una indemnización con arreglo a su seguro.

La Universal indemniza a a sus asegurados que, a raíz de una enfermedad grave, necesiten tomar baños medicinales.

La Universal paga las enfermedades reumáticas. Así mismo paga las enfermedades producidas por accidentes del trabajo. Facilita salir de sus domicilios a sus enfermos en el período de convalecencia. Y además de los subsidios devengados por una enfermedad, en caso de defunción entrega una indemnización con arreglo a su seguro para ayuda de sus gastos.

La Universal paga los subsidios por entero a los asegurados que pasen sus enfermedades en Hospitales o Clínicas.

²⁵¹ L'ANC a Sant Cugat conserva bona part dels fons d'aquesta enquesta d'institucions.

²⁵² *L'Avi Muné*, 8 de març de 1930, p.4. AMSFG.

Los asegurados a la categoría segunda de LA UNIVERSAL, percibirán por entero los subsidios durante el período de convalecencia y tendrán derecho al cobro en caso de recaída o enfermedad al día siguiente de haber sido dados de alta.

Els hospitals locals havien sobreviscut als processos desamortitzadors del segle XIX, però a principis del segle XX van afrontar reformes per tal d'adaptar-se al paper d'hospitals diagnòstics i terapèutics, especialment en cirurgia i aïllament d'infecciosos, un procés comú, entre d'altres, a Valls (Comelles, Daura, Arnau & Martín, 1991) i a Sant Feliu (Borrell, 2005). Que aquest procés no era fàcil, ho mostra la carta que el conseller de sanitat de la Mancomunitat va enviar a Càndid Closa demanant-li el parer per resoldre la fallida de l'Hospital de Ripoll:

Vull pregar-te que em facis un favor especial d'orientació i bon consell, en un afer que tinc en estudi com a Conseller que sóc de beneficència i sanitat de la Mancomunitat. Resulta, per les dades que tinc en el meu poder, que la Mancomunitat manté, gairebé íntegrament les despeses del Hospital de Ripoll, i en canvi no té cap mena de tutela, patronatge o intervenció, en la seva organització interna i funcionament. M'ha semblat que potser fora la ocasió d'assajar, en l'esmentat hospital, la tasca que la Mancomunitat podria dur a terme en altres establiments que subvenciona, en sentit de supeditar la concessió de subvenció al de Ripoll a determinats requisits [té previst enviar a algú per estudiar-ho en el terreny]. Entretant jo et pregaria que, amistosament i amb caràcter confidencial, em diguessis la teva impressió, com a coneixedor del país, sobre l'efecte que podria produir a Ripoll el fet que la Mancomunitat de Catalunya intervingués eficaçment en son aspecte administratiu o tècnic o procedís a la seva incautació. No cal que et digui amb quin desig espero la teva autoritzada opinió.²⁵³

La situació de l'hospital revela quins eren els límits del regiment de la cosa pública local, a principis del segle XX, als dispositius assistencials només amb els recursos locals i dins el model de la beneficència liberal. El principi de tenir l' aixopluc obert a qualsevol que truqués a la porta ja no era possible i, a més, fora de les grans ciutats els dispositius purament privats no tenien mercat suficient per mantenir-se, però la ciutadania seguia necessitant dispositius de proximitat. No va ser un atzar que una proposta de solució arribés a la Mancomunitat poc des-

²⁵³ MANCOMUNITAT DE CATALUNYA. *Moció del Senyor Conseller de Beneficència i Sanitat destinada a assajar la formació d'Hospitals comarcals, mitjançant la incorporació del de Ripoll*, 2804. Barcelona: AHDB, 1922.

prés de constituir-se. La Junta de l'Aliança, «primera y única en España fundada y sostenida por obreros, se instituyó con el exclusivo objeto de dar al obrero, el día de su enfermedad, cuantas comodidades, atenciones y medios de curación necesite, que se han aportado a la Medicina de un tercio de siglo a esta parte e imposibles de obtener por su único esfuerzo, dada la falta material de medios para proporcionárselos. Al reglamentar la organización de nuestra Quinta púsose especial cuidado que no fuera nunca posible su fracaso por banderías políticas ni de creencias, arrancando de una manera categórica y taxativa, en sus estatutos y reglamentaciones, que debería respetarse siempre a cuantos enfermos vinieran, cualquiera que fuese su manera de pensar en política y religión».²⁵⁴

La proposta era una xarxa de clíniques mantingudes per les quotes d'un sistema mutualista inevitablement voluntari i regit pel dret privat: «los socios sólo pagan 10 céntimos de peseta mensuales, dándoles con esta cantidad a los beneficios de nuestra institución, no sólo a ellos sino también a sus esposas, sus hijos, sus padres y sus suegros; que sólo pagan de dieta cuando están en la Casa en calidad de pensionistas tres pesetas que es la cantidad que acostumbran a percibir de subsidio de los Montepíos a que pertenecen»²⁵⁵ i descriu la situació assistencial²⁵⁶ i el paper de la mútua que cobria «una necesidad, lo prueba el haber tenido durante estos diez años más de dos mil enfermos pensionistas,²⁵⁷ de los cuales hemos operado el 85 %. De este total continuarían con su dolor o hubieran sucumbido al menos una tercera parte: otro grupo hubiese acudido, a pesar de su repugnancia a ser tratado en un hospital, lugar que en una sociedad bien organizada solo debería existir para recoger los indigentes y los vagos, pero jamás a los obreros, que no son necesitados, en el verdadero sentido de la palabra, por cuanto mientras trabajan, atienden a sus necesidades y incluso para los contratiempos de una enfermedad se alistan en un Montepío, el tercer grupo, para no ingresar en uno de esos nosocomios, hubiese empeñado sus ropas y ajuares o gastado sus ahorros, logrados a fin de mil privaciones, para satisfacer el crecido gasto de unas dietas en una

²⁵⁴ MANCOMUNITAT DE CATALUNYA. *Petició de la Quinta de Salud la Alianza encaminada a la creació de un cos mèdic regional per al tractament de malalts pobres*, 2778. Barcelona: 1914, p.1. AHDB.

²⁵⁵ MANCOMUNITAT DE CATALUNYA. *Petició de la Quinta de Salud la Alianza encaminada a la creació de un cos mèdic regional per al tractament de malalts pobres*, 2778. Barcelona: 1914, p.1. AHDB.

²⁵⁶ MANCOMUNITAT DE CATALUNYA. *Petició de la Quinta de Salud la Alianza ...*, 2778. Barcelona: 1994. AHDB.

²⁵⁷ Ací *pensionista* fa referència a *socis*, no a jubilats amb pensió, p.2.

clínica particular y los honorarios de una operación, por demás exagerados con relación a los medios de que disponen los obreros».²⁵⁸

En aquest escrit queda ben clar que en la protecció social l'hospital ocupa ara una posició diferent a la institució de tutela que li havia estat històricament atribuïda. El problema dels costos diagnòstics i terapèutics ja no podia ser resolta per la beneficència perquè l'oferta assistencial principal era la de les especialitats quirúrgiques, fet que significava un nou concepte de servei: «no encontramos la manera de complacer a un número crecido de enfermos que acuden pidiéndonos ser tratados, por indicación de los doctores de sus localidades respectivas, por la electricidad, por los rayos X, los baños, las duchas y muchísimo menos de poder prestar en sus domicilios y de modo preferente en los de fuera de Barcelona, ningún servicio en momentos tan perentorios como en grandes traumatismos, una estrangulación herniaria, estenosis laríngeas, abscesos abdominales por apendicitis u otras lesiones, partos difíciles o distócicos que impiden trasladarse. Como puede suponerse a nadie se le oculta la facilidad de los socios domiciliados en Barcelona para trasladarse, con la dificultad de los segundos».²⁵⁹

El llenguatge de l'informe no té res a veure amb la retòrica de la beneficència, sinó amb el d'una empresa moderna de serveis:

Armonizamos 95 organismos de lo más diverso (Montepíos, Ateneos, sociedades políticas de opiniones las más antagónicas, cooperativas, religiosas, profesionales). Teniendo la fortuna que debido al tacto y a la educación y cultura de que nunca hubiere la más pequeña discrepancia entre los enfermos, entre estos y los médicos, entre los profesionales y la Junta, confirmándonoslo el no haberse separado ninguna entidad en diez años.²⁶⁰

La proposta posa de relleu la vitalitat de la societat civil i, en definitiva, s'inscriu dins el model del regiment de la cosa pública, però amb una perspectiva que ja no és local sinó regional, «los problemas son una palpable manifestación de la falta que hace organizar un servicio regional para atender a esos enfermos que para curarse no encuentran facilidades en sus propias localidades; empresa, a nuestro entender no muy difícil si por parte de la Mancomunidad se tomara interés en

²⁵⁸ MANCOMUNITAT DE CATALUNYA (MdC). *Petició de la Quinta de Salud la Alianza ...*, 2778. Barcelona: 1914, p.2. Feien unes 160 operacions anuals, una cada dos o tres dies.

²⁵⁹ MdC. *Petició de la Quinta de Salud la Alianza encaminada ...*, 2778. Barcelona: 1914, p.2. AHDB.

²⁶⁰ *Ibidem*, p.3.

su organización, aprovechando los diferentes elementos dispersos por toda la región catalana».²⁶¹

La transició entre les parts locals i les regionals, d'ací la demanda de resoldre la fallida de Ripoll o les dificultats dels altres hospitals, no era tant la constatació d'un problema econòmic —per al qual la solució mutualista estava ben adaptada—, sinó un diagnòstic competent dels problemes que plantejava la demanda sanitària al territori, en el qual els redactors de l'informe constaten:

Dos grupos de enfermos: a) Los que pueden salir de sus casas o ser trasladados cuando enferman o necesitan un tratamiento. b) Los que necesariamente deberían ser atendidos en sus domicilios, como los afectos de grandes traumatismos, los de las hernias estranguladas, los que tienen que traqueotomizarse, las parturientas con partos anormales y los afectos de lesiones viscerales agudas tributarias de la cirugía. Para atender a los primeros sería suficiente instalar en esta ciudad gabinetes apropiados para poder atender a quienes necesitaran de ello. Ese servicio, después del coste de instalación, sería insignificante, quedando reducido a los gastos de mantenimiento, los cuales nuestra quinta se encargaría de satisfacer a cambio de poderlos utilizar para sus socios y sin cobrar otra retribución que el coste material de fluido, carbón, placas, papeles. La organización del segundo sería indudablemente más difícil, siendo indispensable por cuanto depende la vida y la muerte.²⁶²

Trenta anys abans Roquer i Torrens (1875) insistia ja en els problemes que plantejava l'atenció sanitària als domicilis dels malalts, sovint sense condicions higièniques, en un temps de crítiques ferotges a les condicions de les sales de la Santa Creu. L'informe obre la possibilitat d'una alternativa incorporant-hi, la qual cosa és ben significativa, els professionals de comarques:

Hay dispersos por Cataluña buen número de Profesores que cultivan con éxito una especialidad a los cuales podría encomendárseles buena parte de esos servicios y de quienes habría que valerse para llevar a cabo esa organización que podría denominarse Cuerpo Médico Provincial. Quizás no sería posible encontrar en alguna localidad, previéndose para esos casos en esta ciudad un número de médicos dispuestos a desplazarse. Por eso sería necesario tener un automóvil dispuesto de tal manera que, provisto de

²⁶¹ MbC. *Petició de la Quinta de Salud la Alianza ...*, 2778. Barcelona: 1914, p.3. AHDB.

²⁶² MbC. *Petició de la Quinta de Salud la Alianza ...*, 2778. Barcelona: 1914, p.4. AHDB.

una o dos camillas modelo hamaca, llevaría todo el material a propósito para poder, en cualquier lugar por despoblado que fuera, proceder no sólo a una cura sino a una operación, llevando además de una mesa de operaciones e instrumental, todas las soluciones necesarias y el material aséptico conveniente.²⁶³

Les propostes són imaginatives, gens utòpiques, es fonamenten en un bon coneixement de la realitat i dels problemes i, a la vegada, hi ha una consciència dels obstacles amb què es poden trobar. Dins aquesta proposta les solucions arbitrades en relació amb la financiació capitativa són interessants també des d'una perspectiva actual:

Tendrían derecho los obreros a utilizarlo si bien definiendo las condiciones para poderse beneficiar de ello, tomando como clasificación el estado económico de los mismos y el alquiler que pagan o la contribución, cédula u otras circunstancias y sin otra retribución que el gasto de fluidos y, en caso de domicilio, el viaje y fonda de quienes deberían acudir. Estos abonos de gastos podrían ser cero si los ingresos fuesen suficientes, pudiendo ser objeto de estudio una cuota a pagar por pequeños industriales y propietarios para quien podría darse una tarifa en caso de necesitarlos.²⁶⁴

No podem saber avui si els redactors de l'informe coneixien el model d'assegurança social bismarckià; possiblement era així però caldria esbrinar-ho. La proposta, de 1914, es fa cinc anys després de la fundació, per part de l'Estat, de l'*Instituto Nacional de Previsión*, però els redactors no pensen amb la legislació estatal sinó de nou en el regiment de la cosa pública: «los Ayuntamientos abonarán una cantidad, que podría calcularse tomando un tipo de reparto lo que pagan por contingente provincial por cédulas, por censo de población obrera y con esa cantidad, más la que destinara la Mancomunidad, proceder de momento a organizar el servicio domiciliario provincial, por ser este de más perentoria necesidad, equipando el automóvil de la manera indicada, cuidando de solicitar a los ferrocarriles y carruajes, pases de favor e incluso meter en los furgones [sic] las camillas de los enfermos. Organizado este servicio, la organización de las dependencias para la instalación de los gabinetes sería la continuación».²⁶⁵

²⁶³ Ibídem, p.4.

²⁶⁴ MbC. *Petició de la Quinta de Salud la Alianza ...*, 2778. Barcelona: 1914, p.4. AHDB.

²⁶⁵ Ibídem, p.4.

Dirigit a Enric Prat de la Riba i escrit en castellà, l'informe de l'Aliança és un primer esbós pràctic d'un servei nacional de salut, pensat no en termes teòrics ni legislatius, sinó pràctics, de tal manera que com ho descriuen no era necessària una capacitat legislativa, sinó accions locals concertades entre els ajuntaments i els particulars. És clar que sempre es tracta d'aportacions voluntàries a la mútua pels afiliats, així com dels ajuntaments, però no podem oblidar que aquest informe és el d'una mútua que s'eleva a l'Administració catalana. Hom sap que en aquesta Administració hi ha la consciència del significat de l'acció social i sanitària dins la cosa pública, tal com posàvem de relleu en els textos de Martí i Julià però també en la pràctica i l'acció política de la Mancomunitat, de les diputacions catalanes i de la Generalitat republicana amb independència completa d'una administració de l'Estat a la qual no sembla interessar-li en absolut la intervenció en aquests dominis. Si algú pot posar en dubte el significat de l'Aliança en aquell moment històric, o pensar en conspiracions capitalistes a l'entorn de les assegurances privades, cal dir que quan el valedor de la institució a Sant Feliu de Guíxols, el doctor Girona, anava a la vila, se'l rebia a l'estació amb una banda de música que l'acompanyava fins al passeig on, sobre una tarima preparada expressament per aquest acte, feia propaganda d'aquest inicial esperit social.²⁶⁶

L'Aliança responia al model d'assegurança mutualista, com les assegurances alemanyes del seu temps (Sigerist, 1984), i enllaça amb el mutualisme incipient a finals del XVIII a Catalunya (Zarzoso, 2007), coetani a l'alemany (von Bueltzingsloewen, 1997). El 1914 la proposta de l'Aliança a la Mancomunitat és, al nostre entendre, un primer pas cap a un servei nacional de salut a Catalunya, que no era possible en la mesura que la Mancomunitat de diputacions no tenia capacitat legislativa. El catalanisme no la va tenir fins a l'Estatut del 1932. Durant la Transició, van caldre més de vint anys per construir l'edifici legal de la sanitat: deu anys per a l'aparició de la Llei de Sanitat de 1976 i més de quinze per a les lleis d'ordenació sanitària. La importància del procés, a les primeries del segle xx, és que era possible pensar de manera raonable el projecte a partir d'una cultura política que havia possibilitat el fet que pogués ser pensat, a la vegada que per-

²⁶⁶ Escrit sobre el metge rural de Benet Julià (inèdit). MHSFG. Poden fer-se paral·lelismes amb la constitució de les caixes d'estalvis catalanes a la mateixa època i la incidència de la seva obra social o el seu paper en els sistemes de pensions.

metia oferir solucions que s'ajustaven de manera raonable a una cultura política compartida per tota la ciutadania.

A banda de l'informe de l'Aliança, les mútues d'abans de la guerra oferien també cobertura de medicaments. Cada entitat tenia el seu propi talonari de receptes i oferia assistència quirúrgica però mantenia la forma de visitar o d'anar al metge. La gent, segons Josep Ruscalleda, estava satisfeta. Però el que era clar era que només accedien al metge aquells que treballaven; la resta quedava fora de tota assegurança. Aquestes persones el que feien era quedar a deure a la farmàcia i a altres comerços, i quan podien tornar a treballar, enllestien els deutes. Amb les companyies d'assegurances el treballadors se sentien més segurs, però no van augmentar el nombre de consultes.²⁶⁷ En canvi, el propi desenvolupament de la societat propiciava noves formes de demanda:

Dissabte fou víctima d'un lamentable accident un nen de 10 anys fill del sergent de carrabiners de destacament en aquesta ciutat D. Ramón Martínez. Tant greus foren les ferides que li ocasionà l'auto que va atropellar-lo, que l'infeliç nen morí a l'hospital després d'horribles sufriments. La impunitat amb que fins avui s'ha deixat córrer els autos per la vila, faltant descaradament a les ordenances, fa que tinguem que lamentar incidents d'aquesta naturalesa, siguent un veritable miracle de que abans no se n'hagin registrat d'altres tant greus. Com que la seguretat del ciutadans està molt per sobre de les conveniències particulars o dels pocs escrúpols dels infractors, no estarà de més de que per part de l'alcaldia s'apliquin fortes penyores, arribant-se a exigir totes les responsabilitats a que pugui haver-hi lloc, en casos tant deplorables com el qu'ens ocupa. El jutjat entén en l'assumpte, havent sigut cridat a declarar el duenyo del veícol atropellador D. Ricardo Castelló.²⁶⁸

La consciència dels nous riscos mobilitza l'opinió pública i implica que el regiment de la cosa pública hi doni resposta. Barceló (2011) explora els motius que duen els ajuntaments a crear dispensaris —*casas de socorro*— davant d'aquests nous riscos sanitaris i socials. Sempre és la iniciativa local la que comença per organitzar-se, la cultura política local, i per això l'objectiu de la Mancomunitat es va haver de definir de la manera següent:

²⁶⁷ J. Ruscalleda.

²⁶⁸ *L'Avi Muné*, 8 de maig de 1920, p. 2. AMSFG.

Nuestra institución en lo material tiene por objeto aminorar los males que en la vida de Catalunya representa esa trágica condena secular a una pobreza de servicios públicos. Decía yo que éramos un país devastado por malos gobiernos y que nos era necesario trabajar atrevidamente para restaurar la tierra. Visitando los países devastados (por la Guerra Mundial) se me ocurría pensar que nuestra condición era peor todavía [...] si volvemos los ojos a Barcelona, vemos la capital de un país en construcción, falto de servicios colectivos, no por la devastación de la guerra, sino por la devastación de la paz infructuosa. A nosotros la paz no nos ha sido concedida. La guerra cierra el templo de la Ley, de la Libertad. Esta es la vida normal en Catalunya.²⁶⁹

9. La guerra

«El Govern de la Generalitat de Catalunya s'apropia, per mentre ho consideri necessari, de totes les institucions i establiments classificats com de beneficència particular que existeixin a Catalunya».²⁷⁰ La referència a “mentre ho consideri necessari” posa de relleu el caràcter extraordinari de la nacionalització. A priori, tal com està redactat no sembla un procés irreversible, com tampoc el fet que «l'apropiació per la Generalitat d'un gran nombre de fundacions en les quals foren anomenats delegats, foren els Ajuntaments de les poblacions on radicaven els que en nom de la Generalitat se n'apropriaren i designaren els corresponents patronats; finalment foren reformades moltes juntes que administraven moltes institucions sense que els serveis d'Assistència social, en nom de la Generalitat a què pertanyen arribessin a prendre'n possessió. Tot l'esmentat es refereix a la beneficència particular, classificada o no, puix que les institucions d'assistència general que ja depenien directament de la Generalitat són administrades la major part d'elles per Juntes amb organitzacions diverses, la qual cosa imposa, als fins de la intervenció directa, una unitat en la direcció i en llur administració. Mitjançant la conselleria a la qual aquests serveis d'assistència social estan afectes, la Generalitat, no reparant en sacrificis de cap mena, ha prestat l'ajut que imposava el desenvolupament dels serveis esmentats arran de la històrica 19 de juliol, invertint una quantitat considerable en obres, utilitatge, manteniment. Atès que ha de regir la més estricta unitat en la direcció i administració de les fundacions, i que no és possible que funcionin com abans del 19 de juliol, que el caràcter provisional de la incautació passi a definitiu i que cessin en els

²⁶⁹ MDC. *Assemblea de la Mancomunitat. Quinzena reunió*, 2800. Barcelona AHDB.

²⁷⁰ ANC, FGR caixa 313. DOGC 28.06.1936. Signen Irla i Companys.



L'edifici que aplegava la Casa de la Vila i les escoles, destruït pels bombardeigs de la Guerra Civil. Autor Pere Rigau Poch.
Fons Vicenç Gandol Jordà. AMSFG.

seus càrrecs tots els Patronats, Junes i Comitès tant generals com particulars, excepte les lliurades als ajuntaments per decret».²⁷¹

La nacionalització va classificar les institucions en tres grups: un primer de centres de referència: l'Hospital General de Catalunya, l'Institut Psiquiàtric per Homes i Dones de Vilaboí, l'Institut Mental de la Generalitat, el Sanatori Martí i Julià a Salt, la Casa de Maternitat de Les Corts, l'Institut Pere Mata de Reus i l'Hospital Clínic, institucions "d'Estat" en la mesura que representen el que la legislació espanyola del segle XIX havia considerat *establecimientos generales* i que en els organigrames de la Mancomunitat i de la Generalitat eren la cúpula assistencial. En el segon i tercer grup de la classificació hi havia els hospitals locals, convertits alguns d'ells en comarcals, les clíniques, els hospitals privats i diverses dotzenes d'institucions d'assistència social.²⁷²

La nacionalització, obligada davant la crisi bèl·lica i revolucionària, no va significar una pèrdua de control de la Generalitat sobre el dispositiu sanitari, com sovint hom diu o pensa.²⁷³ Ans al contrari, a finals d'agost, els comissaris de la conselleria de Sanitat van anar posant ordre a les institucions i a finals de 1937 el seu control era absolut, malgrat que els sindicats conservaven el control sobre la presentació de candidats entre els seus afiliats. Les línies mestres de la reorganització del dispositiu es basaven en la Llei de bases de la Sanitat Catalana i la Llei de coordinació sanitària de 1934 (Peláez Albandea, 1982; Hervàs, 2004), i en el decret de 25 de desembre de 1936 que establia amb més precisió la concertació municipis-Generalitat:

En Cataluña, la organización sanitaria debía asentarse sobre la triple finalidad de satisfacer las necesidades de la salud popular derivando hacia el campo de la Medicina Social; establecer una nueva ordenación económico social de la Sanidad en su aspecto profesional y procurar abarcar una base geográfica social de la que antes carecía. Con tal criterio había que volver a estructurar la Sanidad, no en el sentido vertical y de arriba abajo como antaño, sino horizontalmente, extendiéndola a una serie de zonas hasta hoy desconectadas del movimiento sanitario en las capitales. Vista la especial estructuración

²⁷¹ ANC, FGR caixa 313. *Finances, patrimoni i rendes*. DOGC 20.02.1937. Signat per Tarradellas.

²⁷² ANC, FGR caixes 486, 490. Materials sense classificar.

²⁷³ Sobre el període és indispensable Hervàs (2004) pel que fa a la legislació. A Comelles (2011) hi ha un intent de presentar la vida quotidiana d'algunes institucions al marge de les dimensions legislatives i amb independència dels hospitals de sang.

de Catalunya escogimos la comarca, que en esta región posee características geográficas y económicas bien delimitadas y que por representar un cúmulo de raudales inéditos de energía creadora y fresca vitalidad podía renovar cuanto de arcaico había en la vieja Sanidad. Por otra parte, estuvimos siempre persuadidos de que la base de toda la futura organización social revolucionaria será la comarca. En la nueva anatomía catalana, la comarca gozará de una vida floreciente, será una víscera palpitante en el conjunto regional, y a su calor se esponjarán las grandes capitales comarcales que serán espejo cultural y económico de toda la comarca que confluya en ellas; en vez de suceder como antaño que las comarcas eran desiertos económico sociales de lánguida vitalidad, en los cuales de vez en cuando, verdeguante y vistoso, florecía el oasis de una capital su ficticia pomposidad (Martí Ibáñez, 1937).

La concepció del dispositiu, segons els documents legislatius esmentats, era integral, incorporava l'assistència social i sanitària, i era finançat a càrrec del pressupost ordinari de la Generalitat però també d'aportacions privades, com era el cas dels pensionats privats dels manicomis (Comelles, 2011). Incorporava també la noció d'una cartera de serveis i d'una tipificació dels treballadors a partir de nivells professionals, la qual cosa significava l'establiment de l'acreditació professional dels practicants i de les infermeres des de la universitat i el de la infermeria psiquiàtrica a partir de programes específics de formació. El catàleg de llocs de treball es proveïa per concurs, però deixava els metges a temps parcial en la mesura que era possible la seva pràctica privada, i una part dels serveis podien ser també de pagament. D'ací les crítiques del doctor Mina: «los médicos no pueden ser considerados en modo alguno como formando parte del proletariado. Por su extracción, por su educación, por la profesión que ejercen son fundamentalmente burgueses en las condiciones económicas actuales. Cuando los médicos se acercan a los partidos proletarios es más bien por sentimiento que por necesidad, si no es que se trata sencillamente de imponerse a los obreros por sus pretensiones de intelectuales o para ocupar algún puesto. En la sociedad burguesa el médico no es más que un simple tendero que vive de los servicios que vende a sus clientes: sus relaciones son de individuo a individuo. Que no se nos hable más de la abnegación, del desinterés y demás adjetivos, del "sacerdocio médico" porque el médico creado por la sociedad burguesa no vive de la salud de sus clientes, sino de sus enfermedades» (1937:13).

La reraguarda va quedar en mans dels metges no mobilitzats, de la infermeria femenina titulada, i de les cohorts que amb més de 35 anys no estaven sotmeses a les mobilitzacions. «Ens van començar a donar sous alts als hospitals i a tot arreu; encara que va anar bé per a comprar vestits, provisions i fins posar persianes noves, compreníem que aquell desgavell econòmic no podia durar» (Gispert, 1976:80-81). Bastants metges locals van fer-se fonedissos si estaven vinculats als partits de dretes. Amb tot, les autoritats republicanes van poder sostenir programes per combatre epidèmies o trastorns carencials i ajudar els nens refugiats (Cid, 1996:68).

La nacionalització mantenia la titularitat de les fundacions però la Generalitat era als òrgans de govern:

El Decreto de reestructuración de los organismos sanitarios en Cataluña, por el cual se creaban los Comités locales y comarcales, que representaban la importación de la voz sonora de las comarcas a los atrios de la arquitectura sanitaria, el solear la vieja legislación y abrir puerta libre al paso recio de las comarcas, huesos de bronce del cuerpo social de Cataluña, las cuales poseerían amplia autonomía sanitaria dentro de las limitaciones de color y contorno necesarias para que no desentonasen tales piezas en el gran mosaico regional. El nuevo mapa sanitario de Cataluña demuestra gráficamente las fantásticas posibilidades de esta nueva orientación de la Sanidad. La creación de hospitales intercomarcales que puedan abarcar un radio de 100 kms, liga a las comarcas que en aquél se incluyen y establece la cooperación económica de las mismas en beneficio del hospital que recoge la afluencia de enfermos *de las comarcas incluidas en un radio sanitario* (Martí Ibáñez, 1937).

La guerra no va alterar el funcionament administratiu, i el 1938 el Reglament de la Conselleria de Sanitat i Assistència social²⁷⁴ classificava les institucions en:

1. Cases de Maternitat. 2. Cases d'infants i Cases de Família per adolescents, sens perjudici de l'autonomia i de les facultats de l'Institut d'Acció Social universitària i escolar de Catalunya, regulades per la llei de 12 de juny de 1934. 3. Serveis i institucions contra la mortalitat infantil. 4. Cases d'acolliment per a vells. 5. Hospitals comarcals i intercomarcals, sanatoris, preventoris i Cases de convalescència, salvant les funcions específicament corresponents, en el seu cas a les Lluites sanitàries (ídem que 2) i sense

²⁷⁴ ANC, FGR 575. *Reglament de la DG d'assistència social*.

prejudici del règim especial adient de l'Hospital Clínic, annex a la facultat de medicina de la UAB. 6. Clíniques medicoquirúrgiques. 7. Establiments i serveis psiquiàtrics. 8. Institucions educacionals i de reeducació, entenent compreses en aquestes les cases d'assistència de deficients, anormals i invàlids. 9. Hospitals de refugiats de guerra.

L'evolució de la guerra no va permetre més que la formació de personal tècnic i organitzar el funcionament de les institucions en condicions terribles: «hemos procurado suministrarles el material que precisaban y reformarlos en sus múltiples aspectos, ampliando sus servicios y su radio de acción, y convirtiéndolos en el centro donde confluyeran para su resolución los diversos problemas sanitarios y de asistencia social de las comarcas» (Martí Ibáñez, 1937:37).

Al camp els metges «per poder fer les visites en el curs dels anys de la guerra, havia de cobrar en espècies, com eren farina i mongetes. Al poble de Villalba Sasserra, a Can Llauger, visitava l'home de la casa; tenia mal en la cama i hagué d'anar moltes vegades a curar-lo; per pagar-li les visites i els viatges, li donaven farina i mongetes; així en Nolasc ho feia servir per a portar-ho a la gasolinera de Can Primet, i aquest, a canvi li donava gasolina. Així podia fer les visites. Al cap de poc temps, era un dimecres, al vestíbul de la Caixa de Pensions, s'hi va formar una roda de pagesos, i un d'ells comentava:

“En Nolasc [Barri], en aquell temps que no hi havia gasolina, no va deixar mai de venir amb el cotxe a casa, i així em va portar la malaltia de la meva dona”.

“Ep!” —va dir en Llauger que formava part d'aquell grup de pagesos i que s'ho escoltava—, “gràcies a ell i a les meves mongetes.”» (Danés i Llinàs, 1978: 42).

CINQUENA PART

La Llarga postguerra

«Senyor metge, corri, corri ²⁷⁵
 que el meu fill està malalt
 l'avisen de Can Pinyoca
 de la muntanya de dalt.
 I estant el Montseny nevat,
 pel davant de Can Pareres,
 puja prest i decidit pel
 bell mig de les cingleres
 aquest metge, aquest home,
 després que l'han avisat
 des d'aquell punt enclavat
 sota del Turó de l'Home.
 Arribant a casa seva
 i abans d'asseure's a taula,
 la minyona ja té escrit
 que li diu que vagi prompte
 a Can Presas del Montnegre,
 perquè la dona de la casa
 sembla que ha agafat la grip.
 Ja tens altra volta el metge
 dirigint-se tot seguit,
 a la muntanya de baix;
 que encara que no estigui nevada

²⁷⁵ Danés i Llinàs (1978:63-65).

es necessita delit
 per acabar la visita
 pels volts de la mitja nit.
 Quan arriba l'endemà
 i es disposa a descansar,
 cau un full del calendari;
 tots els dijous té visita
 a la gent que té malalta
 dins el terme d'aquell poble
 de Sant Iscle de Vallalta. A la sella d'un cavall
 que per cert no ranquejava,
 cavalca per tot l'indret;
 de Ridaura a Can Riera de Ciuret
 fins al terme de Canet,
 junt amb Cal Tonedà i Can Barrina
 dels voltants de Vallgorguina.
 Sabeu on és La Castanya?
 més amunt de Sant Bernat;
 Sabeu on és Sant Bernat?
 més avall de La Castanya;
 Allà dalt ja l'han cridat
 perquè anés a visitar
 un malalt de La Llavina;
 després que l'ha visitat,
 de seguida ha d'anar
 a La Costa i a Font Martina.
 En el barri d'Olzinelles
 hi té algun aconductat,
 així, com també en té d'altres
 al carrer del Pont Trencat.
 Ningú no corre tant com ell,
 aquest home no s'espanta,
 encara que es faci vell
 perquè aviat en farà vuitanta.
 Ja he arribat al final;

Ja saps el que ha corregut
per assistir al malalt
aquest metge de tots conegut,
practicant en general
la MEDICINA RURAL»

1. Autarquia (1939-1959)²⁷⁶

Catalunya, febrer de 1942. «Tenia divuit anys. La meua filla era guapíssima. Treballava en una llibreria del centre. Era molt simpàtica i tots l'estimàvem. No hi havia menjar. Ens donaven pa negre. De racionament. Emmalaltí de pneumònia. Estava molt dèbil. El metge venia cada tarda. L'atenia en una habitació. L'habitació era petita, amb dos llits. Hi havia un armari i una làmpada al sostre. Res ha canviat. És un principal d'un bloc de la postguerra. Poca llum, pocs diners. Empitjorava. Algú anava a la farmàcia per als remeis. La resta era d'esperar. La febre no baixava. Abans d'entrar en agonia em va dir: "mama em moro". La varen enterrar en una tomba prestada per uns veïns. El metge venia cada dia. A vegades a resar. Altres, ni tan sols.»

Catalunya, maig de 1959. «El nen té febre. Molta febre. Ha dormit malament. El seu cos està cobert de taques vermelles. Li fa mal la gola. Sap que té angines, com tots els hiverns. Crida els seus pares. Amb una mica de sort es lliurarà del col·legi. Ells prenen una decisió ràpida. Es queda a casa, duen la germana al col·legi, el pare cridarà al pediatre des de la seva oficina. A casa no hi ha telèfon. El pare torna molt aviat, el pediatre ve immediatament. És molt seriós. Arriben tots dos. L'àvia ha fet el llit, ha posat llençols nets, ha ventilat l'habitació i ha llevat la pols. Al nen li han canviat el pijama. El pediatre és un vell conegut de la família. És bastant jove. *Trajo* gris, maletí. Coneix la història del nen. Hipertròfia amigdal·lar. Angines recidivants. S'ha negat sempre a l'extirpació de les amígdals, tan comuna llavors. Auscultació, pols, inspecció del cos, exploració de la gola. Dictamen ràpid.

²⁷⁶ Part d'aquest capítol deriva d'un parell d'articles sobre la sanitat franquista: el primer recull narratives etnogràfiques sobre el període (Comelles, 2004), l'altre és una discussió teòrica i metodològica sobre aquest període (Comelles, 2007).

Escarlatina. Un mes a casa. Repòs. La germana va a casa de l'àvia. El nen entreveu la silueta sinistra del practicant. Ploriqueja. Injeccions no, per favor. La maça cau sobre la taula. Combinació a dosi fixa de penicil·lina, penicil·lina procaïna i penicil·lina benzidina durant una setmana. Només aixecar-se per a anar al lavabo. Cada tarda, a això de les quatre arriba. Sona el timbre. És un senyor prim, alt, una mica calb. No és simpàtic. Té un semblant gris fosc. Caixeta de metall amb el terrible complement de vidre. I les agulles. Un espant. El nen ploriqueja una mica per veure si els fa llàstima, però la mare, l'àvia i la veïna del tercer primera somriuen sàdicament amb el practicant. "Així et posaràs bé". La febre ha desaparegut i finalment el torturador s'acomiada definitivament. El pediatre ha vingut diverses vegades. Ara sap que no hi ha risc. Insisteix que falten tres setmanes per sortir de casa. Les recordarà com un període màgic de la seva vida. Regals d'oncles i padrins. La col·lecció completa dels Guillelmos. Menjar especial perquè està prim. Observa amb curiositat com la pell se li descama a tires. S'entreté estirant padrastrès de pell que es desprenen de la seva epidermis i fa boletes amb ella.»

Fa anys, Herzlich i Pierret (1984) van treballar sobre històries de vida de pacients francesos per mostrar com la transició sanitària a la França posterior a la Segona Guerra Mundial havia comportat canvis substancials en les representacions de la malaltia i en els processos i complexos assistencials de la població en la seva manera d'organitzar els seus itineraris terapèutics i de jerarquitzar els recursos. Els seus resultats tenen alguns aspectes comuns amb la situació catalana de postguerra, ja que l'assegurança social francesa va mantenir el model de pràctica mèdica liberal en el desplegament d'atenció primària, i perquè la patologia prevalent entre els nostres veïns no era massa diferent de la nostra. En un estudi posterior sobre la pràctica mèdica (Herzlich, Bungener, Paicheler *et al.*, 1993), les diferències ja són molt importants en relació amb la pràctica espanyola posterior a 1967. Si el model francès, com el britànic,²⁷⁷ va mantenir el model de *general practitioner*, *praticien* o metge de medicina general com a professió lliure, a Catalunya, des de 1967, s'inicia un procés de salarització de la immensa majoria dels metges a temps complet.

El cas català dins la postguerra espanyola és un particularisme històric, des del punt de vista de la comparació intercultural i entre països de polítiques d'acció social. Ho és en la mesura que el procés de medicalització era més important que a la majoria de territoris de l'Estat, i perquè malgrat l'exili d'un nombre significatiu

²⁷⁷ Vg. Helman (1978) sobre els *general practitioners* al principi del *National Health Service*.

de metges, els que es van quedar seguien inscrits en el marc social i cultural d'abans de la guerra, i conservaven una influència social notable. Medicina, enginyeria o dret eren encara tres professions de referència singulars.

El *Nuevo Estado* va fer retrocedir la sanitat catalana a 1910. Els avenços fets des de 1914 van esborrar-se i les fundacions van retornar intactes als seus propietaris anteriors, però tota la tasca d'organització i jerarquització entraria en crisi en substituir-se personal civil tècnic per religiosos i en inspirar-se el conjunt en el model de la beneficència liberal del segle XIX. Durant la dècada dels quaranta, amb un control molt ferri pel franquisme, a partir dels governadors civils dels municipis i amb una part de la població exiliada o silenciada, el nivell de debat ciutadà que hem palesat fins ara queda literalment soterrat i no emergirà fins a principis dels anys cinquanta.

El dispositiu assistencial català va romandre intacte en acabar la guerra perquè la Generalitat havia invertit bastant en convertir-lo en un model sanitari eficient. El fet d'haver aprofundit en el procés de medicalització va permetre les fundacions i l'Església recuperar institucions empobrides o descapitalitzades però amb capacitat tècnica, com era el cas de les principals a Barcelona, entre elles el Clínic i Sant Pau (Comelles, 2006). A més, les fundacions van poder esquivar els intents dels falangistes per fer-se amb algunes d'elles,²⁷⁸ van establir transaccions amb el *Seguro* falangista (SOE) i van impedir que es fessin amb part del dispositiu.²⁷⁹ Això sí, fins a la Transició no es tornarà a parlar d'hospitals comarcals però, en canvi, el fet de mantenir a Catalunya el teixit de les mutualitats i les assegurances privades no va suposar una aturada en l'evolució del procés de medicalització, ans al contrari, durant la dècada dels quaranta va seguir avançant en els parts, així com el procés d'especialització de la medicina fins a una normalització que començaria a produir-se a finals dels anys cinquanta, i molt marcadament als anys seixanta, quan tornen al país els becaris que viatjaven a Estats Units amb el finançament derivat dels contractes de les bases militars.²⁸⁰

²⁷⁸ En el cas de Sant Pau, van ser arguments jurídics relacionats amb l'estructura de la fundació el que ho va impedir (Comelles, 2006:173-176).

²⁷⁹ Per això Sant Pau de Barcelona va rebutjar els concerts amb el SOE després d'intents del governador civil d'entrar a la Molt Il·lustre Administració (vg. Comelles, 2006:175-179).

²⁸⁰ Són útils per això els testimonis de Broggi (2005) i Gispert (1978), també per a la psiquiatria, Comelles (1988, 2006).

Malgrat que la posició social i cultural dels metges va reconstruir-se durant els anys quaranta, la guerra va significar una ruptura brutal en la societat catalana. Una ruptura molt viva encara en la memòria col·lectiva pel procés revolucionari des de juliol de 1936 al maig de 1937, pels exilis interiors i exteriors, i per la revolució reaccionària de 1939 on els sectors del catalanisme polític que havien donat suport a Franco van comprendre immediatament que no rebrien altra recompensa *por los servicios prestados* que el retorn de les seves propietats, però sense cap mena de capacitat de participar en la cosa pública.²⁸¹ L'ocupació franquista de Catalunya no va ser només la derrota militar del règim republicà, sinó també del projecte polític *res publica* del catalanisme, és a dir, del regiment de la cosa pública. Aquest és un punt crucial en la mesura que en el període 1812-1839 hi ha una persistència del model i del seu paper vertebrador de la identitat local i de la catalana.

Fins aquí hem intentat descriure els trets d'una identitat *res publica* a Catalunya vinculada a una tradició de política paccionada local, basada en l'hegemonia del comú en front d'un estat llunyà desinteressat per la cosa pública.²⁸² El franquisme va voler destruir la identitat cultural i va fracassar, però la identitat *res publica* i civil de la societat catalana van perdurar durant el franquisme, no en l'esfera municipal, però sí en la de la societat civil.

El període que anem a abordar i el lloc on ho fem, Sant Feliu de Guíxols, s'Agaró, Castell i Santa Cristina d'Aro, no són fora del món i, després de la guerra, confirmaran la seva condició d'espais simbòlics en la societat catalana, perquè la classe dirigent catalana s'emmirallarà en aquest territori. Per a la classe mitjana baixa, les excursions a la Costa Brava i a s'Agaró eren aleshores el contacte primigeni amb el luxe, associat a una natura exuberant i respectada, sobre la qual hom projectava l'imaginari que als cinemes podria representar la *Côte d'Azur*. *Destino* i la seva editorial, que compartia oficines amb *La Vanguardia* i bona part de la seva nòmina de col·laboradors, com ara Josep Pla, ajudarien a construir el mite d'un territori cosmopolita, inserit en la natura, de gastronomia delicada i paisatges generosos que conduiria a bona part de la classe dirigent catalana a emmirallar-se en la Costa Brava, i no precisament en la costa tarragonina destinada

²⁸¹ Sobre la presència catalana al bàndol franquista és indispensable Thomas (1992) i la seva anàlisi sobre les relacions entre tradicionalistes i falangistes després de la guerra. Pel que fa a la política local, vegeu Marín Corbera (2000, 2000a). Una bona síntesi del període es troba en les compilacions *Història, política, societat i cultura als Països Catalans* (Molinero, Ysas & Solanes, 1998; Riquer & Santacana, 1997).

²⁸² Aquí és obligada la referència a Vicens Vives (1958), Vilar (1964) i Fontana (1986).

posteriorment a la *working class* britànica. Això significa, i ens permetreu que ací juguem a la hipòtesi, que si el règim franquista va voler anorrear el catalanisme com a estructura política, no va anihilar l'estructura social que el sostenia, que era la combinació de la classe dirigent —els antics *ciutadans honrats* convertits en burgesos—, la classe mitjana professional o comercial en què s'havia convertit la menestralia, els pagesos rics i, en general, la classe mitjana urbana i educada que s'havia anat construint en l'ascensió social catalana des de finals del segle XIX. Per això era possible un setmanari com *Destino* i un tipus de vida social privada com la novel·la de Josep Maria de Sagarra, en la qual podia reproduir-se una pràctica social, que també era política, pel seu pes en la reconstrucció de l'associacionisme civil.

La renúncia a la política, o millor encara, el refús a la seva participació per part del règim franquista, tindria alguns efectes interessants que, curiosament, van afectar també l'organització de la pràctica sanitària al país. Cal tenir en compte que el règim franquista basava la seva ideologia en aquell personatge que el 1933 al Teatro de la Comedia de Madrid havia parlat de «aquel hombre nefasto llamado Juan Jacobo Rousseau» i en un pensament religiós *ultramontano* que volia recristianitzar l'Espanya més secularitzada a canonades, a partir de la noció de croada. Com el règim francès de Vichy —l'*État Français*— o els cops d'estat derivats de processos electorals a la Itàlia feixista o a l'Alemanya nazi, els franquistes van crear un *Nuevo Estado* —seguint la petjada del *Novo Estado* salazarista a Portugal— que volia “trencar”, en el sentit més estricte del terme, amb les bases de l'estat demoliberal creat pel constitucionalisme posterior a 1812. Oblidem sovint, o ens fan oblidar, aquesta ruptura. La Segona República va ser el darrer experiment d'un procés constitucional iniciat el 1812, com la Tercera República francesa era hereva de la revolució de 1789. En tots dos casos els dos estats havien experimentat períodes republicans, etapes bonapartistes, dictadures, monarquies legitimistes i monarquies instaurades, i experiments de monarquies constitucionals. I també en tots dos casos els règims no subsisteixen a les derrotes militars de 1939 o de juny de 1940, però la diferència és que la Quarta República francesa o la Italiana nascudes de la fi de la Segona Guerra Mundial, que acaba amb l'interregne d'extrema dreta que va ser Vichy o el feixisme italià, recuperen i enllacen amb la tradició *res publica* anterior. A Espanya, en canvi, el règim feixista —el del *Movimiento Nacional* que va substituir eufemísticament a la FET i de les JONS— no va ser mai derrotat i trenta-cinc anys després va saber convertir-se en el pal de

paller de la instauració d'un nou període democràtic, derivat del *Nuevo Estado*, en la mesura que suposava l'hegemonia en els sectors i les ideologies que havien mantingut la dictadura més de tres dècades.²⁸³

2. Va haver-hi un sistema de salut franquista?

*Camisa azul, el yugo y las flechas,
vestía yo, cuando aún dudabas tú.
Perseguido por izquierdas y por las derechas,
caía yo, cuando aún dudabas tú.
Despierta ya, burgués y socialista,
Falange trae la Revolución,
la muerte del cacique y del bolchevique,
del holgazán y de la reacción.*

(Himne falangista amb música del *Die Fahne Hoch* nazi)

La ruptura per part del franquisme amb l'Estat derivat del constitucionalisme liberal va dur-lo a improvisar durant la guerra un *Nuevo Estado*, a la manera del portuguès Estat salazarista. Des del punt de vista sanitari, l'organització seguiria pautes militars i després de la guerra el model de la beneficència liberal aniria a càrrec de les diputacions a causa de la Llei de 1849. Si bé a Navarra s'havia desenvolupat un model per part del requetè molt vinculat a la tradició foralista i proper al regiment de la cosa pública (Larraz, 2004), aquest no va perviure més enllà de 1939 i els dos referents de l'acció social franquista —del *Nuevo Estado*— van acabar sent la creació de l'*Auxilio Social* per Mercedes Sanz Bachiller i la *Sección Femenina*. Aquest primer estava influenciat directament per les *vinterhilfe* nazis (Orduña Prada, 1996) i després va construir una xarxa tentacular a tot l'Estat, en part sostinguda pel *Servicio Social* que depenia de la *Secretaria de la FET i de les JONS*, més tard *Secretaria General del Movimiento* i controlada per la *Sección Femenina*, en la qual Pilar Primo de Rivera va acabar desplaçant a la fundadora Mercedes Sanz Bachiller, vídua d'Onésimo Redondo (Orduña Prada, 1996).²⁸⁴ Aquests dos

²⁸³ Vg. sobretot Moran (1990) i Gallego (2008) sobre la Transició.

²⁸⁴ Sobre la distribució de les incumbències sanitàries en el *Nuevo Estado* són indispensables Rodríguez Ocaña (2001), Bernabeu & Perdiguerro (2001), Molero (2001) i sobretot (Vilar-Rodríguez & Pons-Pons (2012).

referents de l'acció social del país eren clarament un instrument de propaganda i d'enquadrament del *Partido Único* —després *Movimiento Nacional*—. Si el dispositiu sanitari retornat a les fundacions, a l'Església o a les diputacions era fragmentari i d'implantació desigual, l'acció de la *Sección Femenina* amb l'*Auxilio Social* pretenia un control i una influència en l'esfera més pròxima a la ciutadania. El pes d'aquests dos referents ha estat menystingut, però al nostre entendre en el període anterior a l'ampliació de la cobertura del SOE va ser clau per a la «cara amable del règim» amb intencions de minar el que pogués quedar de societat civil, la qual cosa si podia tenir un paper menor a moltes *provincias*, a Catalunya podia entendre's d'una manera molt diferent per la persistència del regiment de la cosa pública. En qualsevol cas, no hi ha dubte que el model franquista d'acció social era més tentacular que el model sanitari i podia difondre's millor en l'esfera local de la mà del voluntariat forçat de les noies que feien la “mili” a l'*Auxilio Social*, que en els cossos funcionaris de la *Dirección General de Sanidad* concentrats en els *Institutos Provinciales de Sanidad* (vg. Barona et al. 2005). D'altra banda, Sanitat, Salut Mental i Beneficència anaven a càrrec del *Ministerio de la Gobernación*.

La segona acció del *Nuevo Estado* va ser la creació del *Seguro Obligatorio de Enfermedad* (SOE) dins l'*Instituto Nacional de Previsión* del Ministerio del Trabajo, que va ser un feu falangista fins a 1978. Malgrat algunes afirmacions fetes durant la Transició, Franco no va socialitzar la sanitat. El *Seguro Obligatorio de Enfermedad*²⁸⁵ era una mútua privada de caràcter públic i d'afiliació obligatòria, les quotes de la qual procedien exclusivament d'un impost sobre el treball (les *cotizaciones*) que van convertir-la en tan rendible que durant molts anys va finançar en base a obligacions a baix interès els deliris autàrquics de l'*Instituto Nacional de Industria* (INI). Aquest impost sobre el treball afectava els costos de producció de la indústria i del comerç, deixava de cantó el sector primari —agricultura, ramaderia i pesca— i no gravava les infinites formes d'economia submergida dels temps del franquisme. En termes de volum afectava les províncies amb més teixit industrial —Catalunya, País Basc i Astúries— o empreses de serveis o de “coll blanc” com a Madrid els ferrocarrils i les arts gràfiques, precisament aquelles en les quals les inversions de l'INI van ser menors. Així, des d'un punt de vista econòmic, l'arquitectura financera del SOE podem comprendre-la en la seva pràctica com «una

²⁸⁵ Sobre la seva fundació vegeu el primer capítol de Jesús de Miguel (1979), un text avui superat, basat en la revisió de la revista *Ser* i García Padilla (1990).

creació i improvisació celtibèrica, encara que sembla que amb bona intenció, de seguretat social» (Gispert, 1976: 150). Aquest autor és massa tendre, ja que fins al 1967 va ser una mútua “cutre” que va trigar més de deu anys en tenir institucions assistencials pròpies —les *Residencias provinciales*— i no va estar oberta a tots els professionals perquè era un instrument de clientelisme polític. Primer hi van entrar *ex-combatientes* retornats de la *División Azul* o *afectos* al règim amb una àmplia nòmina de subalterns i amb un aire profundament burocràtic que arriba fins avui en dia. A Catalunya, el SOE va tenir ràpidament una massa enorme d’afiliats a la indústria i al comerç i va haver de concertar prestacions hospitalàries amb les fundacions i les clíniques privades i religioses. Tot i això, no va incorporar inicialment massa metges catalans perquè aquests es negaven a entrar-hi —alguns per raons ideològiques, altres per criteris purament econòmics i de prestigi— o no podien accedir-hi perquè les escales estaven bloquejades, una tònica que no canviaria fins als anys seixanta.²⁸⁶

El SOE no era un sistema de Seguretat Social, però la retòrica que hereva del *Seguro Social* del feixisme italià en podia convèncer. D’entrada, el criteri de les *cotizaciones* confonia un impost —el que era realment— amb les quotes que la classe obrera havia pagat a les societats de socors mutus i a les mútues en general d’abans de la guerra. Tampoc mai va quedar clar, i ara encara tampoc, que el cost del treball és sempre un cost brut que inclou l’impost al treball i no el salari real que el treballador rep a finals de mes: hi ha distinció entre la retenció de l’IRPF i la cotització social, però la cotització empresarial no consta a la nòmina, o sia, l’impost sobre el treball. Explicat així el treballador confonia la petita part de cotització, que apareixia a la nòmina, amb la seva aportació al SOE, la qual cosa li conferia els mateixos drets que significava la cotització a qualsevol mútua privada.

Així mateix, la natura mutualista del SOE i la retòrica feixista podien vendre a una mà d’obra sovint analfabeta o analfabeta funcional, però ja no enquadrada en una primera etapa pel discurs crític del pensament obrerista, que el *productor* franquista era el propietari de la mútua i que reforçava el *Sindicato Único* que englobava la patronal i els treballadors. La diferència era que a les societats mutuels cooperatives dels sindicats o a les assegurances privades, tant en la seva forma de societats anònimes o limitades com de cooperatives (*Igualatorio médico colegial*, per

²⁸⁶ Sobre la pràctica sanitària durant el període franquista a Catalunya vg. Bravo, Miguel & Polo (1980); Reventós, García & Piqué (1990), Reventós (1995) i Comelles (2006).

exemple),²⁸⁷ l'afiliat era un cooperativista —com en les societats de socors mutu— o un client, però la mútua era la conseqüència de la consciència de classe —dels límits de classe per afrontar els riscos—, mentre que, en aquest cas, la mútua era un regal de l'Administració que s'imposava al *burgués y al cacique*. El model del SOE feia del *productor*, algú que simbòlicament seria atès en una *Residencia*, de manera que podia pensar per la simple condició de ciutadà tenia tots els drets, com en els sistemes democràtics de l'Estat del benestar, però sobretot pel fet de tenir una mútua obligatòria. Així creien que tenien l'*obligació* d'atendre'l, de manera que els metges, que eren assalariats de la *seva* mútua obligatòria, eren els que havien d'atendre'ls perquè «*paesopago*».²⁸⁸

Al llarg d'aquest llibre hem insistit en la persistència d'una concepció civil, dialèctica, del regim de la cosa pública que mai implica negar la lluita o la confrontació de classes i que finalment és construïda localment, cara a cara; però aquest no és el model mutualista del SOE, que era una versió laica i global del model de beneficència que no volia construir una societat civil, sinó al contrari, volia destruir-la per imposar la ideologia del *partido único*, que no era democràtica sinó que estava basada en una concepció piramidal del poder.

La cobertura del SOE a la Vall d'Aro va ser notable de 1944 a 1967 per la presència de teixit industrial i pel desplegament de la construcció i del turisme, amb els seus efectes sobre el procés migratori cap a la comarca. Quedaven fora d'aquesta cobertura pagesos i pescadors, funcionaris i guàrdia civils, i el conjunt de professionals liberals,²⁸⁹ els comerciants i els artesans sense assalariats. La manca de dispositius propis del SOE fins a l'obertura dels primers consultoris i de la *Residencia Provincial Álvarez de Castro* (avui Hospital Josep Trueta) va limitar els primer vint anys l'impacte de la institució, molt més significatiu a les ciutats grans on es concentraven els serveis.

²⁸⁷ Sobre el *Igualatorio* creat a Catalunya per Espriu i avui la base de l'asseguradora ASISA vg. Reventós, Garcia & Piqué (1990).

²⁸⁸ En aquest llibre no podem entrar en massa detalls sobre el funcionament del SOE perquè forma part d'una altra recerca en curs. Ens limitem als apunts indispensables per poder contextualitzar la seva influència en la pràctica sanitària quotidiana.

²⁸⁹ Aquests durant el franquisme tenien afiliació obligatòria a les mútues professionals com la Mutual Mèdica de Catalunya i Balears o *Previsión Sanitaria Nacional*, però només els cobrien les pensions de jubilació de manera molt modesta. La voluntat d'accedir a una pensió de jubilació segura va ser un dels factors que va motivar que la classe mèdica catalana, des de principis dels anys seixanta, volgués tenir «placets del *Seguro*».

Per aquests motius el SOE és una variable secundària a les comarques, i no solament a Catalunya. Les deficiències del sistema i la crisi de la postguerra van obligar l'Estat a recolzar-lo amb accions de beneficència com el *Patronato Nacional Antituberculoso* o, en la salut mental, el PANAP, per tal d'eixamplar els límits que tenien unes diputacions descapitalitzades per fer front a les seves obligacions assistencials en un període d'altíssima demanda d'ingrés a les institucions.²⁹⁰

El SOE va romandre vint-i-dos anys i transformar-lo va ser difícil. Els *procuradores en Cortes* franquistes van discutir durant gairebé un lustre la *Ley General de la Seguridad Social* aprovada el 1967 que va convertir el SOE en la *Seguridad Social*, sempre en mans del ministeri falangista *del Trabajo* però que va seguir tenint l'estructura mutual anterior fins a la Llei de Sanitat de 1986. El creixement econòmic dels anys seixanta va incrementar l'afiliació, però va mantenir les mútues per a funcionaris, militars, accidents de treball i professionals liberals, i pels ara anomenats autònoms, i va incloure-hi pagesos i pescadors. Va ser un tímid esforç d'aproximació a l'Estat de providència ja que l'any de la mort del dictador cobria un 75 % de la població i era objecte de crítiques furibundes per part de l'oposició democràtica.²⁹¹ No va incloure mai la salut mental i no seria derogada fins a la Llei general de Sanitat de 1986.²⁹² Aquesta va transferir la despesa sanitària als presupostos generals de l'Estat i el sistema va deixar de ser «propietat» d'empresaris i *productores* però va permetre la continuïtat de centenars d'estructures mutualistes, les dues més conegudes MUFACE o ISFAS, mutualitats laborals d'accidents de treball que eren provinents de les distintes reformes del segle xx. La tardana incorporació dels agricultors, a partir de 1967, dels autònoms i la persistència del mutualisme entre funcionaris, militars i col·lectius corporatius basats en l'aranzel —notaris i registradors de la propietat— revelen la seva falta d'universalitat i el seu caràcter de sistema mutualista atomitzat i “privat”, fet de compartiments estancs, en el qual la *mutualitat* —pública o privada—, es comporta sempre com una companyia privada d'assegurances.

²⁹⁰ Pel que fa a la demanda psiquiàtrica vg. Comelles (1980) i Comelles & Martínez (1994).

²⁹¹ De nou vg. Miguel (1979), i per al període anterior la compilació *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y previsión* (1990). Amb tot manca un estudi seriós sobre el SOE, difícil per la dificultat d'accedir a les fonts.

²⁹² Sobre les crítiques vg. Jesús de Miguel (1976, 1979) que revisa tota la literatura crítica del seu temps que va anar avaluant en publicacions posteriors. Bona part de la crítica està ressenyada a Gol Gurina, Miguel, de; Reventós; Segura; Solé Sabarís (1978). També Gol Gurina *et al.* (1977). Solé Sabarís (1978). Acarín, Espasa, Pardell; Sans *et al.* (1976) i Acarín, Espasa, Sans *et al.* (1977).

Tampoc la transició entre el SOE i la Seguretat Social de 1967 ha estat estudiada a fons, excepte per Jesús de Miguel (1976, 1979, 1983), des de la perspectiva de la sociologia crítica nord-americana, però no hi ha hagut continuïtat ni revisió de les seves propostes ni de les continuïtats entre el model falangista i el de la Transició ni una avaluació, no partidista, sobre la Llei de Sanitat de 1986.²⁹³ Amb alguna excepció notable com l'estudi de Bravo, Miguel, Polo, Reventós & Rodríguez (1979) sobre els *ambulatorios*, la resta es limita a establir cronologies i explicar anècdotes.²⁹⁴ La *Ley de Seguridad Social* de 1967, en qualsevol cas, va obrir la possibilitat d'una transició sanitària l'any que a Catalunya s'inicia la jerarquització de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona (Comelles, 2006), un fet de transcendència enorme per a la reforma sanitària de la Transició.

3. Paisatge després de la batalla

*Los pobrecitos iban mal vestidos
con sábanas que ad hoc habían robado,
y el guardián se decía con recelo
'Estos muertos se me han revolucionado'.
Rascayú, cuando mueras que harás tú.
Rascayú, cuando mueras que harás tú.
(Bonet de San Pedro)*

El 20 de febrer de 1939 «queda constituída para Gerona y su provincia como única Jefatura la Inspección provincial de Sanidad instalada en los bajos del Hospital Civil, de esta ciudad [Girona]» i depenia directament del *Servicio Nacional de Sanidad del Ministerio* de la Gobernación. «Rige para todos los santiarios la misma legislación en toda España»; per als titulars municipals això volia dir seguir la Llei de Coordinació Sanitària de l'11 de juliol de 1934 i que els feia dependre de la *Inspección Provincial*, amb les quals s'havien d'entendre a través de les *Juntas Municipales de Sanidad*. D'altra banda els veterinaris tenien un inspector provincial diferent. A cada *partido* hi havia d'haver un *Inspector Municipal de Sanidad* —càrrec que corresponia al Subdelegat de Medicina, en cas de ser-hi, o al Titular més antic, que seria

²⁹³ Ortega i Lamata (1998) conté alguns testimonis dels actors principals que són d'utilitat, encara que el propòsit del llibre és reivindicar la reforma socialista de la sanitat.

²⁹⁴ Vg. Reventós, Gràcia & Piqué (1990); Reventós (1995, 1995a, 2004).

també Secretari de la Junta—. Aquesta havia de recollir els comunicats sanitaris dels metges de la demarcació que havien de ser enviats cada setmana a la Inspecció provincial. El Reglament de sanitat municipal i provincial era el que havia entrat en vigor el 1925. L'inspector provincial acabava dient que «espero encontrar en todos los compañeros la debida asistencia en el cumplimiento de la función que se nos tiene confiada y no me veré precisado a usar reglamentariamente de sanciones, esperando de la comprensión y el patriotismo de Vds. su entusiasta colaboración, demostrando con ello su deseo de cooperar a la Unidad, Grandeza y Libertad de la Patria, con absoluta lealtad a nuestro providencial Caudillo Franco».²⁹⁵

Dels 9.147 habitants el 1936 a Sant Feliu de Guíxols n'hi havia només 7.583 el 1940 (Jiménez, 1996:5). A Castell d'Aro, de 1.171, en quedaven 1.091.²⁹⁶ Les xifres palesen la magnitud de la tragèdia, els morts al front, l'exili, la sobre-mortalitat de la població civil per la carestia de la vida, les privacions i les males condicions sanitàries i higièniques. Malgrat que Franco havia promès acabar amb la gana a la zona republicana, la realitat va ser molt diferent «*Franco, Franco, / nos prometiste pan blanco/ y nos lo diste de serrín, / peor que el que nos dio Negrín*», i just acabada la guerra l'alcalde de Castell d'Aro es queixava que «la población civil en su mayoría carece de aceite y jabón desde hace más de diez meses, no pudiendo por tanto condimentar sus comidas con ninguna clase de grasas y lavar sus ropas como es necesario para la buena limpieza personal».²⁹⁷ És cert que a les zones agrícoles i ramaderes la subsistència va ser més fàcil que a les ciutats, però Pere Rigau de l'*Auxilio Social* de Sant Feliu de Guíxols va demanar al batlle que informés als venedors de llet de Castell d'Aro de «la necesidad de que reanuden lo más pronto posible dicha venta», evitant «el bochornoso tráfico de la venta obligando a los clientes a ir a casa del cosechero. Es imprescindible que el pueblo guixolense reanude cuanto antes su vida normal y para ello es necesario que uno de los artículos más imprescindibles como este de la leche no encuentre, como hasta ahora, tantas trabas para su adquisición. Se acabó para siempre el dominio rojo y sabes tan bien como yo que es lo que pide nuestro Caudillo».²⁹⁸ Per fer front a la penúria de productes bàsics alimentaris (ous, oli, arròs, patates,

²⁹⁵ AMCPA (1932-1936). Castell-Platja d'Aro.

²⁹⁶ AMCPA. Padró d'habitants de 1936 i padró d'habitants de 1940. Població (1927-1954).

²⁹⁷ AMCPA (23.03.1939).

²⁹⁸ AMCPA (16.04.1939).

pa) i energètics (carbó, petroli, benzina, electricitat), el govern va decretar el seu racionament i l'Ajuntament de Sant Feliu el 1939 va destinar 36 pessetes al *pago de leche a indigentes*, menys dotat, cal dir-ho, que el *pago de comidas a los banqueros* (48), els *gastos limpieza Iglesia* (88,50), *por dos banderas* (40), i molt per sota de les *dietas del Sr. Alcalde y Secretario* (149,50), la qual cosa també sembla significativa del que passaria en el futur a l'administració local,²⁹⁹ i de com anaven mal dades davant la dramàtica situació que els franquistes van trobar a Catalunya. Un any més tard l'Ajuntament de Castell d'Aro havia de demanar que, atès que el metge titular Martí Casals havia de cobrir un territori de cinquanta quilòmetres quadrats, se li facilités benzina.³⁰⁰

La *Comisaria General de Abastecimientos y Transportes*, la *Delegación Provincial* de Girona i l'*Inspector Comarcal de Abastecimientos y Transportes* es van encarregar d'instaurar la targeta oficial de racionament per als gèneres intervinguts i de la seva distribució. Demanaven als ajuntaments el nombre d'individus sotmesos a racionament, la menció de fondes, hotels i establiments que consumien per sobre de les necessitats familiars, el nombre de nens lactants que havien de fer-ho artificialment, el nombre d'ancians que es mantenien a força de llet, i la mitjana de malalts al mes. L'objectiu era assolir «una distribución equitativa de los artículos intervenidos».³⁰¹

La manca d'aliments era extrema i moltes famílies dedicaven dies sencers per aconseguir aliments, per la qual cosa es va obrir pas a l'estraperlo, el nom donat al mercat negre de la postguerra i que va ser la base de nombroses fortunes de la nova classe dirigent. La *Comisaría* va assignar una quota de sucre, variable, per a aliments, licors, i també per a *jarabes y Laboratorios*. L'Ajuntament havia de recollir les peticions que feien els fabricants i laboratoris i enviar-los-hi.³⁰²

També va aparèixer el *Día del Plato Único*, creat el 1939, i que demanava a la població el «pequeño sacrificio que supone el privarse una vez a la semana de parte de la comida de un día». Va quedar limitada als empresaris d'hostaleria, hotels, restaurants, bars, pensions, cases de menjars, cafès, tavernes, bodegues i similars que, cada *Día del Plato Único*, havien de pagar la meitat de la quantitat cobrada

²⁹⁹ Sobre l'Administració local franquista, vg. Marín Conesa (2000).

³⁰⁰ AMCPA (12.06.1940).

³⁰¹ AMCPA, 1939.

³⁰² AMCPA (4.09.1939).

per un àpat o, si eren hostatgeries, un 40 % del cobrat per la pensió completa.³⁰³ A Sant Feliu de Guíxols la carestia va impedir que la recaptació prevista per la *Junta Provincial de Beneficencia*, no cobrés del tot les expectatives. A Castell d'Aro, en canvi, la recaptació es va fer amb normalitat de 1939 a 1942.³⁰⁴

La segona iniciativa pintoresca de la postguerra va ser la *Navidad del Pobre*, que Luís García Berlanga immortalitzaria el 1961 en la seva corrosiva pel·lícula *Plácido*, i que pretenia que les persones que gaudien d'un cert nivell econòmic participessin d'aquesta activitat. Des de l'Ajuntament, i amb la col·laboració del capellà de la vila, es recaptaven donatius i l'Ajuntament comprava aliments que es repartien gratuïtament entre les famílies *menesterosas* del municipi. La *Navidad del Pobre* va subsistir a Castell d'Aro des de 1944 fins a 1958.³⁰⁵

La manca de productes alimentaris era tan evident que va obligar a canviar costums en el menjar, substituint articles tradicionals per succedanis d'ínfima qualitat. Molta gent havia d'acudir a l'assistència social de l'Estat, a l'*Auxilio Social*, que depenia de la Falange i que distribuïa racions d'aliments. Es van construir a Sant Feliu de Guíxols uns menjadors, a càrrec de l'Ajuntament i amb donatius d'alguns industrials guixolencs com J. Vilaret o M. Ribot, i el març de 1939 funcionava una *Cocina de Hermandad* que podia repartir mil racions diàries i el juliol un *Centro de Alimentación Infantil*, amb 33 places. Encara el 1948, a Sant Feliu de Guíxols, hom volia posar en servei un nou sistema de racionament i de col·leccions de cupons per als lactants de menys de sis mesos i per a les embarassades a partir del sisè mes de gestació.³⁰⁶

En aquest context, com d'altra banda a tot Catalunya, van proliferar malalties carencials, malalties de l'aparell digestiu, el tracoma, la sarna, el tifus exantemàtic i la tuberculosi: «mujer de 26 años de edad, casada, es pobre, no dispone de recursos y según certificado médico se encuentra en la imposibilidad física de poder alimentar a su hijo (o hija) de un mes de edad» (1939).³⁰⁷ Les demandes d'ingrés a les institucions d'assistència revelen una situació dramàtica ja que les famílies no podien fer-se càrrec dels parents malalts,³⁰⁸ i buscaven contactes per

³⁰³ AMCPA. Circular de la Junta Provincial de Beneficència del 21 de juliol de 1939. Beneficència 1939-1941.

³⁰⁴ AMCPA. Iniciatives benèfiques. *Beneficència 1939-1942*.

³⁰⁵ AMCPA. Iniciatives benèfiques. *Beneficència 1944-1958*.

³⁰⁶ AMSFG, carta de l'alcalde al *Jefe local de Sanidad*, 22 .09 1948, *Doc. Sanitat 1947-1951*.

³⁰⁷ AMSFG, Beneficència.

³⁰⁸ AMSFG, VI 5159.

col·locar-los en institucions.³⁰⁹ A Sant Feliu de Guíxols, unes mares demanaven internar els dos fills que tenia cadascuna d'elles a l'Hospici de Girona, que va aixoplugar també altres infants, orfes de mare i els pares dels quals eren en camps de concentració francesos. Sovint hom parla de fills "abandonats" pel pare,³¹⁰ en casos de desapareguts o d'exiliats.

En tals condicions de misèria, el 1942 es va escampar per tot Catalunya una epidèmia de tifus exantemàtic,³¹¹ el *piojo verde* segons l'expressió popular. La seva virulència va fer que se'n detectessin casos en destacaments militars, i pocs dies després en civils que «habían tenido contacto indudable con los primeros». A la província de Girona se'n van declarar uns setanta casos.

El 1940 a Sant Feliu de Guíxols l'Ajuntament autoritzava al seu secretari a adquirir alcohol per a l'aplicació de la vacuna antivariolosa a l'*Instituto Provincial de Higiene* de Girona. En cas d'haver-se fet efectiva aquesta compra, la conservació dels medicaments hauria estat un cas molt singular, per ser destinats a la població.

També eren freqüents les epidèmies estacionals d'origen hídric. Les restriccions energètiques, amb els talls d'electricitat, afectaven el sistema de bombeig i subministrament de l'aigua de moltes poblacions i mancava aigua a barris i fonts públiques de Sant Feliu. A Castell d'Aro, atès que no hi havia xarxa, la població depenia de pous, però el sanejament a moltes cases era sovint molt limitat:

*A casa hi havia unes certes comoditats, però allà no n'hi havia cap. L'aigua calenta l'escalfàvem a baix i després la pujàvem i suposo que amb una palangana ens rentàvem.*³¹²

*Et rentaves a casa amb una bullola i llavors a l'estiu anaves a mar.*³¹³

*Jo em penso que hi havia una aixeta a baix a la cuina, no me'n recordo gaire perquè, és clar, jo en aquella època no cuinava.*³¹⁴

³⁰⁹ Sobre l'internament en institucions psiquiàtriques de discapacitats psíquics menors o adults vg. Comelles & Martínez (1994) i Comelles (1980).

³¹⁰ AMSFG, Beneficència. 1939-1941.

³¹¹ AHG, *Fons Administració perifèrica de l'estat. Sanitat*. Fitxes i expedients de brots de malalties infeccioses. 1940-1964.

³¹² Anita Vicens.

³¹³ Toni Ferrer.

³¹⁴ Anita Vicens.

A l'Ajuntament de Santa Cristina l'octubre de 1940, després de les inundacions que van patir, hom va recomanar, «proceder a la práctica de vacunación y revacunación antitífica cuyo servicio deberá ser de carácter gratuito y practicado por el Instituto Municipal de Sanidad, que cuidará de acudir al Instituto Provincial para adquisición de la que sea menester en ese término» (Gaitx Moltó, 2007: 173). Però, vuit anys més tard, el juliol de 1948, el doctor Antoni Miralles i Ribot escrivia a l'alcalde de Sant Feliu de Guíxols que a l'empresa *Suberina SA*, i «del total de 85 productores han sido vacunados [contra el tífus] 75 faltando el turno de noche»,³¹⁵ ja que el risc era gran. El practicant municipal guixolenc vacunava al dispensari de la Creu Roja del passeig del Mar³¹⁶ i, a finals de juny de 1950, es va ordenar a la població d'aquesta vila vacunar-se, «acordándose dictar los correspondientes edictos y hacerlo público por medio de los mismos y del pregón reglamentario a fin de que llegue a conocimiento de todo el vecindario».³¹⁷

El brot epidèmic venia per la contaminació, per filtracions dels pous negres i per la manca de clavegueram, i el 1950 els casos es van localitzar al carrer Major, carrer d'Algavira i a la Rambla d'Antoni Vidal.³¹⁸ «Primer varen venir i varen portar l'aigua a analitzar i va sortir que no tenia cap virus, llavors varen venir uns homes i varen desinfectar la casa, la varen tancar tota, nosaltres a fora, i varen desinfectar la casa tota per dintre i em penso que res més».³¹⁹

Entre 1946 i 1950 vivíem a Mas Viñolas, a la carretera de Pedralta. A un quilòmetre de Sant Feliu. Em vaig posar malalta de tífus i els meus pares em van portar amb el doctor Casals, a Castell d'Aro. Jo estava molt malament i em va curar. Generalment venia caminant, o en bicicleta. Ell i la motxilla. Una motxilla ben grossa i allà dintre portava de tot. Em va fer baixar la febre i em va treure aquella malaltia. Em va fer vàries transfusions. Em posava unes injeccions, i em feia mal. Jo de la malaltia no me'n recordo. Per curar la febre els hi va explicar als meus pares com fer-ho, jo crec que em posaven aigua calenta i freda i així em baixava la febre. També gel. En Casals quan entrava a les cases ho volia veure tot, com menjava, com vivia la gent... Ho tastava tot. Deia: "Què cous avui àvia?" "Oh, doncs jo també menjaré un plat de cigrons". I

³¹⁵ AMSFG, VI 5870.

³¹⁶ AMSFG, Documentació de Sanitat, 1946.

³¹⁷ *Ancora*, 6 de juliol de 1950. AMSFG.

³¹⁸ *Ancora*, 1950. AMSFG.

³¹⁹ Núria Viñolas, malalta.

menjava amb nosaltres. Jo només volia menjar xocolata, però no en teníem. Em feia molta por el doctor Casals. Vaig estar al llit molt de temps.

Un dia per la nit jo estava ben freda i corrents van avisar al meu veí que va anar a buscar al metge, i va venir en plena nit. Ell corria, amb la seva motxilla cap aquí. I aquell dia em va curar, i més dies, perquè tres vegades vaig tenir el tifus. Se'm curava i em tornava. El meu pare també va emmalaltir. Un dia va agafar i allà mateix li va fer una transfusió de persona a persona. Tot va quedar ple de sang i li van preguntar:

“Ja serà bona aquesta sang?”

“Aviat ho veurem”. La sang va ser bona. La veïna al veure tanta sang es va desmaiar, però va anar bé i el meu pare se'n va sortir. Llavors ja varen inventar la vacuna del tifus i ens varen vacunar a tots. Ell mateix te la posava. Llavors cap als 15 anys ja va estar acabat el problema del tifus.³²⁰

La primavera següent va haver-hi una segona alarma a la ciutat: «El Sr. Alcalde da cuenta de las gestiones que ha practicado en averiguación de la certeza o falsedad de los rumores de la existencia de una importante epidemia de tifus, que tiene muy alarmada a la ciudad, habiendo sido requeridos todos los Sres. Médicos para que dieran cuenta de los pacientes que cada uno tuviere que padezca dicha enfermedad, habiéndose declarado cuatro únicos casos; aunque esto represente un bajísimo porcentaje uno por mil casi normal, por razón de que dichos pacientes tienen sus domicilios en la misma barriada de la población, esto hace suponer un motivo claro de procedencia por haber un foco de infección, por lo cual es prudente dar cuenta al Sr. Jefe local de Sanidad, a fin de que por si o por los medios con que cuenta la Jefatura provincial se sirvan averiguar la procedencia de dichas infecciones, tomándose las medidas precisas para evitar su propagación».³²¹

L'abril va començar una campanya:

[cuya] fase inicial y de puesta en marcha inmediata es la vacunación antitífica que oficialmente y con carácter gratuito empezó el 1º de Abril, previo bando de la alcaldía, indicador de las particularidades de la misma. En esta fase ha de ser genuinamente actora la población civil que siempre, en los momentos de responsabilidad, ha sabido

³²⁰ Núria Viñolas, malalta.

³²¹ *Àncora*, 8 de març de 1951. AMSFG.

evidenciar su cultura y civismo que no ha de defraudar al rogarle acuda sin reservas, voluntaria y espontáneamente, para ser vacunada.

Cada ciudadano viene obligado a respetar a los demás y quien no evita, inmunizándose, ser víctima de enfermedades y consecuentemente instrumento de contacto de los que le rodean, no es respetuoso y delinque por esa falta de amor propio y de estimación a la sociedad. Fundándose en tales razones las Autoridades sanitarias tienen el convencimiento que todos los habitantes incluidos entre los cinco y cincuenta y cinco años, sin excepción casi, impuestos de sus deberes originarios, más del sentido común que de las leyes sanitarias vigentes, harán obvia cualquier medida de obligar, facultativa de la autoridad que se viera obligada a ejercitar contra aquellos casos de intransigencia por tozudez, ignorancia supina u otra cualquier sinrazón.

Quiero indicar que cualquier observación de índole sanitaria que documental y razonadamente justifique un noble deseo de colaboración en nuestra misión social sanitaria, no solamente será atendida, sino agradecida por esta Jefatura Local cuya función asesora de la Junta Municipal de Sanidad permite elevar a la misma y por su conducto a nuestras Autoridades cualquier informe, incidencia, demanda o denuncia. Y, finalmente, por los métodos de vacunación actual se han perfeccionado hacia el sentido de producir una mínima reacción local y un ligero estado febril de medio grado, circunstancias ambas que restan toda preocupación de malestar o incapacidad para cualquier actividad, física inclusive. Cabe señalar que la vacuna que se suministra es la exigua cantidad de dos décimas de centímetro cúbico y tres décimas más a los veintiún días de inyectada la primera dosis.³²²

La brigada municipal va revisar conduccions i captacions d'aigües, va inspeccionar les aigües negres i en va analitzar la potabilitat, a més de la puresa de la llet. En les epidèmies de tifus es recomanava la vacunació, l'aïllament del malalt i la desinfecció, objectius complexos en molts casos a causa de les característiques dels habitatges i les dificultats per disposar d'aigua calenta. El problema del tractament tampoc estava resolt, «la medicina se ha visto incrementada por una serie de antibióticos específicos que, como la cloromicetina, terrimicina y otros a punto de ser lanzados al mercado, constituyen una arma combativa inapreciable

³²² *Ancora*, 1951. AMSFG.

e indiscutible en su valor terapéutico. No obstante, por su elevado coste actual y los no despreciables resultados obtenidos con la penicilina en conjunción con las sulfamidas thalidínicas y guanadínicas, hace de que reservemos la administración de aquellos productos a nuestros enfermos más graves, en espera de que la elaboración de las mismas se encauce en métodos más sencillos y económicos que permitan una rebaja en los precios excesivamente caros e inasequibles, impropios de productos destinados a tan laudable y humana finalidad».³²³ El 1951 la comercialització del cloramfenicol encara no havia començat. Seria l'antibiòtic que acabaria amb els casos de febre tifoide, però nogensmenys amb l'eradicació de les epidèmies estiuenques d'origen hídric que no es van resoldre fins als anys setanta a les comarques gironines i encara van trigar més a eradicar-se els brots de toxiinfeccions alimentàries.

A Castell d'Aro el sanejament també va trigar dècades. El 1955, Martí Casals, inspector municipal de sanitat, va enviar la fitxa sobre l'abastament d'aigua a la *Fiscalía Provincial de la Vivienda*, on deia que «en el año 1940 se presentó un proyecto de abastecimiento de aguas potables por la Sociedad de Aguas Potables de Sant Feliu de Guíxols al efecto de llevar aguas potables a Castillo de Aro y Playa de Aro, proyecto que no mereció la atención de las autoridades locales». Aquestes fitxes, un cop emplenades i signades per l'inspector municipal de sanitat, havien de tenir el vistiplau de l'alcalde. L'Ajuntament hi va adjuntar un escrit en el qual deia que no estava d'acord amb el diagnòstic perquè no disposava de cap projecte, ni estava al corrent de cap notícia relacionada.³²⁴ La relació entre el municipi local i la delegació provincial de Sanitat sembla que no arribava a ser prou fluïda, i des de la Delegació hi van haver queixes perquè no es denunciaven prou casos, cosa que va anar canviant progressivament, a mesura que també hi va haver una afluença més massiva de circulars enviades. D'aquesta manera es va aconseguir conscienciar els metges de declarar els casos de malalties infeccioses però, tot i això, Sanitat calculava que calia multiplicar per tres els casos declarats per acostar-se a la realitat.³²⁵

³²³ «Interesantes manifestaciones del Jefe Local de Sanidad sobre la campaña antitífica», *Ancora*, 10 de maig de 1951, p.4.

³²⁴ AMCPA, Documentació de Sanitat, 1955.

³²⁵ Fitxes de malalties infeccioses 1940-1981. Núm. 26. AHG.

Les campanyes de prevenció i d'higiene adreçades a la població es perllongarien durant tota la postguerra. El 1952 la *Inspección de Enseñanza Primaria*: «ordena a los señores Maestros, tanto nacionales como privados, que deben cuidar de que todos los escolares se sometan a la vacunación antivariólica, antitífica y antidiftérica. La admisión en la escuela de alumnos que no acrediten documentalmente hallarse vacunados contra la viruela, el tifus y la difteria, se considera como una falta grave. En los casos de revacunación antivariólica o de vacunación antitífica, cuando el Médico de Asistencia Pública Domiciliaria acuda a la escuela a realizarlas a todos los alumnos, puede suplirse el certificado individual por el certificado colectivo.

Ante la triste frecuencia de casos de viruela que han afectado la zona de Marsella y otras poblaciones de la nación vecina y ciertos casos aislados que se han dado en nuestra zona fronteriza, es de suma conveniencia que los padres hagan vacunar a sus hijos contra tan terrible enfermedad, con lo cual, no solo protegerán su salud en particular, sinó, además, la de todos los niños en general.

De conformidad con lo indicado por las autoridades superiores, la Junta Local de Primera Enseñanza dará, a su debido tiempo, las disposiciones convenientes a fin de que al empezar el curso escolar no sean admitidos en ninguna escuela los alumnos que no presenten los ordenados certificados de vacunación.

Se recuerda que hasta el día 30 del corriente, de las doce a la una y media de la tarde, se vacunará gratuitamente contra la viruela, tifus y difteria en el Instituto de Previsión. Es de esperar que los familiares de los escolares de esta ciudad darán una prueba de comprensión y de civilidad y que procurarán atender lo ordenado por los que tienen la obligación de velar y defender la valiosa salud de nuestra población infantil, con lo que evitarán al mismo tiempo situaciones embarazosas a los profesores». ³²⁶ Aquestes campanyes van ajudar a disminuir la mortalitat infantil, i corresponen a la *Dirección General de Sanidad*. Algunes eren les anomenades *luchas*, entre les quals van destacar l'antituberculosa, l'antireumàtica, la lluita de les cardiopaties, i —amb molts menys mitjans— l'antivenèria. El 1939 la lluita antituberculosa era a càrrec del *Patronato Nacional Antituberculoso* (Molero, 2001). Les necessitats de la població tuberculosa d'aquells anys no eren cobertes per part de l'Estat. Hi havia un tipus de malalts als quals es tractava mitjançant pneumotòrax o alguna altra operació de col·lapsoteràpia. Extraordinàriament alguns metges, com el doctor Martí Casals, eren conscients de les llargues esperes per ingressar

³²⁶ *Ancora*, 10 de juliol de 1952. AMSFG.

per rebre aquests tractaments i, per això, ells mateixos els realitzaven. El 1964 encara es va iniciar un *Plan de erradicación de la tuberculosis* que tindria una duració de 8 anys. A part d'enviar als Serveis Sanitaris de Sant Feliu de Guíxols i de la Vall d'Aro —igual que a la resta de l'estat— les normes aconsellables a seguir, es projectaven unes diapositives de propaganda als tres cinemes locals i hom va convocar un concurs d'articles que es va anunciar a través del setmanari local *Áncora*. A aquestes campanyes s'han d'afegir les que desplegava l'*Auxilio Social* per inculcar pràctiques d'higiene i puericultura (Echeverri Dávila, 2003).

En aquest període la posició dels inspectors de Sanitat dels ajuntaments franquistes era sempre delicada. Malgrat que alguns metges, com Josep Ruscalleda que havia passat a l'Espanya franquista durant la guerra, van ser nomenats regidors; en general, la *línea de mando* sobre els ajuntaments venia dels governs civils, als quals no agradaven les denúncies de dèficits locals i menys els anuncis de crisis sanitàries. El maig de 1955 Martí Casals feia saber a l'alcalde de Castell d'Aro que els habitatges per als mestres de Platja d'Aro no reunien les condicions d'habitabilitat. Més tard també va demanar que des de l'Ajuntament es procurés fer respectar l'article 71 del Reglament de sanitat municipal que declarava la prohibició de situar dipòsits d'escombraries a menys de 200 metres de la vila.³²⁷

El fet que el 1955 calgués reclamar a Castell d'Aro accions sanitàries bàsiques pot sorprendre avui en unes comarques que eren pioneres en la transformació del litoral gironí en l'economia turística, i que comptaven amb una instal·lació, l'hotel Hostal de la Gavina a s'Agaró, de prestigi internacional. A principis dels anys cinquanta la Costa Brava era ja un destí turístic per a les classes benestants de Barcelona i Girona, que tindria projecció internacional amb la pel·lícula *Pandora and the Flying Dutchman*³²⁸ filmada a Tossa de Mar i recordada per la seva notable qualitat, però també per les relacions tòrrides entre Ava Gardner i l'aleshores *torero* català més conegut, Màrius Cabré.

El procés de terciarització de la Vall d'Aro ja no es deturaria. Va significar canvis en l'estructura de la població pel procés migratori de treballadors de la construcció, sobretot cap a Sant Feliu i Platja d'Aro, i això va dur al desenvolupament de la indústria de la construcció que va justificar un 50 % del creixement demogràfic (Barbaza, 1988:117-119) i, per tant, l'expansió de *cartilleros*, *productores* que tenien

³²⁷ AMCPA, Documentació de Sanitat, 1955.

³²⁸ Lewin, Albert. *Pandora and the Flying Dutchman*. USA: Dorkay and Romulus Films, 1951.

dret a les prestacions del SOE. A canvi, va ser la crisi definitiva del sector primari amb la reconversió de les millors masies en residències secundàries o establiments hotelers. Bona part dels immigrants van ocupar cabanes abandonades o aquelles barraques de vinya tan nombroses a la zona; més tard es van consolidar en «barris excèntrics de cases pobres» com el de Poble Nou de Vilartagues de Sant Feliu, o la Bòvila de Can Castelló.³²⁹ Un tipus d'habitatge comú, senzill, que no disposava dels mínims serveis i que tornava a posar els professionals de la sanitat en un repte per tal d'evitar malalties i focus d'infeccions. A Santa Cristina d'Aro la renovació del nucli central del poble va seguir un camí semblant però no als veïnats i masos dispersos,³³⁰ de manera que Castell d'Aro és encara avui la zona on el paisatge agrari s'acosta més al que descrivia Gaziol (19: 333) com «la Vall d'Aro, per on passava l'única carretera que lligués Sant Feliu amb la resta del món, i moria a Girona, feia de plana divisòria de dos grans massissos muntanyencs: la serralada de la costa, del cantó de ponent, i el grop de les Gavarres, de la banda del nord. Aquesta vall menuda i estreta, orientada de llevant a ponent (per això la llum hi és tan bonica i fina, sobretot quan surt el sol per un cantó de la plana o es colga per l'altre), és completament closa de muntanyes, menys de la banda de mar, on s'esbatana per la Platja d'Aro».

Dels veïnats i masos dispersos n'hi ha dues visions totalment oposades. Una és literària i romàntica, allunyada del que era la vida real. A més, contrasta amb els testimonis de la duresa del treball al camp i, a les muntanyes de les Gavarres i d'Ardenya, de la vida de pagesos, bosquerols, peladors de suro i caçadors: «a les darreries del vuit-cents, la serralada de la costa, tallada a plom, arran de mar i clivellada d'esberles, era atapeïda d'una vegetació que la folrava com la pell aspra d'una fera salvatgina. Les carenes, esquenant-se les unes a les altres, fins a assolir el cim del Puig de les Cadiretes, es passaven anys sencers sense veure aparèixer —ni tan sols per reposar uns moments o respirar l'aire fi de l'altura— la forma humana d'un caçador o d'un excursionista» (Gaziol, 19).

³²⁹ Meléndez, R. *L'activitat econòmica a Sant Feliu de Guíxols. Aproximació a la situació socioeconòmica del municipi*. 1987[treball inèdit].

³³⁰ Fins al 1858, Santa Cristina d'Aro, Solius, Bell-lloc, Romanyà, Castell d'Aro i Fenals formaven la Vall d'Aro. Després els quatre primers es van segregar, formant el municipi de Santa Cristina. Va ser el fruit de l'alliberament de la dependència del monestir de Sant Feliu, que havia portat al fet que el 1543 es formés per privilegi la universitat de la Vall d'Aro formada per quinze jurats. Santa Cristina feia de capital de la Vall d'Aro, i era el lloc de reunió dels jurats (Fogueras & Gaitx, 2008).



Berenada a Romanyà, als anys 1940. Fons Martí Casals. MHSFG.

La Maria Ferrer Colomer, «la Maria de Sant Baldiri», nascuda el 1910 a Sant Baldiri hi va viure amb la seva família fins al 1926, però els seus pares fins al 1960.³³¹ A l'Ardenya «sempre hi havia gent, sempre», abans de l'èxode dels anys seixanta. Cada diumenge les comelles eren plenes de les colles de caçadors que s'aturaven al mas. Hi havia les colles de treballadors de la pela del suro, jornalers llogats pel propietari de Sant Baldiri, n'Antoni Madrenys, de Tossa de Mar. Les colles aplegaven fins a mig centenar d'homes, que s'enduïen el menjar i venien de Sant Feliu de Guíxols. Els diumenges la gent dels masos dels voltants es reunia per anar a missa, jugar amb la mainada i relacionar-se, sovint al santuari de Sant Grau.

L'ermita de Sant Baldiri es va alçar prop del naixement del Ridaura abans de 1464, i pels volts de 1740 es va construir l'església actualment enrunada. Va

³³¹ Maria Ferrer Colomer (realitzada per As. Ardenya, 2002). MHSFG.

acollir cada primavera, fins a mitjans del segle xx, un dels aplecs més importants d'aquestes contrades, coincidint amb les festes de Solius. Hi anaven de Tossa de Mar, de Llagostera, de Sant Feliu de Guíxols, de Santa Cristina d'Aro i, fins i tot, de Cassà de la Selva i, després de 1950, el despoblament de l'Ardenya en va afavorir el declivi i la pèrdua. L'ermita de Sant Grau la van construir l'any 1408 els habitants de Tossa a les parts altes del massís com a conseqüència d'una creença, i va ser reedificada el 1882. Cada 13 d'octubre s'hi celebra un aplec encara ben viu. Diu la llegenda que una olla atribuïda a Sant Grau d'Aurillac tenia poders miraculosos: quan les dones fadrines hi introduïen el cap, recitaven: «*Sant Grau, Sant Grau, doneu-me marit si us plau, sigui lleig, sigui pollós, marit fos*».

Hi havia gent de fora emparentada amb guixolencs que anaven sovint d'excursió a aquests masos a fer-hi costellades. Per al masovers aquestes visites eren més extraordinàries, com la visita periòdica al mas de Sant Baldiri, segons la Maria Ferrer, del «doctor Sánchez, amb família a Sant Feliu, i que anava a passar el dia i menjar un arròs cuinat per la masovera». O bé d'habitants de la pròpia Vall d'Aro que estimaven el seu dia de lleure per esbargir-se a bosc. La gent anava expressament al mas a menjar-hi recuit.³³²

La vida dels masos no era exclusivament camperola. Com a tota la costa catalana hi havia un significatiu contraban de tabac³³³ que arribava per Canyet, indret on el torrent marca el límit entre els termes municipals de Sant Feliu de Guíxols i Santa Cristina d'Aro. Un cop desembarcat, el carregaven en carros, passaven pel mas de Can Codolar, cap a Sant Feliu. Per a la gent dels masos era un recurs econòmic gens negligible, però que podia portar a la presó.

Als masos hi vivien famílies extenses, com a Can Duran que entre 1910-1920 eren uns deu a la família, i a Sant Baldiri on n'eren nou, amb set fills i amb força relació entre ells.³³⁴ Un mas com el de Sant Baldiri, tot i ser gairebé autosuficient, havia d'anar a comprar a Sant Feliu de Guíxols i a Santa Cristina d'Aro. Els masos es dedicaven a la venda de cries de bestiar, treballaven l'hort, es feien l'oli, i setmanalment el pa al forn del mas amb el blat que duïen a moldre a Santa Cristina. Mentre la dona —Reparada Colomer Roca— tenia cura del bestiar, de l'elaboració

³³² Berta i Ponç Puigdevall (2-06-02). Nascuts a la Divina Pastora, amb pares masovers.

³³³ Una evocació del contraban de tabac a la costa mediterrània és a la novel·la de Baltasar Porcel, *Els argonautes*. Barcelona: Destino, 1968. Avui el tabac ha estat substituït per l'haixix.

³³⁴ Maria Ferrer.

de la mel i recuits, de portar remeis i de fer de llevadora als masos dels voltants, el pare cuidava més del bosc. Feia feixines per a les fleques de Sant Feliu i Santa Cristina —Can Serrats i Can Farra—, per les locomotores del *carrilet* (Salmerón, 1985:91) i carbó de llenya.

També hi era la gent de mar, «A la platja Rovira, on hi ha l'Hotel Costa Brava. Ara encara hi ha un tamariu que era una estaca de la tenda del meu sogre. Llavors allà hi havia en Peralta, que era molt famós, un home que li deien Roger que era de Platja d'Aro, un home molt intel·ligent. Llavors n'hi havia un que era de Saragossa, en Carca que li deien. Aquest home tenia un bot i també anava a pescar. Per la tarda allò era una germanor. El dissabte baixaven els homes de la Vall d'Aro pel diumenge de bon matí anar a pescar, a buscar musclos. El diumenge al migdia baixaven totes les famílies, el doctor Casals també venia. Allà tothom feia bons esmorzars i a l'hora de dinar tothom feia una arrossada i quan es ponien el sol... cap a Platja d'Aro, on només hi havia Can Japet. Llavors hi havia una altra taverna, Can Sais em sembla que en deien, no me'n recordo. I en Manel del Costa Brava li agradava més anar a pescar que anar a l'hotel, tenia un bot i sempre anava a pescar.³³⁵ Anna Vicens³³⁶ recorda el costum d'anar a "fer-la" a les cales properes, com sobretot a la més concorreguda, la de Sa Conca, entre Sant Feliu i la Platja d'Aro. Un costum encara arrelat després de la guerra i que sovint aplegava mig centenar de tendes plantades a la Conca».

4. Malalts i malalties

Tampoc la guerra, fora dels escenaris esmentats, va canviar massa determinades patologies banals de les que queden al marge dels metges, els practicants o els sanitaris, i el cronista local podia escriure això a la seva tieta:

Querida tía:

El de Abril es un mes que, entre otras cosas, me gusta porque es el mes en que florecen las rosas y porque siempre sus días, sin llegar a excepcionales, llegaron acompañados de efluvios primaverales. Mas este año, el mes de Abril —yo no sé si porque *és fora* el reloj municipal— es un mes que no *va a l'hora* o por lo menos parece que en parecerlo

³³⁵ Adolf Fiol, pescador.

³³⁶ Taula rodona inaugural de l'exposició «Memòria de la postguerra», celebrada el maig de 2005. Text del parlament redactat inèdit. MHSFG.

se empeña pues ni la lluvia que trae es una lluvia abrileña, ni el frío es frío del caso, ni el aire de tramontana es el airecillo que corresponde a esta semana, resultando a estas alturas (y fecho la carta en trece) que al ya fallecido invierno aun no se le ha dado el cese. La salamandra, la estufa, el *braser* i el *porta-brasa* siguen hoy siendo los chismes con más humos de la casa. La gente pasa ligera, barre el viento las aceras y uno diría que encuentra a faltar las castañeras. Y así hemos visto a lo largo de los días de este mes unas mesas petitorias con arquillas en los pies caramillas con abrigo y la bufanda arrollada y Primeras Comuniones *amb samarreta* afelpada. Y a cualquier ama de casa que cuide de su cocina con hablarle de patatas *ja li ve pell de gallina*. Y, como el frío que digo ha venido acompañado, naturalmente, de toses y algún que otro resfriado, nada extraño es que esas chicas que hoy cortan el bacalao (igual que se fuman un Camel que beben un Curaçao) súbitamente afectadas de neuralgias y de anginas precisen de veramones pastillitas y aspirinas y se pasen todo el día metidas en la farmacia esgriñiendo su belleza, su juventud y su gracia para pedir..., cualquier cosa, aunque sea esparadrapo con tal que se lo despache el farmacéutico guapo. El cual, me supongo yo, que disimula y despista como en su caso lo haría si en él se hallara.³³⁷

Testimoni interessant del contrast entre el vell i el nou, entre joves i vells, que enllaça amb una curiosa *Sistemática del Catarro* que un literat anònim va publicar i on reconstrueix el procés assistencial d'un malalt qualsevol:

—Buenos días. ¿No le interesaría una pulmonía? ¿Un catarrazo? ¿Un catarrillo? ¿Un sencillo resfriado de nariz libre de impuestos?

—¡Nooo! ¡Fuera!

Y les damos con la puerta en las narices, temblando todavía de aprensión.

Cada año, en lo más crudo del invierno llaman a nuestra puerta los representantes del Resfriado Universal. Nosotros corremos el pestillo, cerramos las ventanas, estratificamos mantas en la cama, damos dos vueltas a la bufanda y nos creemos seguros. Nos hemos escapado de la ominosa contribución que a todo el mundo afecta.

Eso pensamos. Pero por habernos cerrado a la banda sin transigir en lo del resfriado, hete aquí que un castigo mayor se abate sobre nuestras pobres testas: la gripe.

³³⁷ *Àncora*, 17 d'abril de 1958. AMSFG.

La gripe llega a galope de un viento traidor, ni muy frío ni muy caliente, ni muy húmedo ni muy seco. Un viento cualquiera de esas tardes tontas del invierno. Y ya está. Los síntomas son de todos conocidos. Uno resiste al principio por cierto puntillo de hombre. Gotea la nariz, arde la cabeza. A los dos días las rodillas son un puro merengue: encontramos a un amigo que nos recomienda un específico:OL. A la vuelta de la esquina esa vecina que todo lo sabe afirma que nada mejor queAL. En el despacho dicen que sólo el último preparado de la serie ...INA puede con la carioca ésa, o coreana, o NODO, como queramos llamarla. Nos quedamos en casa rodeados de botellines y tubitos diabólicos. El médico pone cara de fastidiado: “Hombre, si se tratara de una bronconeumonía... o una pulmonía declarada, podríamos curarlo enseguida. Ahora, un catarro... En fin, ya puede usted echar al cubo todo ese cristal. Tome agua de malva, limonadas calientes, póngase trapos empapados en vinagre, y deje que la enfermedad siga su curso”. Remedios prehistóricos, vamos.

Pasan unos días. La gripe va desapareciendo. La fiebre cilla decrece y una soleada mañana opta por desaparecer como ladronzuela que es: a la chita callando. Bien arropados, como unos viejecitos, salimos a la calle. El amigo nos sonríe: “Verdad que aquello que te receté —ya no recuerda el nombre— es estupendo?” La vecina: “No le dije yo que se curaba usted enseguida?” Y todo el mundo nos agradece que hayamos tenido el gusto de aconsejarnos de su oficiosidad para remediar nuestro mal. El basurero recoge los específicos, y algo más filósofos volvemos a la vida.³³⁸

Tornada a una vida on les alternatives comencen a no tenir lloc: «no nos convencen los modernos curanderos. Alguno se ha comprado hasta rayos X. Esto no está bien, porque nos parece que es luchar con ventaja, dado que el curandero casi nunca ha de defender a sus clientes de los acosos de los médicos, sin que pueda asegurarse que se produzca la situación inversa.

Con los curanderos ocurre algo semejante con ciertas lacras sociales, que no es posible ni sería prudente extirpar de raíz. Existe, no lo olvidemos, una ley de la oferta y la demanda, y mientras la gente siga creyendo en los curanderos y solicitando, obstinada, sus servicios, mejor será dejar las cosas como están, así quieran los honorables componedores mágicos de miembros, asociarse en mil Federaciones. Y la persistencia de los curanderos activos es muy necesaria, porque, si en el acudir al médico la sugestión es mucho, en lo tocando al curandero

³³⁸ *Àncora*, 25 de gener 1951, p.1. AMSFG.

lo es todo. Y la gente quiere estar sugestionada, quiere ver, aun en el remedio científico, su poco de magia y es por ello por lo que acuden al curandero y a su particular taumaturgia.

Pacto secreto, el del curandero con el paciente. El oscuro deseo de lo irregular, de la burla del orden, el placer de huir la ley, el camino recto; el atavismo del hombre de Neandertal, en suma. Y el gusto por lo torcido, por la ganga, que anida en nosotros; el mismo impulso que nos hace caer en la trampa del otro Gran Solicitado, el timador.

Vayan enhorabuena al curandero quienes crean en su poder. Y sigamos nosotros yendo al médico,... hasta que ya no haya médicos, porque los encasillados protectores les hayan convertido a todos ellos en oscuros y felices curanderos, con el fin de conservar una clientela libre. Con lo que se demostrará que el nombre no hace a la cosa».³³⁹

A finals de la dècada, l'autor de la topografia mèdica de la població veïna de Blanes en destacava que la gent anava a curanderos de Mataró o de Barcelona, i que només ocasionalment apareixia algú pel mercat setmanal oferint herbes medicinals.³⁴⁰

5. Practicants, infermeres i llevadores

El franquisme no va introduir més que canvis molt marginals en les professions sanitàries. Un cop dissolts els sindicats d'abans de la guerra, els col·legis van esdevenir els espais naturals per a l'exercici professional de metges, farmacèutics, practicants i infermeres. Entre 1939 i 1942 va haver-hi depuracions de funcionaris públics i l'acomiadament dels que havien obtingut títols en *zona roja*, especialment infermeres i practicants. Per aquest motiu l'alcalde de Castell d'Aro, Martí Basart, va certificar que coneixia a Josep M^a Rubió Pagès «médico titular que fue de esta localidad desde primero de febrero de 1921 hasta el 30 de enero de 1934, desempeñando al mismo tiempo el de beneficencia, a satisfacción de las Autoridades

³³⁹ JVA «Curanderos, a formar». *Áncora*, 18 de setembre de 1952. AMSFG.

³⁴⁰ Lema. Costa Brava. *Estudio Topográfico-médico de Blanes*. Barcelona: Real Academia de Medicina de Barcelona, 1958.

locales y vecindario, cumpliendo en todo momento con gran interés sus obligaciones y deberes».³⁴¹

La Junta Provincial de Beneficència va exigir, el 1940, als alcaldes que complissin amb les ordres de les circulars oficials per preparar els pressupostos de les fundacions benèfiques, i per la incoació i tramesa dels expedients de depuració del personal.³⁴² Es demanava a tots els patrons i fundacions benèfiques que iniciessin expedients de depuració al seu personal i el Col·legi de Metges va imposar algunes sancions que van impedir l'exercici de la medicina a alguns col·legiats (Pujiula, 2000).

Les dones afins al nou règim tenien encara un llarg i prolífer trajecte com a infermeres en la *Sección Femenina* i a l'*Auxilio Social*. Els col·legis auxiliars sanitaris es van constituir el 1944³⁴³ i s'hi van enquadrar els practicants, les llevadores i les infermeres amb títol oficial. En aquells moments la direcció del *Consejo General* estava en mans dels practicants, els quals havien estat lliurement designats per la *Dirección General de Sanidad*, igual que les vocals matrones i infermeres, indubtablement per ser afectes al règim. Els estatuts definien molt concretament les funcions i atribucions de cadascun



El practican Aquilino Pardo fent una cura amb el doctor Martí Casals al fons.
Fons Martí Casals. MHSFG.

³⁴¹ AMCPA (20.07.1939).

³⁴² OM de 19 de juliol de 1939.

³⁴³ OM de 22 de desembre de 1944.

dels grups que s'agrupaven en el si del col·lectiu dels auxiliars sanitaris i quedava clar quins eren els auxiliars immediats (practicants), els simplement auxiliars (matrones) i les terceres, les auxiliars subalternes (infermeres). Per a l'exercici de la professió de matrones i infermeres se seguïen aplicant les limitacions històriques, tant d'edat com d'autoritzacions maritals, paternes o maternes, mesures que no afectaven les dones *practicantes*.³⁴⁴ Les dones que pretenien estudiar per a ajudant tècnic sanitari havien de fer-ho en règim d'internat, però el 1962³⁴⁵ va dispensar-se les casades d'aquesta obligació. A partir de 1963,³⁴⁶ els títols de practicante, matrona i ajudant tècnic sanitari tenien la consideració de tècnics de grau mitjà, i va caldre adequar els estatuts dels col·legis provincials d'auxiliars sanitaris. El 1966³⁴⁷ el títol de practicante es podia convalidar pel d'ajudant tècnic sanitari (ATS). Les antigues llevadores eren ATS especialitzades en obstetrícia, especialitat femenina.³⁴⁸

La funció dels practicants i de les infermeres tenia poc a veure amb la funció actual, majoritàriament d'assalariats en hospitals, centres d'atenció primària o institucions assistencials de tota mena, ja que aleshores dominaven les places de titulars i l'exercici liberal. Els practicants eren homes (vg. Canals, 1984, 1985) i atenien als dispensaris municipals les vacunacions, les injeccions i la petita cirurgia. Els més experts podien reduir luxacions. A més asseguraven les cures domiciliàries i les injeccions, que en els anys cinquanta gràcies a la introducció de les penicil·lines sòdiques i potàssiques i de les *retard* van esdevenir una feina quotidiana sovint feixuga. La penicil·lina calia administrar-la cada quatre o sis hores, de manera que en cases allunyades calia posar-li llit al practicante o fer que dormís a casa d'algun parent o conegut.³⁴⁹ Ocasionalment algun familiar aprenia a injectar, però el risc de xocs anafilàctics era un factor de dissuasió.

³⁴⁴ El control i sobretot la vigilància cautelar del règim van subsistir en el temps. En els estatuts dels col·legis provincials d'auxiliars sanitaris (OM de de 30 de juliol de 1954) vigents fins al 1977, any en què es va iniciar la reforma estatutària de l'Organització Col·legial d'Auxiliars Sanitaris. Amb aquesta ordre va arribar també el primer Codi Moral.

³⁴⁵ OM de 29 de novembre de 1962.

³⁴⁶ OM de 24 de maig de 1963.

³⁴⁷ OM de 29 de març de 1966.

³⁴⁸ Un bon anecdotari sobre les llevadores del Baix Empordà en el segle xx és a Masana (2006).

³⁴⁹ J. Rusalleda.

Aquilino Pardo va arribar a Sant Feliu de Guíxols i durant molts anys va ser el practicant del doctor Martí Casals.³⁵⁰

Anaven plegats de casa en casa «deixàvem la moto fins a on arribàvem i llavors, amb la motxilla hi acabàvem d'arribar». El dia de la nevada més gran que mai havien vist a Sant Feliu de Guíxols, el doctor Casals i ell havien d'anar a fer una transfusió. La casa era a dalt de Pedralta i allà hi havia una nena que necessitava la sang de la mare perquè l'alimentés. «Quan la gent ens va veure a la carretera, amb un metre de neu...». Finalment van arribar a la casa, van fer la transfusió i la nena va seguir viva.



La llevadora Joaquim Sala amb el nadó, al que havia vestit i preparat per al bateig, al dormitori de la casa on havia nascut. Procedència: Montserrat Martí Sala. MHSFG.

³⁵⁰ Martí Casals Echegaray va néixer a Mendoza (Argentina) el 1902. De jove va estudiar a Catalunya, primer a Igualada i després la carrera de Medicina (1922-1926) entre les facultats de Barcelona i Madrid. Del 1929 al 1932 va tornar a l'Argentina, primer als camps petrolífers de Salta, on va estar en contacte amb la població índia. Més tard, tot i la seva joventut, va ser nomenat cap de Servei de Medicina a l'Hospital Carlos Ponce de Mendoza. El 1934 va arribar a Castell d'Aro, per substituir el Dr. Rubió. Durant trenta-cinc anys va estar al servei dels habitants de Santa Cristina d'Aro, Castell d'Aro, Platja d'Aro i a les masies de la contrada, a més, de tenir casa i consulta a Sant Feliu. Al principi, pel seu estil esportiu i vestimentes senzilles, l'anomenaven «el pagès de Castell d'Aro». Va exercir fins al 1969. La malaltia de Parkinson el va obligar a abandonar Sant Feliu i instal·lar-se a Barcelona. Va morir el 1983. Els seus tres fills van estudiar medicina.

En la tarde de la pasada semana, el poblado de Vilartagas fue escenario de un acontecimiento singular. La señora Gregoria Martínez, que se hallaba a punto de cumplir sus días de embarazo, se hallaba lavando en la fuente cercana al poblado, cuando sintió dolores de parto, emprendió el camino pero unos metros más allá, sobre un pequeño sembrado dio a luz a una hermosa niña y poco después a un niño. Las vecinas acudieron a auxiliarla prestamente, actuando de improvisada comadrona una anciana, madre de ocho hijos todos vivos y abuela de nueve nietos, llamada Isabel Cazorla. Poco después, la madre y sus dos hijos, cuarto y quinto de su matrimonio con José Solé Hernández, se hallaban descansando en su reducida pero limpia vivienda, donde acudió la comadrona a visitarlos.³⁵¹

La llevadora, Joaquina Sala Cebrià³⁵² va exercir des que tenia 26 anys, el 1950, fins a la seva jubilació com a titular de l'Ajuntament de Sant Feliu de Guíxols i posteriorment a la Seguretat Social. Va exercir a tota la Vall d'Aro, a Sant Feliu de Guíxols, Castell d'Aro i Santa Cristina, inclosos als masos, als veïnats i a les barriades que cada cop es feien més grans. Era filla de pagès, dels Masos de Pals, i els seus pares van mudar-se a Torroella de Montgrí on va néixer i va estudiar la primària. Després «volia estudiar, però a casa seva es van posar en banda que no, i la seva mare la va defensar». Va fer el batxillerat a Girona i els estudis de practicant i de llevadora a Barcelona. Acabada de diplomar, amb 23 anys, va anar de titular a Sant Feliu de Guíxols i aviat es va casar. Va tenir tres fills.

Fins a finals dels seixanta tothom l'anava a buscar a casa on passava controls d'embaràs, i més tard l'anaven a buscar per assistir el part. Després de quatre o cinc dies tornava a casa la partera a visitar-la diàriament, fins que acabava la quarantena —període en què la mare s'estava a casa— i al cap d'un mes ja no la visitava més.

Durant els anys d'exercici la Joaquina visitava tota sola, en una moto Montesa que havia comprat per anar amunt i avall. Com que la moda era de faldilles estretes, per poder muntar a la moto va fer-se cosir uns pantalons pel sastre local, però això podia ser problemàtic. En temps de nacionalcatolicisme els mossens no volien dones amb pantalons a les esglésies i més d'un cop va haver d'anar-se a canviar de

³⁵¹ *Ancora*, 28 de setembre de 1961. AMSFG.

³⁵² Torroella de Montgrí, 1924 – Sant Feliu de Guíxols, 2000. La biografia és el fruit d'una entrevista amb la seva filla Montserrat Martí Sala.



La llevadora Joaquim Sala en un bateig, acompanyada pel pare i la família. Procedència: Montserrat Martí Sala. MHSFG.

pressa i corrent a casa seva per arribar a l'hora del bateig dels nounats ja que les llevadores n'eren les encarregades perquè es creia que les dones en quarantena eren en un període impur. Era una dona molt atrafegada pels molts naixements i, més d'un cop, amb la moto i els pantalons, recent vinguda d'assistir a un part, es va trobar les portes de l'església tancades i amb la prohibició d'anar vestida d'aquella manera. Després d'això li tocava córrer altre cop per poder-se canviar i arribar a temps a la cerimònia. Vestia els nadons i els acompanyava a l'església. Les llevadores en general, tenien molta relació amb els rectors. Si moria la criatura, el capellà hi anava i la batejava allà mateix. De vegades s'havia de quedar a casa de la partera un dia sencer. Se n'anava de nit i deixava els seus fills amb el seu marit i amb la noia que els cuidava. L'horari era sempre imprevisible, «una vegada va néixer una criatura que no era del temps. I no hi havia incubadora. Varen avisar el metge, llavors hi devia haver en Rubió pare o en Sala. Els metges varen dir: "No facis, perquè no podrà viure. Aquesta criatura no arribarà a terme." Havia agafat una capsa de sabates que els va demanar a la família, va posar-hi una botella d'aigua calenta, ben embolicada de cotó, i la criatura va tirar endavant. És de Sant Feliu i la família estava molt agraïda. Li va fabricar una incubadora, mira».

Tan bon punt la Joaquina arribava a una visita... tothom a bullir aigua, els marits, els fills,... tothom a ajudar. Hi havia vegades que la cosa es complicava i s'havia d'anar a buscar el metge, la majoria de vegades hi anava l'Emili Bosch, el taxista. Josep Ruscalleda,³⁵³ no sense nostàlgia, diu que «las matronas también han desaparecido. Cuando había un parto, seguían el curso del parto ellas, no llamaban al médico, sólo en caso de que el parto fuera mal, si el médico no podía resolverlo venia un médico de Gerona». A més la Joaquina havia assistit a parts en cirks, a firaires, a xalets de s'Agaró... fins hi tot donava injeccions a l'hotel Hostal La Gavina aprofitant la seva titulació com a practicant.

³⁵³ Josep Ruscalleda Sabater, nascut a Sant Feliu de Guíxols el 1910, va estudiar a la facultat de medicina de Barcelona entre 1927 i 1933. Es va traslladar a Salamanca en acabar la carrera el 1935. Un cop acabada, el seu oncle, Narcís Ruscalleda Cruzet feia de metge a Cassà de la Selva, i ell va anar-hi a viure, per ajudar-lo. Durant la Guerra Civil va passar a l'Espanya de Franco per Hendaia, treballant com a soldat metge. Va tornar a Cassà de la Selva, on va esdevenir un metge emblemàtic de la zona del Gironès i de les Gavarres. Té dos nebots que porten la farmàcia familiar de Sant Feliu, que havia estat del seu pare. L'avi i el besavi eren metges a Cassà de la Selva. El seu avi va tenir tres fills, d'aquests els dos homes van esdevenir metge i farmacèutic, i la dona es va fer monja de clausura.



La llevadora Joaquina Sala en un bateig, acompanyada pel pare i la família. Procedència: Montserrat Martí Sala. MHSFG.

A les poblacions mitjanes on tothom és coneix, com a Sant Feliu de Guíxols, la Joaquina era una més de la família que anava a visitar i sovint cobrava en espècies, els pacients li portaven fruita, pollastre,... i ella cap problema. I qui no tenia espècies, ni això, li feien regals com per exemple quan arribava a cases on no hi havia ni llum ni aigua, sobretot per Vilartagues. Fins i tot va intentar fer passos amb l'Ajuntament, però no aconseguia res. Sempre que venia d'allà baixava desesperada dient: «és que és impossible!».

La Joaquina era també practicant i veïna de l'altre practicant que hi havia a Sant Feliu de Guíxols. Amb la progressiva medicalització del part va haver de formar-se en temes de preparació del part i va muntar un gimnàs pre i postpart en un local llogat sobre l'antiga Telefònica, a la Rambla d'Antoni Vidal de Sant Feliu de Guíxols, on hi feia classes d'iniciació al part. Malgrat que ja no era tan jove li agradaven els canvis tecnològics i sempre va apuntar-se a allò que anava sortint que veia que estava bé i que valia la pena per anar endavant, més endavant del que segurament li tocava, ens diu la Montserrat. «Molta gent amb qui he parlat

m'ho deia: l'esperit d'anar endavant, de fer coses que encara no es feien a per tot, amb prudència i aprenent». Als 65 anys es va jubilar.

6. Els orígens del nou negoci farmacèutic

Francesc de la Peña va néixer a Castellfollit de la Roca, un 25 d'abril de 1942, però va passar la joventut a Castelló d'Empúries. El seu pare era guàrdia civil i es traslladaven molt sovint. Va fer el batxillerat a Figueres i, un cop acabat, el seu oncle va proposar-li estudiar enginyeria de paper ja que tenia una fàbrica. Al final va orientar-se cap a la física nuclear. En acabar volia marxar d'Espanya i ampliar coneixements, però estava fent el servei militar i va acabar demanant una plaça de professor. El 1942 es va instal·lar a Sant Feliu de Guíxols «per nou mesos i al final em vaig quedar». A la vila es va casar amb la Piedad Riera Prim, farmacèutica, i filla d'en Josep Maria Riera Frigola, farmacèutic regent de la Farmàcia Carreres. En Francesc va estudiar farmàcia per poder-se quedar amb la farmàcia del seu sogre, i després òptica per poder-n'hi muntar una secció.

El sogre d'en Francesc, en Josep Maria Riera Frigola, des de jove volia ser arquitecte, però va acabar fent magisteri i amb 17 anys ja era mestre a Llançà. Durant la guerra van matar el seu oncle, un mossèn de Castelló. Ell va creuar la frontera i es va fer del bàndol nacional. Després de la guerra va voler estudiar alguna cosa ràpida, va mirar les carreres i la que menys assignatures tenia era farmàcia. Encara que fos una cosa imprevista, la professió de farmacèutic va acabar sent vocacional. En acabar els estudis va fer pràctiques a la Farmàcia Roda de Barcelona, després a Besalú i finalment a la Farmàcia Colls, actualment la Farmàcia Valls de Sant Feliu de Guíxols. En Francesc de la Peña recorda que el seu sogre sempre va tenir bon ull pels negocis, «els veia abans que vinguessin», i ben aviat va voler una farmàcia pròpia. Primer a Besalú i, després de casar-se amb la Conxita Prim, va comprar la Farmàcia Carreres, que va passar a anomenar-se Farmàcia Riera. Després de vendre-la al seu gendre i a la seva filla va muntar la Farmàcia Oliver, que també va vendre, i finalment va comprar la Farmàcia Dalmau, actual Farmàcia Emili Sallés. Quan Riera va muntar la farmàcia, també ho va fer amb el farmacèutic de Sant Feliu de Guíxols, Ruscalleda, amb qui van implantar «la prova de la rana era la prova de l'embaràs, que portaven l'orina a la farmàcia. Tenien com dos peus amb un ferro i a sota hi posaven les flames de gas que donava una escalfor i la

granota femella a dalt. Li havien posat com una espècie de lavativa d'orina de la persona i llavors aquesta granota, al cap del temps, amb l'escalfor desprenia un líquid i després miraven si els espermatozoides eren molt actius i llavors sabien si la persona estava embarassada. Després feien unes proves amb uns conills porquins que els teníem a la farmàcia. Amb una gàbia teníem sempre granotes i conills. A més, Casals el que feia era molta fórmula, tenia un formulari. Sobretot feia un xarop per la tos que era una meravella. De dos tipus, un per la tos bronquial i l'altre per a la tos seca».³⁵⁴

Tal densitat de farmàcies a la Vall d'Aro i tants moviments de compres i vendes després de la guerra enllaça, sense solució de continuïtat, amb la presència ben manifesta del negoci de farmàcia des del segle XIX. En tractar-se d'un negoci purament privat, la regulació legislativa de la farmàcia no tenia per què canviar, ni tampoc el paper en els processos assistencials dels ciutadans dins el *Nuevo Estado*.

Els farmacèutics coincideixen que la postguerra era una època encara "heroica" de la farmàcia, pel pes que en la feina tenia la preparació de fórmules magistrals, especialment en un context on guerra i postguerra —amb l'afegit de la Segona Guerra Mundial a cent quilòmetres al nord— van estroncar les línies de proveïment comercial amb les empreses internacionals de medicaments industrials o de patent. No seria fins als darrers anys quaranta i primers cinquanta que el negoci iniciaria el procés de canvi radical que arriba fins avui mateix i que fa dir a De la Peña que la pràctica farmacèutica «passà de ser quelcom artesanal a quelcom mecànic», no sense nostàlgia.

En la farmàcia de la immediata postguerra el negoci no era dolent. Ho prova que no es deturen les obertures. Un cop oberta, el protocol exigia que el farmacèutic anés a presentar-se a tots els metges i farmacèutics de la demarcació. Els sanitaris mantenien unes relacions de competència comercial, però també relacions personals i de col·laboració en un temps on era habitual que uns i altres convisquessin durant dècades, sense les rotacions que hom percep avui en els metges i sovint en el personal de les farmàcies. La relació amb els pacients «era muy directa, el cliente confiaba mucho en el farmacéutico. Iba al médico y le explicaba todos sus males y el médico le daba una receta, pero luego venia aquí y no te daba la receta, te volvía a explicar todos sus males para tener otra opinión. Si tú le decías, mira puede ser esto, pero tendrías que ir al médico, él te decía que ya había ido, pero si

³⁵⁴ Emili Colls Ferrer, auxiliar de farmàcia.

le parecia bien al farmacéutico, para tener una segunda opinión, por si el médico se había equivocado. Se confiaba mucho en el farmacéutico, que incluso tenía una importancia a nivel político. La gente creía en el farmacéutico. También era más ignorante la gente. Lo que decía el médico y el farmacéutico iba a misa. Había una influencia no sólo política, sino también social. La presión de la clientela era menor, antes venían unas 50 personas al día y ahora unas 200. Un cliente podía estar un rato charlando, y en la rebotica, se montaban tertulias, incluso habíamos desmontado un motor de coche y vuelto a montar».³⁵⁵

La relació entre els metges i els farmacèutics era més personal, més col·laborativa en la mesura que el primer depenia de la disponibilitat del farmacèutic per a les fórmules magistrals. Aquestes eren encara molt significatives en la pràctica per la limitació dels medicaments de patent i per les distàncies que els metges tenien amb relació als productes de taulell destinats a la venda sense recepta però que els mateixos pacients controlaven al marge del metges. En Martí Casals demanava a la farmàcia que li fessin «la pomada groga que era per un gra que sortia a l'estiu, que et feia picor i te'l rascaves i sortia un suc i se t'escampava a tot el cos. Emprava la pomada groga, i ho feia rentar amb aigua d'halibut, que en deien l'aigua verda: una barreja de sulfat de zinc i sulfat de coure, i després feia posar una mica d'aquest pomada i després de dos dies estava curat. L'aigua d'halibut sempre ens la feia rebaixar amb aigua destil·lada per als nens i perquè picava molt».³⁵⁶

Al mateix temps, la importància del mercat de taulell per als farmacèutics els exigia unes relacions amb la clientela molt més atentes. A totes les farmàcies tenien el pot de vidre amb unes boletes de caramels de fruites ensucrats que el professional tenia molta cura d'oferir, amb un somriure, a tots els nens que anaven a la farmàcia de la mà de les seves mares. I les mares havien de dir als nens: «i ara, què has de dir tu!» i el nen: «moltes gràcies».

Abans que la prescripció de la Seguretat Social esdevingués el 80 % del negoci,³⁵⁷ la confiança en la prescripció era menor i el consell de l'apotecari era important, «ara, com es pensa que tot es cura, la gent creu que amb els medicaments ja tenen la solució per tot» i s'equivoquen. Tampoc la clientela era tan nombrosa

³⁵⁵ Francesc de la Peña, farmacèutic.

³⁵⁶ Emili Coll, auxiliar de farmàcia. Algunes de les fórmules magistrals del doctor Casals s'han conservat en el fons del Museu de Sant Feliu de Guíxols (Gaixt Moltó, 2007:172).

³⁵⁷ El *petitorio* que va desaparèixer el 1967 amb la nova llei era la llista de medicaments cofinançats pel SOE.

com avui i el personal era més reduït. A la seva farmàcia hi treballava ell com a farmacèutic i com a màxim dos ajudants, a l'inici, ja que l'ajudant major ajudava al farmacèutic i després venia un aprenent; quan aquest ja en sabia, passava a una altra farmàcia com a oficial. Era un centre de formació professional». Als ajudants els coneixia tothom perquè sovint seguien a la casa durant dècades. En canvi, la mateixa farmàcia té avui dotze assalariats.³⁵⁸

Fins que les fórmules galèniques van deixar de tenir un pes significatiu en la tasca dels farmacèutics, la relació entre ells i els metges va ser intensa. Avui el metge de ciutat no ha de mantenir-hi relació, ja que la farmàcia és independent de la fórmula i el mateix medicament pot trobar-se arreu; però abans, un farmacèutic competent podia detectar errors en les receptes manuscrites, telefonar el metge, si calia, i aclarir dubtes. El metge avisava a la farmàcia del que enviava o podia preguntar si disposaven de tal o qual medicament. Els farmacèutics, malgrat que sempre aconsellaven sobre trastorns menors, derivaven als metges els casos que sospitaven més severos. A més, les farmàcies havien de controlar receptes, com les d'estupefaents, i en les darreries del franquisme molts es van veure obligats a fer de policies en relació amb les primeres receptes d'anticonceptius o estar atents a receptes falsificades.

La farmàcia disposava de productes de consum ja que els farmacèutics no solament atenien les prescripcions dels metges, sinó també a la demanda dels grups domèstics de medicaments de taulell incorporats des de feia dècades a les farmàcies domèstiques i, a més, les de guàrdia estaven obertes de nit. El recurs al metge en cas d'urgència, sempre en visita domiciliària, era molt més excepcional que ara, perquè implicava l'abonament de l'acta mèdica o la cotització a una societat privada. La recepta l'havia de satisfer l'usuari en la seva totalitat a la farmàcia, un obstacle gens menyspreable en un temps de penúria i on els més necessitats podien beneficiar-se de tenir cert grau de confiança als pobles. Si un farmacèutic rebia moltes receptes dels metges sobre algun producte, això li permetia aconsellar directament des del taulell als clients sobre aquest producte quan mancaven de recepta. Era un bon argument per als venedors de farmàcia per col·locar al farmacèutic, al costat dels «productes estrella», altres de menor entitat i «menor sortida», aprofitant la confiança del farmacèutic en la marca per forçar-lo a vendre també altres productes.

³⁵⁸ Francesc de la Peña.

A més, a banda dels interessos professionals i econòmics, metges i farmacèutics compartien la condició de notables locals en les tertúlies de rebotiga: «A la farmàcia venia en Gaziél, a l'estiu sempre venia a les quatre i jo sempre parava l'orella perquè sentir-lo era fabulós. Venia a petar la xerrada amb en Sixt Rusalleda i moltes vegades venia el doctor Casals i sentir-los era una lliçó magistral contínua. Cadascú tenia una pensament diferent, però era tant maco sentir-los... En Gaziél tenia una cultura fantàstica. Em penso que el doctor Casals era a l'únic lloc on s'entretenia un "rato" parlant amb en Gaziél.»³⁵⁹

De la Peña creu que ara hi ha més malalties que abans i que, de tots els medicaments que es venen a la farmàcia, un 50 % no s'hauria de vendre. Però ell mateix reconeix que, excepte els opiacis, abans tot es venia sense cap problema, fins i tot recorda com hi havia unes pastilles que anaven molt bé per als dolors i que portaven codeïna i barbitúrics. De fet, productes amb aquests elements eren molt freqüents tant en presentacions en solitari com en combinacions de dosis fixes, com va ser el cas dels optalidons, que duïen una dosi notable de fenobarbital i que es venien en blísters de dos dragees sense cap mena de recepta i, fins i tot, als adolescents. El desenvolupament creixent de medicaments manufacturats i la regressió dels galènics, així com el creixent ús de medicaments per part de la medicina, va obligar les farmàcies a posar-se d'acord per al servei nocturn i festiu:

Sr. Director:

Hace unos días necesitábamos en casa cierto medicamento con relativa urgencia. La indicación facultativa había sido dada hacia las once de la noche y, por lo tanto, encontramos todas las farmacias cerradas. Como la gravedad del caso no era desesperada, no llamamos a ninguna de las viviendas de los Sres. Farmacéuticos aunque es obvio que, de haberlo hecho, ellos se abrían molestado amablemente en expender el específico en cuestión. Así, pues, esperamos al día siguiente para adquirir la medicina.

Esto viene a cuento para formular un ruego. Siendo tal la densidad de población de nuestra ciudad y existiendo en ella varias farmacias, sería recibida con general aplauso la implantación de un turno de urgencia de noche que vendría a recaer cada cuatro o cinco noches en la misma farmacia.

No creemos que la petición sea desorbitada. En todas partes existe dicho servicio, y con él se evitaría tanto la inhibición, por prudencia, del cliente, que no se atreve a molestar

³⁵⁹ Emili Colls Ferres, auxiliar de farmàcia.

al boticario a destiempo, cuanto el abuso del que sin estricta y coactiva necesidad, lo saca de su cama a las tantas.

Creemos que nada puede objetarse a eso, puesto que de un beneficio para la población se trata. La fórmula para la puesta en práctica de esa medida podría ser, por ejemplo, la de presentarse el servicio hasta la madrugada. En fin, la realización no incumbe ya al firmante (Mina).³⁶⁰

Els canvis més substancials en la farmàcia de la postguerra van ser vendre les receptes a càrrec del *petitorio* del SOE (1945-1965), és a dir, la llista de medicaments que subvencionava el *Seguro* i que només els metges del SOE podien prescriure. Malgrat que era un segon registre farmacèutic *de facto*, la liberalitat del registre franquista va ser proverbial,³⁶¹ fins al punt que cap a finals dels anys seixanta hi havia enregistrats a Espanya uns 16.000 productes diferents per uns 700 laboratoris, molts dels quals, lògicament, tenien un abast comercial local o provincial. La factura per medicaments a càrrec de l'assegurança pública no era molt gran fins a 1964-1967 per l'escàs nombre de beneficiaris i, aparentment, per la tendència restrictiva dels metges a receptar.³⁶² La facturació dels farmacèutics no depenia encara de la Seguretat Social, com passaria després de 1967, de manera que era un negoci diversificat que obligava els farmacèutics a estar atents a les demandes i a oferir productes de mostrador que tenien sortida. La importància de la venda local corresponia a una indústria farmacèutica catalana tan atomitzada com abans de la guerra i subsistia mitjançant una diversificació de productes, moltes vegades obsolets, però que permetien marges comercials acceptables. Comercialitzaven fórmules galèniques o adquirien principis actius als majoristes i elaboraven els propis preparats. La major part operaven en mercats comarcals o regionals i poques tenien una organització comercial a escala estatal. Dins el *Nuevo Estado* havien de negociar amb les *autoridades* la inclusió al *petitorio*.³⁶³

³⁶⁰ *Áncora*, 1 d'abril de 1953, p.4. AMSFG.

³⁶¹ Molta de la literatura crítica sobre la sanitat franquista venia del caos del sector farmacèutic.

³⁶² Existeix un estudi de prescripció fet el 1963 pels visitadors d'*Antibióticos SA* al País Vasc que mostra com els especialistes «recepten poc» en una mostra considerable (Equipo de Vizcaya, 1963: 152-156).

³⁶³ Els *Laboratorios Medical* de Còrdova que van introduir l'analgèsic Okal a Andalusia. Per ampliar el mercat feien campanyes radiofòniques amb una cançó: «*La tableta Okal es hoy, el remedio más sencillo...*» En els anys seixanta van fer publicitat televisiva. A principis dels anys setanta, a Cadis, la decisió inicial davant qualsevol tipus de trastorn per part d'amplis sectors de la població consistia en: «*Le he dado un Okal, y como no le ha hecho nada, le traigo al seguro*». Okal mai va competir a Catalunya amb Aspirina, ja que la seu de Bayer a Barcelona anava al mercat.

Durant els anys cinquanta, un cop obertes les fronteres, es va anar normalitzant l'entrada de molècules a l'Estat espanyol, habitualment mitjançant les empreses maquiladores locals per les polítiques proteccionistes dels anys de l'autarquia. Per això, algunes empreses van començar a reconstruir el mercat estatal.³⁶⁴ Abans de la introducció dels antibiòtics venien principis actius per mitjà d'empreses participades o mitjançant l'abonament de *royalties* (drets d'autor) a canvi d'exclusives i semiexclusives. El tancament de la frontera no va ser un obstacle a la introducció de béns d'equipament i de novetats reals, però la introducció de nous medicaments per ser receptats pel metge o per ser venuts en farmàcies creixia i no era possible sostenir els negocis sobre la base d'un mercat atomitzat. La difusió de nous productes i l'expansió comercial, que podia permetre una capitalització dels beneficis, implicava dissenyar polítiques de màrqueting a escala estatal i per això els laboratoris autòctons van improvisar departaments comercials.³⁶⁵ En molt pocs casos les maneres de comercialització, no els sistemes de venda, es van importar de l'estranger, però en general es van basar en elements anecdòtics del màrqueting procedents dels Estats Units.³⁶⁶ La inversió més important va ser establir xarxes provincials de visitadors mèdics, que en províncies amb població relativament reduïda i basada en nuclis poblacionals petits o mitjans suposava que els visitadors (un o dos per laboratori) anessin a veure a tots els metges dels pobles i els farmacèutics. Molts d'aquests visitadors eren agents comercials a comissió que podien portar diverses empreses a la vegada. Ben aviat, com veurem, van esdevenir personatges ben coneguts i respectats en un temps d'aïllament.

En el període prebèl·lic la venda de medicaments ja es basava en contactes personals entre metges, farmacèutics, clients i visitadors. Encara que el paper del farmacèutic va ser decisiu,³⁶⁷ quan es va plantejar l'ampliació del mercat el recurs al visitador, al venedor, és inevitable i indispensable en el trànsit de la indústria familiar i artesanal, a la fàbrica. El visitador introdueix un matís: el farmacèutic és

³⁶⁴ *Antibióticos SA*, fundada el 1950, va començar a fabricar penicil·lina el gener de 1953 (Nogués, 1963:28).RF

³⁶⁵ *La Primera Convención de colaboradores de Antibióticos SA* (1963), mostra la transició del màrqueting farmacèutic al principi del «desarrollismo».

³⁶⁶ Un cas va ser la introducció d'una llet d'ametlles, *Nutrona*, pel laboratori Seid —que venia també la crema de Nitrofurazona, el Furacín— amb un espectacle de masses a la plaça de toros Monumental de Barcelona cap al 1958.

³⁶⁷ Un estudi sobre publicitat farmacèutica és a Goulet (1987). A Espanya, Jordi (1977).

un llicenciat superior que recomana i ven directament als seus clients un producte que ell mateix fabrica, o s'acredita davant els metges pel seu *savoir faire* galènic, mentre que el visitador és un venedor camuflat que ha de convèncer a metges i farmacèutics sobre la qualitat i la bondat d'uns productes que no ha vist fabricar. El visitador és un personatge ambigu ja que, aparentment, no ven; es limita a presentar el gènere als seus venedors reals: els metges. Són aquests els que obliguen els pacients a comprar medicaments quan prescriuen i els farmacèutics a tenir-los a la seva disposició per no perdre ambdós la clientela. En aquest model de comercialització el metge no ajuda a vendre sinó que és el venedor de la producció, mentre que el visitador és el catalitzador. No obstant això, els metges no tenien una consciència exacta de la seva condició de venedors, perquè entre ells i l'usuari hi havia la farmàcia, que era l'espai de la transacció econòmica.

El model és complex i no té parangó amb gairebé cap altre procediment de comercialització. La seva finalitat és camuflar una transacció mercantil perquè en aquesta ocultació hi ha la base del valor imperatiu de la prescripció, una complexa relació de confiança personal entre el metge, el client, el farmacèutic i el visitador com a interfície d'una empresa.

D'aquesta manera, la major part del mercat farmacèutic fins a 1967 eren els productes de taulell i els del *petitorio* allà on hi havia suficients *cartilleros* per tenir una venda elevada.³⁶⁸ Depenien de la bona relació entre el laboratori, el farmacèutic dispensador, la clientela i una mica de la publicitat en suports locals. En canvi, en els productes "ètics" que es presenten als facultatius, el nombre de preparats diversos i de presentacions era tan important com en l'actualitat, però les vendes eren reduïdes fins al punt que especialitats de les quals se'n venien cinc-cents envasos al mes es mantenien en els catàlegs per raons de prestigi i perquè els baixos costos de producció ho permetien.

La comercialització ètica, i encara la d'alguns productes de taulell, es basava sempre en la visita mèdica, deixant inicialment de costat al farmacèutic, perquè sense la complicitat del metge qualsevol preparat nou podia fracassar. A cada província es nomenava un representant a comissió, un delegat en les empreses grans amb un sou fix i amb incentius. Ambdós eren visitadors mèdics i venedors de farmàcia. En províncies grans i poblades de vegades nomenaven subagents

³⁶⁸ En un estudi sobre receptes de 1963 (*Antibióticos SA 1963*) fet a Biscaia hom demostrava unes xifres de prescripció encara molt modestes dins el SOE.

comarcals. En general no era un personatge tan mal considerat com avui. Les empreses que aspiraven al mercat estatal no eren moltes i, a més, no totes estaven disposades a invertir en comercialització. Els visitadors eren pocs i no podien sovintejar les visites. Exercien menys pressió sobre els metges i encara menys sobre les farmàcies, però a canvi solien ser respectats pels metges, i no eren infreqüents les relacions amistoses nascudes de la relació comercial.

El perfil del visitador era variable ja que les direccions comercials dels laboratoris estimaven que era poc important. Oferien treball sense valorar la formació prèvia perquè l'important per ells era la imatge del laboratori enfront del metge i el farmacèutic. El visitador era un profà que acceptava aquest treball com un treball més.³⁶⁹ No s'exigia que fos un venedor, ni tan sols que en tingués dots. Bastava una bona aparença, una bona presentació de si mateix, bons modals, i de vegades es valorava gent «ben introduïda en el medi»,³⁷⁰ que significava que, a priori, ja tenia una xarxa de contactes personals en un temps en què el telèfon encara no era una eina directament comercial, sinó que ho era exclusivament la relació cara a cara. El visitador mancat de formació específica l'obtenia ràpidament a través d'una relació freqüent i estable amb els professionals, en el medi hospitalari o en la relació privada, en una època en què les tècniques de màrqueting i de promoció actuals no existien. L'experiència va demostrar que, des de mitjans de la dècada, qui feia créixer les xifres de venda eren els visitadors mèdics, per la pressió que exercien sobre els metges. Això era molt palès fora de les àrees metropolitanes de les ciutats ja que el visitador actuava com un informador de professionals molt més aïllats que ara dels centres de formació, i organitzats en un model de medicina molt tancat en si mateix i gens jerarquitzat, com veurem en parlar de les consultes entre col·legues.³⁷¹

En aquest context, el visitador fa el paper de mediador de la informació cap al professional, però també a l'inrevés. La visita mèdica duia aparellada la possibilitat

³⁶⁹ Des de fa més d'una dècada el reclutament es fa entre llicenciats i llicenciades en farmàcia o biologia. En els cinquanta no hi havia dones, i alguns directius comercials eren metges.

³⁷⁰ Significava amb experiència i una xarxa de contactes. El reclutament de representants era d'agents comercials de províncies rurals, com Terol o Zamora, etc.

³⁷¹ A partir de 1963, *Antibióticos SA* enviava a tots els metges per correu el semanari *Tribuna Médica*, i poc després *Noticias Médicas* era distribuït diàriament a tots els metges. Les cartes al director d'aquella publicació reflectien la sensació de crisi i de frustració de la professió davant l'avenç imparable del SOE com a pagador i davant el canvi cultural que implicava la relació metge malalt amb l'avenç del *Seguro*. Hi ha un debat interessantíssim sobre l'anomenat *paesopaguista*.

per al metge de rebre mostres mèdiques, i una bona relació amb el visitador en suposava un subministrament il·limitat. Això era fonamental perquè el metge pogués assajar el tractament amb mostres amb els malalts, i aquesta experiència la recollia després el visitador per explicar-la al laboratori. D'aquesta manera aquesta figura canalitzava l'experiència del metge cap als seus superiors, l'incitava a provar nous medicaments en indicacions no previstes i permetia revisar les estratègies de comercialització, o canviar-ne les argumentacions, especialment en els casos en què els «primers espases» de la medicina capitalina o comarcal s'apuntaven a reforçar el visitador. Per això, el visitador necessitava articular una relació de confiança mútua entre ell, el metge i el farmacèutic, i una inserció estable en les seves xarxes. Els que van sobreviure a aquesta primera generació procedien de la classe mitjana baixa i molt pocs tenien estudis superiors. Al llarg dels anys van crear, en bastants casos, empreses regionals de distribució o comercialització amb estructures reticulars de relació i, en alguns casos, han estat la base de negocis familiars que són seguits pels fills.

Amb el nou model comercial, la relació entre el prescriptor i el dispensador queda substituïda per la relació preferencial entre el metge i el medicament, intervinguda pel visitador de la indústria, que crea un sistema de reciprocitat centrat en l'intercanvi de mostres o d'informació, però també en altres nivells de relació personal. Així el farmacèutic depèn de la seva capacitat per comercialitzar els productes, no necessàriament recomanats pel metge, i aviat serà el distribuïdor de les prescripcions a càrrec de la Seguretat Social.

Abans que això succeeixi, el visitador es troba en una posició adequada per aprendre del metge, del farmacèutic o dels serveis tècnics de la seva indústria, sobre com manejar els medicaments, esbiaixat per un filtre que l'obliga a presentar les excel·lències del producte i a minimitzar-ne els defectes. El saber elaborat pel visitador a partir de la informació que li subministren els serveis comercials o tècnics de la indústria és el que es transmet a metges que no poden, per l'aïllament i la falta de possibilitats de reciclatge professional, efectuar-ne un balanç crític. Més encara, el llenguatge "intermedi" del visitador, entre el científic i el comercial, és un llenguatge útil per al metge, perquè a la consulta també ha de traduir als pacients el que sap en un llenguatge capaç de comprendre. En aquest llenguatge de síntesi, interactiu, en el qual conflueixen el metge, el visitador, el farmacèutic, el director comercial o el metge de la indústria, però també els pacients i les seves xarxes, s'elabora un saber sobre el nou medicament que el pacient

i la seva xarxa incorporaran als sabers populars. Aquest model es va mantenir estable fins a finals dels anys seixanta quan la *Ley de Seguridad Social* de 1967 va introduir canvis. D'una banda desapareixia el *petitorio* i de l'altra les farmàcies es convertien en prescriptores massives de receptes del *Seguro*.

La gran revolució en els processos assistencials de la població de postguerra va venir de la introducció de la penicil·lina i dels antibiòtics. Van induir un canvi profund en les actituds i en la pràctica en relació amb la terapèutica farmacològica per part dels metges i del conjunt de la població. La valoració simbòlica del paper dels antibiòtics, associada a la seva eficàcia contrastada en l'entorn de l'epidemiologia popular del seu temps, va posar en crisi el règim hipocràtic —les mesures dieteticohigièniques—, però també gairebé tot l'arsenal terapèutic empíric basat en la terapèutica física o els remeis etnobotànics.

En la mesura en què es pot parlar d'una geopolítica i d'una geoeconomia dels antibiòtics i les seves patents,³⁷² l'Espanya de l'autarquia va crear dues empreses farmacèutiques, la *Compañía Española de Penicilina* (CEPA) a Aranjuez i els *Antibióticos SA*³⁷³ a León, per contrarestar l'hegemonia de les empreses farmacèutiques catalanes a Espanya. La intervenció de l'Estat va afavorir el seu desenvolupament i va monopolitzar, durant dos decennis, la producció d'antibiòtics, fins a l'entrada de les multinacionals a mitjans dels anys seixanta. Tot i això, van trigar una dècada a disminuir la seva quota de mercat. *Antibióticos* i CEPA van ser les primeres grans empreses privades farmacèutiques destinades a abastar el mercat estatal. Després d'un període breu en què ambdues van comercialitzar penicil·lina G sòdica, van poder llançar les que serien les dues estrelles del seu negoci, dues presentacions de penicil·lina procaïna anomenades *Farmapen* (CEPA) i *Aquilina* (ASA), que van mancar de competència forana. Inicialment la seva xarxa comercial era la dels laboratoris fundadors, de manera que tenien en moltes províncies fins a cinc representants que anaven a presentar uns productes, la producció dels quals tot

³⁷² Vg. Romero de Pablos (2011); Santesmases (2011) sobre el context de la fabricació d'antibiòtics a l'Espanya de Franco.

³⁷³ *Antibióticos SA* creada per Leti-Uquifa, l'*Instituto Ibys* de Barcelona, l'*Instituto LLorente* de Madrid, *Zeltia SA* de Vigo (connectada amb la *ICI* britànica) i *Abelló* de Madrid tenia la fàbrica a Lleó i la seu comercial a Madrid per imposició del règim. Treballava sota una llicència nord-americana. Sobre aquest *holding* vegeu Cacho (1989) descriu el seu trist final a mans de Mario Conde. Sobre les patents de penicil·lina vg. Romero de Pablos (2011).

just donava per a satisfer les demandes del mercat, i tot això en règim d'oligopoli i competència feroç entre ambdues empreses.

A partir del prestigi que precedia a les penicil·lines, el mercat desitjava apoderar-se'n perquè arribessin a l'usuari, és a dir, al final de la cadena comercial, i també perquè, per primera vegada a Espanya, serien els venedors, és a dir els visitadors, els àrbitres de la distribució. Així les unitats de venda o promoció se les disputaven primer els delegats o representants de cada província, després els majoristes de farmàcia, a continuació les farmàcies i, finalment, els hospitals. Arribat el moment les van reclamar els centres farmacèutics de les Forces Armades.

Els medicaments que s'introdueixen a continuació segueixen sent antibiòtics o quimioteràpics: la penicil·lina benzatina, el cloramfenicol i l'estreptomina. Es tracta en tots els casos de productes fonamentals en la terapèutica de les sepsis, de la febre tifoide i de les infeccions paratífiques, de la meningitis meningocòccia, de les malalties de transmissió sexual, de les pneumònies i de la tuberculosi. Apareixen al final d'una postguerra molt dura, amb epidèmies, fam (el racionament va durar fins gairebé el 1950) i dificultats, però també en un context sanitari en el qual les malalties infeccioses, i notablement les infantils, eren les causes principals de morbiditat i de mortalitat.

En la relació amb el metge o amb el farmacèutic, el visitador els incitava a utilitzar el nou preparat amb ells mateixos, amb les pròpies famílies i en les seves xarxes d'amics i clients. Per això era necessari subministrar centenars de mostres i efectuar visites de record per recaptar aquests resultats. La indústria sabia que cada mostra lliurada pel metge, especialment d'antibiòtics, provocava una allau de demandes espontànies de la població als farmacèutics. D'aquí el reforç de les relacions personals de confiança, amb l'objectiu de recaptar informació el més completa possible sobre l'eficàcia del preparat, l'acceptació per la clientela, etc, i sobretot, sobre la satisfacció personal del metge o del farmacèutic amb el medicament.³⁷⁴

En les províncies en les quals la població estava més dispersa, el corretatge de productes farmacèutics en el viatge per rutes irregulars, carreteres no asfaltades, feia que els viatjants fossin el nexa d'unió fonamental entre la «ciència» capitalina

³⁷⁴ Les estimacions americanes de 1919 indiquen aquesta proporció entre productes de taulell i prescripcions (Backman, 1965). La proporció a Espanya no podia ser diferent ja que la publicitat de farmàcia als mitjans no va cedir fins als anys cinquanta.

i el metge.³⁷⁵ Fins als primers anys seixanta, a més, en una visita domiciliària, un metge anava a buscar-ne un altre de prestigi per tenir una segona opinió, i pactaven entre els dos el tractament més adequat:³⁷⁶ «de molt petita vàrem voler fer una consulta, que en deia ell, perquè deia que ell sol no n'estava segur i volia una altra opinió. Vàrem agafar un taxi i amb el doctor Casals cap a Girona, i van fer una consulta amb dos metges més i no sé què es devia decidir, alguns medicaments o no sé».³⁷⁷ La consulta era una pràctica molt corrent que no necessàriament es feia amb els especialistes ja que sovint no n'hi havia més que a Barcelona, però que també tenia una influència enorme en els hàbits de prescripció dels metges locals, que sabien que els seus consultors tenien accés a informació que estava més al dia que la seva. Els visitadors insistien en les visites que la «figura» tal de Barcelona ho receptava, i això els agradava molt.

7. Els metges de la postguerra

El 1960 hi havia a Espanya uns trenta mil metges, un per a cada miler d'habitants, una proporció que superava la ràtio d'un especialista per a mil cinc-cents habitants de l'any 1850 a la Vall d'Aro. La seva distribució era molt irregular, hi havia metges rurals de l'*Asistencia pública domiciliaria*, funcionaris de Sanitat, en molts dels vuit o nou mil municipis de l'Estat en règim de *partidos médicos cerrados*. Entre Barcelona i Madrid no arribaven als 10.000 i la resta es distribuïa en el teixit urbà de l'Estat. Cal afegir-hi un parell de milers de farmàcies concentrades en les ciutats grans i las *cabezas de partido*.³⁷⁸ Fins a finals dels anys cinquanta, en canvi, el nombre d'especialistes era molt reduït fora de Barcelona, precisament perquè el procés d'especialització va veure's molt frenat per la guerra, la llarga postguerra i l'aïllament internacional, de manera que la construcció de les especialitats

³⁷⁵ I també pel paper que podien exercir les nombroses consultes dels metges capitalins sobre els metges rurals, a qui podien aportar informació sobre els «nous» medicaments. Una bona relació de visitadors amb els consultors era una garantia que aquests actuessin com a subagents seus.

³⁷⁶ Anna Vicens.

³⁷⁷ Núria Viñolas, malalta.

³⁷⁸ Aquestes xifres amaguen desigualtats enormes en l'accés al metge. Els metges rurals seguien sent personatges llunyans i d'accés complex a la Galícia dels anys seixanta (vg. Lisón, 1971). La medicina rural es va degradar cap al 1975-1980, molts partits mèdics van quedar vacants i altres es van assimilar de tal manera que els metges de poble acabaven atenent subcomarques. Sobre les xifres al tardofranquisme segueix sent útil De Miguel (1976).

—a banda de la pediatria i la tocoginecologia— va haver d'esperar als anys seixanta per tenir un pes significatiu en els processos assistencials dels pacients. El metge per excel·lència era el de medicina general o de capçalera. El *pluriempleo* dels generalistes durant l'autarquia els havien permès una posició econòmica relativament folgada. Tot i això, la carrera inicial dels joves solia ésser terrible perquè als sous migrats s'hi afegia una estructura feudal de provisió de treball, basada en els contactes, en la tolerància de la subcontractació pagada amb diner negre o amb serveis fets al padrí. Un cop instal·lats i amb certa clientela privada, la majoria de metges de capçalera mantenien relacions laborals amb nombroses assegurances privades i les combinaven amb feines mal retribuïdes al sector públic a les quals s'hi accedia habitualment per concursos, oposicions o contractacions temporals «Una vegada el doctor Casals va estar de metge militar de Girona, va fer una nevada molt forta i ell havia d'anar a Girona i no podia passar. L'endemà al matí el vaig acompanyar amb el camió. I vàrem anar fins a Girona amb 50 o 60 cm de neu». ³⁷⁹ A Catalunya la densitat d'assegurances privades, i un mercat mèdic ben assentat sobre un procés de medicalització arrelat, permetia clientele rendibles i, per això, molts metges catalans van trigar en intentar entrar al SOE, que no tenia un sou massa generós. La raó de disposar de places públiques o contractades tenia a veure amb les jubilacions. En general, pot afirmar-se que la posició social de la classe mèdica a Catalunya abans de 1967 va anar millorant en la mesura que el nombre de professionals que entraven al mercat cada any era raonablement baix i s'ajustava al creixement de la població. Com molts professionals del Principat, una part significativa venia de dinasties mèdiques o de sectors benestants de la classe mitjana. També cal dir, que en més d'un o d'una un *bon mariage* era també una garantia de clientela i d'ascens social.

La immensa majoria dels metges generals a Barcelona o a comarques tenien la consulta a casa seva. Algunes institucions hospitalàries com Sant Pau o el Clínic tenien dispensaris oberts al públic a un preu força simbòlic, però fins que el SOE i la *Obra Sindical del 18 de Julio* ³⁸⁰ no van generalitzar els consultoris, la major part de la pràctica mèdica es feia als domicilis dels pacients o a les consultes de les cases dels metges. La majoria que vivia a la Ciutat Comtal ho feia en pisos menys

³⁷⁹ Ramon Gay, mestre d'aixa.

³⁸⁰ Atenia els jubilats del SOE. A Barcelona, l'hospital era la Clínica Victòria al passeig de Maragall i les consultes estaven en pisos.

o menys senyorívols de la dreta o l'esquerra de l'Eixample, moltíssims als carrers de Balmes i de Muntaner en cases de lloguer construïdes als anys quaranta i cinquanta. D'altra banda, a les viles de comarques habitualment els metges tenien la consulta al centre del poble, a prop de la notaria, dels advocats i de les cases de la classe benestant. A la porta hi havia una placa, les més antigues de fundició amb el nom "Dr....", si calia el pis, l'especialitat si s'esqueia i, a vegades, s'hi indicava que es feien *Rayos X*. A Barcelona a les plaques hi havia escrit també si era *médico del Hospital de San Pablo* o *médico del Hospital Clínico* que identificava el seu voluntariat en els hospitals universitaris.

Al matí els metges de ciutat passaven per l'hospital, per la sala o els dispensaris, i assistien a les sessions clíniques. Alguns a Barcelona feien després la tertúlia a la *Punyalada* o a l'*Oro del Rhin* i, després de dinar, atenien la consulta dels clients privats i de les mútues privades. També ho feien en els domicilis i alguns dies de la setmana o del mes les consultes eren en les institucions públiques del *pluriempleo* però, la major part de vegades, a la consulta.

Els despatxos privats dels cinquanta eren a pisos de cert *standing*, sovint en cases nobles; a comarques la varietat era molt més gran i sovint parlem de cases de dues plantes unifamiliars. A ciutat, les escales eren vistoses, amb ascensors de fusta, portera indiscreta a l'entrada. En les més luxoses, conserge amb uniforme i gorra. Al pis placa de llautó daurat i mirilla. Obria la porta la infermera o l'esposa del metge que en feia les funcions. Amb bata o ben vestida, dones d'edat indefinida i aire de persones de respecte. El rebedor decorat amb cortines o estors, làmines o gravats, de vegades pintures a l'oli, i el to marrón de la fusta. Passadissos que es perdien en la penombra. La sala d'espera amb cadires de respatller recte. Els clients de mútues podien tenir sales d'espera separades, sovint els mobles eren més tronats, les revistes més estripades. Els nens havien de seure amb l'esquena ben recta, callats i sense moure's, els havien mudat per anar al metge, pentinat com calia, si convenia amb *fijapelo Dandy*, coll de cel·luloide, i ocasionalment sabates de xarol. Les nenes perfectament pentinades amb monyo o trenes, pitxis i cintetes i sabatetes toreres. Moltes famílies de classe mitja cotitzaven a les mútues a partir d'un contracte mercantil, i a l'assegurança de l'enterro, no existia la iguala com a tracte de paraula reservada als costums rurals i que establia simbòlicament la transició entre la *Gemeinschaft* i la *Gesellschaft* de la sociologia decimonònica. A la sala la llum era sempre discreta, tènue, pintures, gravats. Mamàs amb nens silenciosos. El plor d'un bebè. De vegades la remor qu'eixia del despatx. Esperes eternes perquè no es donaven hores.

Fer cua i prou. Per fi cridaven pel nom. La porta s'obria. El despatx era gran. Mobles de fusta noble, com el d'un advocat o un notari. Llibres relligats en cuir en prestatgeries fosques. Una taula immensa. A una banda el llit d'exploració i la vitrina de l'instrumental. Sobre la taula, coberta sovint per un vidre, una carpeta de cuir, un tinter i objectes, el talonari de receptes, una làmpara, el fonendo i coses que havien regalat els laboratoris.³⁸¹

En arribar grans i nens es donaven la mà. El metge coneixia els seus pacients i els seus familiars. Un cop al despatx la conversa permetia fer una posada al dia de la situació familiar, si el pacient era un nen o un adolescent, i en funció del grau de confiança personal podien intercanviar-se notícies sobre els fills respectius. Els canvis en el to de la conversa reflectien sempre biaixos de classe. Més horitzontal en la classe mitjana educada, més vertical en la classe obrera i amb la gent més gran. Sempre *Senyor Doctor* o *Doctor, de vostè*, i ai del nen que no respectés les regles de *urbanidad*: la que li esperava a l'ascensor un cop acabada la visita! Els pares els alligonaven severament als ascensors de fusta que pujaven als pisos.

La patologia que duia a anar o a cridar el metge depenia de les representacions populars de la malaltia i de la gravetat, però també d'una experiència construïda durant dècades, sobretot per les dones, de gestió de malaltia i mort a l'àmbit domèstic. Així l'urgència no tenia res a veure amb el criteri actual i moure el metge, a vegades simplement cridar-lo, podia ser una aventura (Garreta, 1989). A les ciutats grans, el telèfon el tenien només els rics i no hi havia cabines telefòniques. En alguns bars hi havia uns telèfons negres penjats a la paret que funcionaven amb fitxes que calia comprar. Per trucar de Sant Feliu de Guíxols a Barcelona calia demanar conferència i als pobles l'únic telèfon era el de la centraleta, de vegades en un pis, on hi havia una senyora amb un auricular de trompeta que un cop girava la magneto de manovella contestava:

—Sant Feliu, digui'm

—Vull parlar amb X...

—Ui estan parlant. X... li truquen...

Molts metges no tenien cotxe, alguns tenien una moto, i al camp disposaven de bicicletes, mules, someres i cavalls. Fins a meitat dels anys cinquanta els psiquia-

³⁸¹ Josep Francel.

tres de l'Institut Mental de la Santa Creu, entre Horta i el Guinardó, a Barcelona, baixaven del tramvia als Quinze. Els esperava la tartana del manicomi amb la seva mula que els pujava a l'avinguda de Borbó i al carrer de Pi i Molist amunt.

La memòria de les famílies és plena d'agonies, de mort, de pobresa i de foscor, de cases obscures amb bombetes de poca potència per no gastar, amb l'ull màgic de la ràdio que ens mirava, les estampes de sants i de verges o els crucifixos que feien por, amb dones vestides eternament de negre i homes que seien a dinar amb americana i corbata en cadires rígides de menjadors silencis. En aquest món amenaçava la sèpsia, les febres puerperals, els tifus o les gastritis, els refredats, les gripes i l'apendicitis, a més de la meningitis, les pulmonies dobles i, és clar, la tisi i les inconfessables sífilis i purgacions. També les angines i, naturalment, totes les erupcions infantils, com ara el xarampió, la varicel·la, la tos ferina i les galteres. El temor a les angines de pit i als infarts van ser posteriors, cosa que va anar lligada al fet que als anys seixanta va començar a haver-hi un canvi a les ciutats, on hi havia més llum, entrava el color a les parets i, a poc a poc, les dones començaven a abandonar el negre i era possible veure biquinis a les platges. En aquest món que no va començar a canviar fins al *desarrollismo*, les representacions de la mort, la malaltia i la salut eren encara les de la por a les febres i amb un dispositiu sanitari limitat als metges de capçalera i a les clíniques a les quals anaven a parir cada cop més sovint les dones, i a on operaven d'apendicitis, d'hèrnies, de litiasi biliar o de mals dolents, insidiosos que anaven, a poc a poc, emergint com una nova por.

Martí Casals no era l'únic metge de la comarca. Als partits de Sant Feliu de Guíxols i de la Vall d'Aro va haver-hi una dotzena de titulars,³⁸² molts formats abans de la guerra o a les primeries del franquisme i que, per les circumstàncies de la seva pràctica, tenien en general experiència en cirurgia, odontologia i, fins i tot, anestesiologia: «jo vaig tenir angines, se'm varen rebentar i es va infectar la sang i [Casals] em va fer uns tractaments. Tenia que menjar agre i fins hi tot alguna cosa de sulfumant. Em va tornar a salvar, ja en portem quatre vegades. Les angines no me les va treure perquè va dir que no em farien cap mal. Després també vaig

³⁸² Metges titulars a Sant Feliu: 1939-1942 Carles Aulet Fàbregas; 1939-1983 Martí Casals Echegaray; 1939-1984 Francesc Ruscalleda Ribas (el 1953 pren possessió com a metge adscrit al *Seguro de Enfermedad*) 1942-1972. Antonio Miralles Ribot 1944-1948 Josep M. Falgueras Falgueras 1946-1983 Joan Sala Camats 1957-1970 Albert Piferrer Riera 1957-2002 Jordi Rubió Gifre. Titulars a Castell d'Aro 1953 (nomenat)-1956 (possessió) fins al 1976. Benjamín Grau Millet 1976 (nomenat)-1978 (possessió). José María Videgain Turegano.

prendre molta calç i quan jo anava a col·legi, em feia anar amb mitjons fins als genolls, fets a casa molt gruixuts, ben abrigada i dur una ampolla de llet de vaca d'aquí casa i a mig matí me l'havia de prendre. A mi em feia molta vergonya. També em va dir que m'havia de rentar la boca amb aigua i farigola tota la vida. Un dia em va agafar al mas i em va posar cloroform a la cara, em va dormir i em va treure totes les dents de cop i jo recordo que somiava com em treien les dents».³⁸³ Cal tenir en compte que l'estomatologia era una especialitat urbana que començava a despuntar als anys cinquanta, i que històricament la dentadura era cosa de barbers i *sacamuelas*.

A diferència de ciutat, els metges de comarques havien d'anar sovint als masos i masies, lluny del despatx o de l'hospital, sense poder traslladar el malalt. Calia anar ben equipat a les visites, i «olorar» primer, a partir del que explicava qui l'havia vingut a cercar, què podria necessitar el pacient. Era molt important pensar bé



El doctor Martí Casals i Echegaray. Fons Martí Casals. MHSFG.

³⁸³ Núria Viñolas, malalta.

què calia dur, perquè un cop lluny del despatx era impossible tornar-hi. Segons el relat del recader, calia mobilitzar el practicant i anar a casa seva a qualsevol hora. Després depenia del lloc per tenir transport, sovint el taxi si no hi havia res més i l'accés era factible. El metge i el practicant duien cadascú el seu maletí, que sempre estava preparat per sortir. Un *fonendo*, un esfigmomanòmetre, un martell de reflexos, a vegades un otoscopi, un bisturí estèril i equip per injectar, caixetes amb venes i gasses estèrils, algunes ampolles d'injectables i, segons el relat del recader, potser algunes caixes de mostres per si eren necessàries. A més, un talonari de receptes i una petita llanterna. Per mirar la gola hom demanava a la mestressa de casa una cullera de sopa.

El llegat de Martí Casals és una col·lecció força rica perquè al llarg de la seva vida professional va anar adquirint una sèrie d'objectes que li facilitaven la seva pràctica, però va ser un cas extrem per excés.³⁸⁴ El més comú era tenir el maletí dins un armari clínic metàl·lic, amb parets i prestatges de vidre en el qual hi havia disposats amb un ordre impecable els estris propis de l'especialitat que dominava el metge generalista. A comarques un metge podia necessitar, a més, utilatge d'odontologia per fer extraccions a domicili (Gaitx Moltó, 2007:171), sondes, bisturís i equipament per a la petita cirurgia, i encara, alguns com en Casals disposava d'equipament d'anestèsia per fer «una transfusió a casa, amb la sang del germà del meu home. Després, una altra vegada hi havia una meva amiga que tenia un nen que no volia menjar perquè li feia mal el queixal. El dentista li va dir que anés a casa el doctor Casals perquè dormís al nen. Va anar-hi, el va dormir, i li va treure».³⁸⁵ Amb la mirada d'avui, probablement molts poden pensar en els riscos que assolien, però no tenien alternativa, «per això el metge Casals i el farmacèutic Rusalleda li varen fer a en Soler, a casa seva, la primera transfusió que es va fer a Sant Feliu. El seu fill va ser el que li va donar la sang en el seu pare. Primer varen mirar el grup sanguini del fill i el pare i com era compatible varen fer la transfusió».³⁸⁶ Algú pot pensar que aquesta era una medicina heroica. És una apreciació falsa, ja que era la medicina la que *podia* i *havia* de fer-se.

³⁸⁴ En un viatge als Estats Units Casals va quedar particularment impressionat pel funcionament dels hospitals americans. Josep Vicente. Sobre la pràctica americana a aquesta època vg. Risse (1999).

³⁸⁵ Rosa Palahí.

³⁸⁶ Emili Colls Ferrer, auxiliar de farmàcia.

El metge Casals, com molts col·legues, anava als domicilis en bicicleta o en moto. Tenia un Austin petit, d'uns lots de cotxes anglesos que van circular per Espanya abans que la indústria del país fabriqués els Seat 600, el Renault 4/4 i el Citroën 2CV. No sempre les masies eren a l'abast i sovint part del camí havia de fer-se a peu. Per a les sortides d'emergència tenia unes capes impermeables i una motxilla gran, dins la qual duia els estris i els medicaments necessaris per a les emergències relacionades amb fractures, problemes lumbar, parts o operacions de cirurgia (Gaitx Moltó, 2007:171): «a les muntanyes de Romanyà, va anar en una casa de pagès, on hi havia una nena que havia tingut un atac d'apendicitis seriós. Van cridar al Dr. Casals:

—Mireu, aquesta nena si no l'operem de seguida, aquí o a Girona, es morirà—. Aquella apendicitis era molt seria.

—Si vostès m'autoritzen, donat la gravetat i la urgència, jo l'operaré aquí mateix a casa seva. Si passa alguna cosa o es mor aquesta nena, jo faré tot el que puc, com si fos un fill meu—. A la taula del menjador varen posar llençols ben nets i la va operar allà mateix. I gràcies a Déu, la nena viu i tota la vida s'ha portat bé».³⁸⁷

La lectura més simple seria pensar que aquest tipus de casos eren excepcionals, però, «ara ve el meu cas: va resultar que estava embarassada i un dia, estava de dos faltes, vaig baixar a comprar a Can Bonet i el món se me n'anava de vista i un mal de ventre que no m'aguantava. Vaig anar a buscar a la meva sogra i vaig pujar les escales arrossegant-me i li vaig dir:

—Ai, àvia, no sé el que tinc, sento una cosa molt rara en el meu cos— i diu:

—Ai, això serà que tens la passa— i jo li deia:

—Però diarrea no en tinc, l'únic que tinc és mal d'estómac, ganes de vomitar i diu:

—Mira, la Rosa també ho té i s'ha pres un got de camamilla i ja està bé— I jo cada vegada pitjor i quan va arribar el meu marit em va trobar allà al llit, que jo ja no hi veia, sentia parlar però no hi veia. Ell corrent va anar a buscar al doctor Casals, em va mirar una mica i va començar a mirar llibres i a llegir i llavors la meva sogra i les meves cunyades li van explicar que només feia que vomitar bilis i coses rares i jo perdia una mica. Llavors ell em va ben mirar i li va dir al meu marit:

—Agafa un *taxi* i vés a buscar al Sr. Pardo, però ràpid, no t'entretenguis— Ell va anar a baix a la carnisseria a trucar al Doctor Muñoz de Girona que estava a

³⁸⁷ Germà Joan Oliva, salesià.

Perpinyà a un congrés de ginecòlegs. De seguida allà a la farmàcia, que ara és de De la Peña, va agafar unes injeccions, va arribar el Sr. Pardo i amb un taxi va dir-li:

—Si pel camí ho necessita li poses unes injeccions— i el Doctor Muñoz al sentir el cas va arribar a Girona a les 9h de la nit i immediatament em varen portar al quiròfan i el Sr. Pardo acompanyant-me.

Havia estat un avort extrauterí, un embaràs ectòpic. Només sé que des del melic fins al final de l'esquena em varen obrir com un porc i diu que treien la sang de dintre del meu ventre a grapats, això explicat pel Sr. Pardo, es veu que vaig tenir una hemorràgia.

Segons tinc entès d'altres doctors que em varen visitar, em varen dir:

—Senyora, vostè aquell dia va néixer, gràcies al doctor que li va saber veure el que tenia i a part d'això, el doctor que li va operar, perquè a vostè no li han fet un costí, a vostè li han fet un brodat— El cas és que el coll de la matriu me'l varen haver de cosir, no sé quants punts porto. Em vaig posar bé i la monja que hi havia a la clínica del Doctor Muñoz em va dir:

—Vinc a veure-la perquè vostè ha tingut dos àngels de la guarda, perquè pensi que el primer és el doctor que la va visitar que no es va voler fer el savi i no la va voler tocar i la va enviar al lloc que la tenia que haver enviat, perquè la meva neboda li va passar el mateix que vostè i el metge del poble la va voler visitar internament i no sé el que va passar, però quan va venir aquí a la clínica ja no la van poder salvar.

El Doctor Muñoz li va dir al meu marit que no podria tenir fills, però vaig quedar embarassada. L'embaràs va anar fabulós però el dia del part em varen fer cesària, va néixer la nena, va pesar uns cinc quilos. Quan la nena va anar fent-se gran també anava al Doctor Casals. Va passar un temps i jo tenia un restrenyiment molt gros i em va dir:

—El diumenge vine que et visitaré bé, vine cap a la una— Hi vaig anar i tenia allà dos companys, dos senyors i em varen fer prendre una "papilla" i em varen mirar per el raigs X i varen estar parlant i el Doctor Casals els explicava el cas que havia tingut i entre ells devien veure alguna cosa. Quan se'n varen anar aquells doctors em va dir:

—Mira Nuri jo et diré ara una cosa, quan cau una bomba en una casa hi ha vegades que l'ensorra i hi ha vegades que la casa queda de peu però els fonaments són escardats i pensa que tu has tingut una bomba i tindràs problemes. Però, tu fora laxants, tu cada dia quan te'n vagis a dormir te prendràs una tassa d'aigua

bullida amb dues cullerades de blat, i un grapadet de til·la, que això et relaxarà i ja m'ho sabràs dir— I és de la manera que jo vaig tornar a recuperar el meu cos normal».³⁸⁸

El prestigi dels metges locals es construïa sobre històries com aquestes. La seva (relativa) excepcionalitat posava a prova la vàlua clínica i aquesta s'esbombava a les tertúlies de les dones i dels homes. El prestigi era més gran quan més hàbil era el metge, quan l'anècdota era més sucosa:

La meva germana va tenir una flegma molt dolenta i va haver d'estar mig any al llit. Llavors era el començament de la penicil·lina i li va anar molt bé. El dia del meu casament la il·lusió va ser de posar-se sabates de taló i com havia estat tant de temps al llit va relliscar a l'escala, es va caure i es va fer mal en un peu. Ella per carta i quan venia a Sant Feliu, sempre es queixava de la cama i els peus i jo li vaig dir d'anar al Dr. Casals i la meva germana va dir que d'acord i la meva mare: "sí sí, porta-li". Vàrem anar amb el Dr. Casals que la va visitar i la va mirar des del cap fins als peus i li va fer anàlisis i coses allà mateix.

Quan va acabar, li diu: "noia, ets molt presumida, però tens un ull de poll, vine aquí que te l'arreglaré". I la meva germana es va quedar... I li va arreglar l'ull de poll.³⁸⁹

El seu prestigi es fonamentava sobretot en la seva capacitat de relació, com la que expressen els dos darrers paràgrafs del relat, en l'experiència intersubjectiva, que diríem avui amb massa pompa, en mots més simples en la seva bonhomia, «sóc testimoni, afortunat, d'aquest desinterès que s'oposa directament a la lògica del càlcul i de l'aritmètica. L'esperit calculador sospesa, en cadascuna de les circumstàncies en què es troben, els pros i els contres de cada acció. No va ser, precisament, aquesta l'actitud del doctor Casals. Actuava desinteressadament, donant sense esperar res a canvi. I el que obra així, ho fa perquè és lliure, perquè no viu coaccionat pel càlcul material. En definitiva, el doctor Casals va ser generós, perquè estava disposat a compartir el seu temps, a dedicar temps als altres —els malalts— sense esperar-ne res. Certament, en la seva època ja s'havia passat de l'art de la medicina a la ciència mèdica. Ja llavors hi havia instruments eficaços per diagnosticar una malaltia, però era —i és— essencial la proximitat del metge

³⁸⁸ Núria Algarda, malalta.

³⁸⁹ Núria Algarda, malalta.

al malalt. És tan important poder-se seure prop del malalt i escoltar-lo! Recompensa» (Jiménez Navarro, 2007:179).

La vida dels metges a comarques, a diferència dels de ciutat, es construïa amb milers de petites anècdotes, transmeses entre generacions i que formen part de la identitat local. La seva memòria perdura en les plaques dels carrers que els van dedicar als pobles, o els comentaris que fills o néts en ocasió de ser presentats a algú o de reconèixer-ne el cognom senten de l'avi o el tiet metge «va salvar al meu fill». Això és així perquè l'experiència col·lectiva en el procés salut, malaltia, atenció és més propera i més compartida en les comunitats petites que en les grans ciutats, i les notícies locals, en un món menys comunicat que ara, circulaven a la velocitat del llamp i la relació amb el metge esdevenia un llaç compartit, i també una forma d'aprenentatge. Així la Núria Algarda estava preocupada perquè la seva filla «perdia el plor, no vivia. En Casals em va dir:

—No et preocupis dona, tu quan vegis que de tant plorar es queda sense alè, li poses el dit al cul— Una veïna del costat de casa, que el seu marit es trobava sol amb el nen petit de dos any, ve corrent a casa:

—¡Qué se ahoga, qué se ahoga!

—¿Pero qué le pasa?

—No lo sé, estava jugando con un coche y encuentro a faltar la rueda— l'únic que se'm va ocórrer és posar-li el dit al cul i el nen va arrancar a plorar i va treure la roda». ³⁹⁰

Però el col·lectiu de metges no era, ni podia ser, homogeni. Dins aquest món de memòria hi ha qui forma part d'un univers mític, com en Martí Casals a escala local, o a escala de Catalunya, els doctors Corachán, Pedro Pons o Farreras Valentí. La majoria romanen en l'oblit a mesura que la seva memòria s'esvaeix de generació en generació. Són milers de professionals, avui anònims, que van fer la seva feina amb solvència i honestedat i dels que queda poc rastre, mentre que sovint altres, els "patates", romanen més vius perquè sobre ells parlen les facècies o el record de l'horror i el patiment que van infligir.

En aquest món divers hi ha competència en un mercat complex, atomitzat, difícil «el doctor Casals i el doctor Miralles eren rivals, si la gent anava a un, no anava a l'altre». ³⁹¹

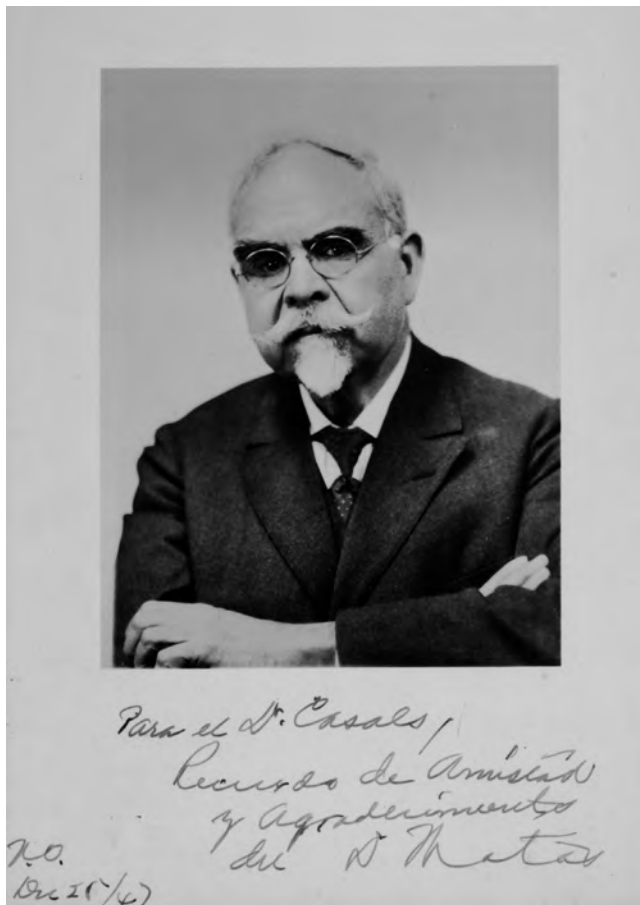
³⁹⁰ Núria Algarda, malalta.

³⁹¹ Mercè Ros.

—«Obriu la boca bé!— i no sé com s'ho va fer que “clac”, li va treure. Aquella dona va quedar tan descansada que li varen agrair molt.»³⁹²

Els metges reflecteixen també l'estratificació social, per això hi ha hagut sempre metges de rics i de pobres, però en medis socials on l'oferta és migrada, la demanda es fa en funció de la confiança que hom té en un o altre a partir de com ha resolt anteriorment altres situacions, que sempre acaben circulant per les xarxes de “bugaderia” locals. Hi havia metges amb fama de més conservadors, però d'altres quan «tuve un problema de salud, mi pariente me aconsejó que fuera al Doctor Casals, porque decían que era un poquito “boig” pero era un buen médico. Pero yo no le hacía mucho caso porque si no me lo habían solucionado ni en

Gerona ni Barcelona... pero al final fui».³⁹³ L'experiència col·lectiva era sovint escèptica en relació a certs grans noms i especialistes que no havien donat previament resposta als problemes. «El marit de la seva germana es trobava malament. Havien anat a veure especialistes i ningú li trobava res. Jo li vaig dir que anés a veure al Doctor Casals. Varen anar a visitar-lo. Li va dir que se li estava formant



Postal dedicada al doctor Martí Casals pel doctor Rodolf Matas, amb família d'arrel guixolenca i director de l'Hospital de Nova Orleans. Fons Martí Casals. Dec. 25/47. MHSFG.

³⁹² Emili Colls, ajudant de farmàcia.

³⁹³ Joan, cambrer de l'hotel Hostal de La Gavina.

una petita llaga a l'estómac que solen fer-se dolentes, i que se l'havia de cuidar i controlar. Aquesta noia que tenia varis germans li van dir:

—“Oh, perquè te l'escoltes, no facis cas”. Ella no se'l va escoltar i va morir d'un càncer a l'estómac.

La mateixa llagueta aquesta la va tenir la Sra. Maria Roig. Doncs, a aquesta senyora li va passar igual, li van veure la llagueta, li varen aturar i aquesta senyora va morir vella, vella, vella». La història de la Carme posa de relleu la importància del pronòstic i de la capacitat clínica. Les morts, en canvi, excepte en aquells casos en els quals la comunitat considerava que el «metge era un patata», formaven part del guió de la vida quotidiana i el que els vilatans demanaven més era que el metge fes el que pogués i donés suport. Per això, hom comprèn que el prestigi del metge pogués créixer fins i tot en aquestes circumstàncies. La pròpia quotidianitat de la mort en la societat catalana fins als darrers anys setanta en desdramatitzava la situació (Allué, 1985).

El prestigi d'en Martí Casals venia també de la seva disponibilitat i d'una representació que la població en va construir: «venia amb bicicleta, amb aquella motxilla a l'esquena on ho portava tot, el mono blau, la moto Guzzi... i allà on no podia arribar-hi amb moto o en bicicleta, a peu. Si deia:

—Demà vindré— tan podia ser les onze o dotze de la nit, però venia, l'únic problema que tenia és que li feien molta por els gossos».³⁹⁴ La disponibilitat era un factor per mantenir una clientela que vivia aïllada, sovint en masos, lluny de la vila: «hi havia una noia de pagès, la Teresa Rams, que va tenir el pare molt malalt amb una pneumònia. Va anar a buscar al Doctor Rubió i aquest li va dir:

—Ai, amb aquesta nevada vols que vingui? Jo, és clar, poca m'atreveixo a anar a Santa Escolàstica amb aquesta neu— Era el dia de la gran nevada, de 1962, i *bueno*, ella va venir a buscar al Doctor Casals:

—Què li passa al teu pare?— i ella li va explicar.

—Doncs espera'm.

—Vindrà, doctor?

—Home, no has vingut tu?— Va anar-hi i al sortir,

—Sort que m'has avisat, sinó malament rai.»³⁹⁵

³⁹⁴ Narcís Dausà.

³⁹⁵ Emili Colls Ferrers, ajudant de farmàcia.

Era molt alt, era calb, era reforçut. Si parles amb gent que l'hagi conegut, tothom et dirà que era una gran persona. Una gran persona, perquè no hi ha ningú que pugui dir el contrari. Aquell home era un déu, perquè no n'hi havien de metges com el teu pare [es dirigeix a en Pau Casals]. Perquè el que feia aquell home jo no sé com ho podia aguantar. Pujava a Masnou a algun mas a visitar, i a la tarda hi tornava. Era molt apreciat, molt estimat. Parlar del Doctor Casals era parlar d'un déu.³⁹⁶

Era un Déu: «un dia pel matí, amb 5 o 6 anys, jo tenia una infecció molt grossa. El Doctor Casals va venir a la 1h de la nit i li va receptar una cosa que a la nena no li agradava perquè era molt margant. Però el Doctor mai va voler que l'operessin».³⁹⁷

En un temps on molts metges s'apuntaven a les amigdalectomies, un mite científic dels anys cinquanta que podia donar rèdits en forma de dicotomies a les clíniques, en Casals s'hi resistia i afegia rigor científic a la seva pràctica «la majoria



Postal dedicada al doctor Martí Casals pel doctor Macintosh, pare de l'anestesiologia moderna.
Fons Martí Casals. MHSFG.

³⁹⁶ Adolf Fiol, pescador.

³⁹⁷ Rosa Palahí.

de metges d'aquí no t'apuntaven res, no tenien un quadre clínic com ara, que tothom té. I ell tenia un llibret petit que no sé com li cabia tanta cosa allà. Quan entraves, l'agafava i sabia tot el teu historial, perquè tot ho tenia apuntat. Avui dia no en faríem cas, però en aquell temps ningú ho feia i ell ja ho portava tot allà, tot ho tenia allà apuntat». ³⁹⁸ Per això podia entrar en conflicte amb altres col·legues:

Vaig veure actuar al Doctor Casals un dia que va donar la casualitat que, com encara no teníem fills, baixàvem a les nits a casa de la Marina i en Juan Donatiu perquè tenien bessonada i l'ajudava a posar els bessons al llit. Resulta que tenien una minyona i quan vàrem arribar va dir:

—No sé què té la Teresa, però està raríssima— Vàrem pujar i estava al llit, es despullava, es treia la roba... una cosa com si li hagués donat un atac, no sé quina mena d'atac, com si fos epilèptic o una cosa així. De seguida el meu marit va anar a buscar al Doctor Casals i la seva senyora li va dir:

—El Doctor Casals no hi és, poder trigarà a venir perquè ha tingut que anar fora de Sant Feliu— crec que per allà a la vora de Figueres. Vista això els calgué anar a buscar un altre metge que la va visitar:

—Mireu, jo de vosaltres aquesta nit la vigileu i demà crideu a la família que la portin cap a Salt". ³⁹⁹ Abans d'anar-se'n a més els va aconsellar: —Saps què podries fer tu que sempre tens cafè bo? Fer-me una tassa de cafè i vosaltres preneu-ne també, que aquesta nit no dormireu— Es va prendre el cafè i se'n va anar.

Al cap de mitja hora va venir el Doctor Casals:

—Què us passa?" Va visitar a la noia i diu:

—Jo ara no puc fer cap diagnòstic perquè ha vingut el Doctor... abans— i li sabia greu, potser fer un diagnòstic que no correspongués.

Al matí següent ja estava allà, amb la seva motxilla, amb un grapat de llibres i ens va dir:

—Vosaltres fora que ara necessito als homes— Li va fer un anàlisi d'orina i una punció lumbar per veure si hi havia alguna cosa en el cap i quan va haver acabat de fer, que ell mateix ho va analitzar i després em sembla que per comprovar-ho, ho va portar a la farmàcia Ruscaldeda. Al cap d'un rato va entrar i va dir:

—El que ha tingut aquesta noia és en els ronyons, com un còlic, que li ha emmetzinat la sang i li ha afectat al cervell— i diu: —això sí, es té que portar a l'hospital, però no

³⁹⁸ Carme Palahí.

³⁹⁹ El Manicomi de Salt, a Girona.

a Salt, sinó al Santa Caterina— A la meva germana li va dir que tot era degut a un problema d'ossos:

—Tu no pateixis, tu fes el que jo et digui— La meva germana ho va fer i es va curar, ara sí pobre, té un problema d'artrosi.⁴⁰⁰

Els partidaris d'en Martí Casals consideraven que a més de la disponibilitat, el seu prestigi estava en la seva capacitat clínica i científica, «quan diagnosticava era fabulós. Tenia un desavantatge: quan li portaven els malalts és que ja els havien remenat els altres i ell havia de fer com un miracle. Jo això ho havia vist a la farmàcia. Llavors el Doctor Casals no era de la Seguretat Social, no ho va voler ser-ho mai perquè ell visitar d'aquella manera no ho volia, i clar, quan venien amb ell ja estaven molt fotuts».⁴⁰¹ Però a més a més, els vilatans el descriuen com, «sí senyor, era un home molt fort, alt, simpàtic, guapo. Tot això ho tenia. Jo sempre havia admirat aquesta franquesa, aquest home del poble. Home dels pocs que feia les coses com les sentia. Per exemple, de vegades a Sant Feliu hi havia tres metges i em preguntaven:

—A qui li diria vostè?

—Al Doctor Casals.

—Al Doctor Casals?— D'entrada tenia poca fama, però tothom al final anava al Doctor Casals i ell, amb la seva franquesa, quan venia un malalt:

—Però escolti? I aquell metge, i aquell altra metge, que no hi ha d'anar vostè?

—No.

—Sí, sí, ara ve a mi.

Aquests actes eren bonics perquè ho sabia el poble. Poder sí que miraven la intel·ligència, el saber del doctor Casals. Perquè un dia un senyor em va dir que ell coneixia molts metges a Barcelona i fora de Barcelona i em va dir que el doctor Casals es podria comparar amb un Pere [Pedro] Pons, que va ser un dels millors metges de Barcelona.»⁴⁰²

Una de les activitats més rendibles dels metges de la zona eren les visites als pacients estrangers allotjats en els nombrosos hotels de la comarca. «En aquella època una visita al hotel, suponia venir dos o tres veges, y a la hora de pagar

⁴⁰⁰ Núria Algarda.

⁴⁰¹ Emili Colls, ajudant de farmàcia.

⁴⁰² Germà Joan Oliva, salesià.

eran 200 o 300 pts.⁴⁰³ Un día tenía un cliente que era un judío de Hamburgo, yo me pasaba horas con él, escuchándole, porque era un hombre muy inteligente. Hacía dos o tres noches que no dormía, el Dr Casals le visitó y como no hablaba alemán me dijo:

—Renato ven a hacerme de intérprete— Se quitó la camiseta y tenía unos pechos como una mujer, porque estaba en tratamiento de cáncer. Me dice a mi:

—Mira, este hombre no tiene nada, le daremos algo para que duerma un par de noches y ya estará curado. Vino tres o cuatro veces y cuando acabó el paciente le dijo:

—¿Cuanto vale, 3.000 pesetas? En ese momento casi le da un infarto.»⁴⁰⁴

L'anècdota de l'home despullat no era l'única ja que Casals, si anava a certs hotels, com ara l'hotel Hostal La Gavina de s'Agaró —una instal·lació de luxe— havia d'assumir certs compromisos formals com dur corbata, «venía a trabajar allí i solía pasar a tomar un café y todos los compañeros siempre le hacían bromas, le hacían preguntas. Los compañeros siempre le buscaban las cosquillas. Había un ambiente muy cordial entre los trabajadores y él. Le preguntaron si era verdad que había ido a visitar a un cliente y si le había hecho cambiar de ropa, él no lo negaba. Parece que era verdad. Otro día bajé con el cocinero del hotel a casa el Doctor Casals porque le dolía un ojo. Mientras el doctor le miraba el ojo, coge el matamoscas y mata la mosca».⁴⁰⁵

La bonhomia i l'ull clínic s'articulen amb els elements insòlits de l'escena, un gènere freqüent en la narrativa hagiogràfica que implica sempre determinats elements melodramàtics, però que en aquests casos són necessaris no sols per descriure el personatge, sinó també la seva pràctica i la seva capacitat de comprendre el medi en el qual treballava:

¿Sabéis esa del bigote? Era un chófer de camión, fuerte, con una gran salud. Y empezó a perder el apetito y a encontrarse mal. Él se va a Gerona, de Gerona lo mandan a Barcelona, a dos especialistas, y nada... Todo el mundo pensábamos que se iba a morir. Yo dije:

—Vete a ver al Doctor Casals— Le visitó y le preguntó qué especialista le había visitado y todo lo que le habían dicho. Le dijo:

—Quítate el bigote— pensó:

⁴⁰³ Un litre de gasolina el 1957 costava 7 pts.

⁴⁰⁴ Renato Tognola.

⁴⁰⁵ Albert Reine.

—Està boig aquest— Pero se quitó el bigote y enseguida volvió el hombre a comer y a encontrarse bien... El doctor vio que se pintaba el bigote con un producto que le envenenaba.⁴⁰⁶

Jo destacaria la seva responsabilitat professional, perquè es presentava a qualsevol hora i a qualsevol lloc. Jo crec que aquell espai del malalt era seu. Les mestresses de casa sabien que entrava directament a l'habitació, com si fos seva, remenava molt la persona. No tenia mandra per fer-li cinquanta coses. El veies absolutament immers amb el que estava fent. Era palpar i rumiar. A la motxilla portava instruments i llibres. Tenia com una mena d'amor propi, de valorar el que havia fet. Jo penso que era un home un mica del Renaixement, en aquest sentit d'arribar al fons de les coses. Vivia una mica la medicina com un art, més que com un científic.⁴⁰⁷

En aquella medicina la capacitat d'escoltar i observar era decisiva «tota la medicina passava per les meves mans, i m'agradava. Havies de tenir el cap despert i no parar d'estudiar. Durant anys, em va semblar que podia resoldre els problemes psicològics que la gent em plantejava. Sobretot les dones. Jo escoltava i, quan aprofundia una mica, trobava que em responien força bé. Els problemes eren de tota índole. Jo pensava en les consultes que feien la gent de Sort al meu pare. Jo també intentava resoldre-ho. La majoria de les vegades es tractava de qüestions sexuals. Les dones es sinceraven més que els homes. Jo donava el meu consell, el que em semblava millor, però comprovava que no me'n feien gaire cas. Llaavors, a poc a poc, em vaig adonar del valor del silenci. Escoltava callat, feia unes preguntes, a vegades no massa importants, i el malalt, que ja havia decidit, se n'anava convençut que havia optat pel millor. El malalt ni se n'adonava, que jo no havia fet res; només callar i escoltar. Això era molt, molt important» (Pla i Duat, 1992: 169). Era important en un metge del Pallars i era el que va fer el prestigi d'en Martí Casals, «perquè amb el fred, amb la calor, amb la pluja, amb tot, sempre anava on el necessitaven. I vingué per les muntanyes, pels masos, a vegades amb febre i quan tornava a casa s'havia d'anar al llit».⁴⁰⁸ En una societat molt més aïllada que avui, «un dia el meu pare va caure malalt i un dia a la nit em telefonen des de casa:

⁴⁰⁶ Renato Tognola.

⁴⁰⁷ Josep Vicente.

⁴⁰⁸ Albert Reyné.

—Ramon, hauries de venir perquè el teu pare té molt mal de ventre.

—*Bueno*, ja vinc— Arribo:

—Què haig de fer?— Diu la meva mare:

—Vés a casa el Doctor Casals i a veure si el vol visitar. Tothom té por d'anar a aquesta hora de la nit— Vaig anar cap allà i per la porta:

—Què voleu ara? Què us penseu, que no tinc dret a dormir?

—Doctor, sóc jo.

—Ah, *vale* ets tu, que et passa?

Va venir a casa els meus pares a visitar-lo i va dir que l'havíem de portar a Barcelona a operar. Ens va acompanyar a la Clínica Platón. El van operar de pedres al fetge i la cosa va anar bé». ⁴⁰⁹

Aquestes relacions reforçaven les relacions personals, afavorien el negoci i feien del metge un personatge quotidià que hom podia anar a trobar a qualsevol lloc:

En Viñolas del peix tenia dos fills i, jugant a futbol, al gran li varen donar una patada mal donada al peu i se li va podrir, li feia molt de pus. Va anar a trobar al Doctor Casals al mecànic [estava duent a reparar el seu cotxe] i li diu:

—Doctor, li volia parlar que el meu fill té el peu molt malament— i el Doctor Casals li contesta:

—Cony, ara així m'agafes d'una forma.... Mira, saps què, en Ramon si pot, que agafi la camioneta i me'l portes a casa— I ben dinat, arribem allà:

—Mateu les mosques, mateu les mosques!!!!— cridava. Li va obrir el peu i em diu:

—Et veus en cor de fer-me d'ajudant? Aguanta'm el peu així— Del peu va sortir ple de pus i diu:

—Vés al cotxe, hi ha una goma de treure benzina i després hi ha una ampolla de mig litre, omple-la— Sí, sí, li porto i diu:

—Mira, que rentarem això i quedarà com nou el peu— Agafa el nen i amb un raig d'ampolla li anava netejant, fotia uns crits la criatura... Després el vàrem enguixar:

—Ja us en podeu anar cap a casa i demà passat us vull veure aquí, a aquesta mateixa hora aproximadament.

Bueno, amb aquestes que al cap de tres dies agafo al nano amb la camioneta de peix i cap allà. En Casals diu:

⁴⁰⁹ Ramon Gay, pacient i mestre d'aixa.

—Noi, haig de mirar què hi ha aquí sota— Va agafar un bisturí vell, va tallar el guix i li va fer una finestra i va mirar,

—Ho tens molt maco, segur que tornaràs a jugar a futbol— Li vàrem tornar a rentar amb benzina, li va tornar a posar la tapa de guix. Això almenys va durar un mes o mes i mig, que el duia cada tres dies.

El peu va quedar de primera, va tornar a jugar a futbol. I això que l'havien condemnat. Molt, però molt bé. Va arribar a temps.⁴¹⁰

Durant la postguerra el despatx del metge de comarca, com els de ciutat, va adquirir una nova dimensió.⁴¹¹ Així doncs, augmenta la demanda de visitar el metge a casa perquè l'esperança de vida creix i el metge, en una societat medicalitzada, deixa de ser el recurs extrem, o excepcional, per convertir-se en algú al qual es deriva progressivament el problema de salut no tan agut. En els seus inicis, la visita al despatx dels metges estava reservada a les classes altes, mentre que l'atenció domiciliària, la més freqüent i més esporàdica, corresponia a les classes baixes i mitges. Després de la guerra, el panorama canvia, i la generalització de formes de mutualisme privat i el propi SOE van afavorir un evident desplaçament de la demanda al despatx del metge (Gaitx Moltó, 2007; Comelles, 2007), no tan burocratitzada com ara. Sabent les hores de despatx del metge, sempre hi havia el recurs d'anar directament, sense cita prèvia, complicada per la manca d'extensió de la xarxa telefònica. Per això als anys cinquanta anar al metge generalista significava anar i fer cua amb paciència.

El despatx mèdic, com l'hospital modern, són espais del metge, significats com a tals i, per tant, molt diferents de l'espai del malalt a domicili, en el qual el metge és un convidat. En el despatx la relació s'inverteix. Al domicili el metge ha de ser un etnògraf, ha de saber comprendre el conjunt i, en canvi, al despatx rep un cas clínic i la relació esdevé més didàctica si es tracta d'un adult. Però, a diferència del que passa en l'actualitat en el nostre sistema sanitari, el metge aleshores era un personatge del poble i el seu despatx no era un espai exclusivament d'ell, sinó que també formava part d'un espai públic col·lectiu.

⁴¹⁰ Ramon Gay, mestre d'aixa.

⁴¹¹ Sobre la transició en els models de pràctica mèdica vg. Risse (1999), Freidson (1978), Hahn (1985) i Comelles (1991, 1991a).

El despatx d'en Martí Casals té un punt d'excepcional, per això el converteix en un exemple ben representatiu d'un tipus de pràctica en què la derivació era difícil i el recurs a la tecnologia diagnòstica era modest. En el despatx hi ha aparells mèdics corresponents a dotze especialitats diferents: anestesiologia, cirurgia i transfusions, farmacèutica i laboratori, ginecologia i obstetrícia, medicina general, medicina interna, odontologia, oftalmologia, otorinolaringologia, pneumologia, traumatologia i urologia (Gaitx Moltó, 2007). No estalviava diners en la compra per duplicat, si calia, de l'utillatge necessari, per tal de tenir sempre peces de recanvi.⁴¹²

La visita al despatx implicava entrar en un espai configurat pel metge on co-existien la taula de despatx, les butaques corresponents, el llit d'exploració, els armaris de l'utillatge, els llibres de medicina, i sovint un aparell de raigs X. En molts sentits, el despatx del metge no era diferent del que podem trobar avui en les institucions d'assistència, però amb la diferència que era un espai molt més personal i molt més personalitzat, ja que amb l'organització de l'espai i el seu ús el metge en podia modular la representació que volia oferir al pacient i a la seva xarxa social.

El despatx implicava també canvis en la formalitat. El metge amb la bata, l'esposa del metge fent d'infermera, i una relació amb el pacient i els seus acompanyants molt més professional, més científica que la del domicili. Els canvis implicaven l'anamnesi, el registre clínic i un estil diferent d'exploració ja que tenir un llit d'exploració facilitava molt una tasca que a les cases era més feixuga. No és el mateix palpar un abdomen o un fetge amb un llit d'exploració dur que en un matalàs de llana antic sobre un somier de molles flonges. Els pacients estaven acostumats als rituals propis de la visita del metge a les cases, la nova situació era diferent, «hi anaves perquè et feia mal alguna cosa, ell ja et mirava aquest mal però deia:

—Despulla't— i jo no em volia despullar i saps el que em deia?

—Au, au, a la platja aneu com voleu i ara... apa, a despullar-se— T'ho mirava tot, que si els pulmons, que si el cor, que si aquí darrera... Per la tuberculosi t'enganyava un "pegat" al braç i et deia que te'l deixessis una setmana i després tornessis. Si se't posava molt vermell et deia que hi anessis de seguida"⁴¹³

⁴¹² Pau Casals, metge, fill del doctor Martí Casals.

⁴¹³ Carme Palahí, malalta.

Sovint, “quan t’anaves a visitar tenia la costum de deixar-te despullat, agafava un llibre i el començava a consultar. I hi havia gent que no li agradava”». ⁴¹⁴

Un altre dels rituals propis de la visita als despatxos mèdics era que al final «me pasó por la pantalla. Luego cuando acabó de visitarme, me dijo:

—Chico, no tienes nada. Esto es la consecuencia del esfuerzo de la temporada — Yo le contesté:

—¿Y que hago pues?

—Te tomas dos whiskys cada día, porqué es vasodilatador.

—Es el único medico que me ha recetado algo bueno».⁴¹⁵

«Passar per la pantalla», és a dir, fer una radioscòpia, era una pràctica destinada a fer prevenció de les lesions tuberculosos pulmonars. Els metges tenien a casa un tub de raigs X sovint mal protegit, endollat sense cap seguretat a qualsevol endoll, «cuando llegué, me puso en una habitación oscura. Yo veía que era una cosa rara, pero luego me lo aclaró y me preguntó que pensaba yo de estar tanto rato así, y luego me dijo que como ponía los rayos X, al estar un rato a oscuras, luego lo veía mejor».

I d’altres casos com: «Yo siempre tenía malestar de vientre, iba muy irregular, siempre molestias. Pasaba hasta 5 días sin ir al baño, luego iba 4 o 5 veces al día. Medicamentos por aquí, medicamentos por allá... y siempre igual. Me dijeron que tenía algo de hígado, un doctor en Gerona. Él me dijo que de hígado no tenía nada, me hizo un tratamiento y me fue bastante bien. Casals me dijo que eran nervios pero, que había de buscar de donde venían los nervios. Miraba libros en francés y me explicaba. Decía que había que averiguar porqué esos nervios se alteraban. Me dio unas pastillas y me hizo un preparado. Sólo vine tres veces y empecé a mejorar».⁴¹⁶ Durant els anys quaranta i els cinquanta el fet de tenir l’aparell era crucial per a la representació popular que hom es feia dels raigs com a instrument diagnòstic. Acabar una visita sense “passar per la pantalla” quasi era equivalent, avui, a no fer ecografies a les embarassades. Ara bé, ni els metges ni la població eren prou conscients del bany de radiacions. Si es tractava d’un nen, nens i pares estaven exposats a la radiació al mateix despatx, i els metges només excepcionalment feien servir els davantals i els guants de plom. Eren in-

⁴¹⁴ Ramon Gay, mestre d’aixa.

⁴¹⁵ Joan, cambrer de l’hotel Hostal de La Gavina.

⁴¹⁶ Joan, cambrer de l’hotel Hostal de La Gavina.

còmodes. Com que les pantalles de fòsfor verd eren poc lluminoses calia primer acostumar-se a la foscor i després anar movent de dalt a baix i d'esquerra a dreta la pantalla, obrint i tancant els diafragmes, i dient al pacient, “respiri”, o “respiri fondo”. Especialment en visites infantils, els pares no quedaven contents si el ritual no s'havia acomplert.⁴¹⁷

En canvi el paper del laboratori i de les analítiques no tenia l'efecte de representació dels raigs X. Des dels anys cinquanta ja es van introduir de forma generalitzada les anàlisis de femta per localitzar restes de sang o paràsits, però encara d'una manera precària. Durant l'epidèmia de poliomelitis, les mostres de sang havien d'anar a Madrid per ser analitzades.⁴¹⁸ Moltes analítiques havien de fer-se a Girona, tot i que hi havia una creixent possibilitat de fer-les a Sant Feliu,⁴¹⁹ on abans de la guerra les feien els farmacèutics.⁴²⁰ Els propis metges podien fer una fórmula hemàtica, ja que la tecnologia necessària era prou modesta, i molts metges tenien un microscopi al despatx, les funcions del qual tenien un efecte de representació notable de la ciència.

Als pobles i a comarques, les visites al despatx podien ser al matí⁴²¹ perquè els metges no havien d'anar a l'Hospital, o els problemes eren tan petits que la visita durava relativament poc. L'atenció als infants l'asseguraven els metges generalistes, ja que només hi havia pediatres a les grans capitals.⁴²² Després de la Guerra Civil ja podien disposar d'injeccions de sèrum, o aplicaven el mètode de transfusió de sèrum, que abans tampoc existia, a part d'altres mètodes terapèutics com ara les sulfamides i els antibiòtics, que van modificar el panorama. Una de les malalties més perilloses per als infants, quant a les seqüeles que deixava, era l'escarlatina, ja que era produïda per l'estreptococ que era un microbi que amb molta freqüència produïa malalties a la paret del cor. Hi havia també la diftèria, la poliomelitis i la verola, sobretot fins

⁴¹⁷ Josep Francel, metge.

⁴¹⁸ Fitxes de malalties infeccioses 1940-1981. Núm. 27. AHG, i J. Rusalleda, metge.

⁴¹⁹ J. Rusalleda, metge.

⁴²⁰ Martí Casals i el farmacèutic guixolenc Narcís Rusalleda van equipar un laboratori molt complert i van establir gran nombre de fórmules magistrals, vigents encara.

⁴²¹ Pau Casals, metge.

⁴²² Cada província tenia un *Puericultor del Estado* als *Institutos Provinciales de Sanidad*. La descentralització de les consultes de pediatria va ser un dels efectes de la llei de 1967 que la considerava una de les especialitats bàsiques amb la tocoginecologia i medicina general. A tots els ambulatoris i consultoris hi havia pediatre excepte als poblets encara considerats *partido cerrado*. La generalització de la pediatria és va fer durant els anys vuitanta un cop transferides les competències de l'INSALUD a la Generalitat de Catalunya.

que no es van poder aplicar les corresponents vacunes obligatòries per als infants. El xarampió es considerava força benigne. Amb les vacunes les malalties intestinals van desaparèixer, i de diftèria gairebé no se n'havia de tractar cap cas i, si era el cas, amb el sèrum antidiftèric —com era també el cas del sèrum antitetànic— n'hi havia per poder curar-la. A la postguerra, la vacuna antitetànica la posaven cada tres anys i era fàcil d'injectar per als metges. Els col·lectius de pagesos, ramaders i jardiners tenien més possibilitats de contraure el tètanus, així com els infants que es podien fer una ferida en jugar a l'exterior. Amb tot, les malalties més comunes dels adults eren la grip, les malalties del cor, les del fetge com les hepatitis, i les pancreatitis, que eren mortals. La diabetis també era molt freqüent, així com la ciàtica.

A mesura que el procés de medicalització és *embodied* (incorporat) per la població, i en això tenen un paper decisiu alguns avenços tecnològics abans dels antibiòtics —de què parlarem més endavant—, la confiança en la medicina i la higiene es va fer més palesa. Hi ha un cert salt qualitatiu en el paper no negligible que va jugar l'abaratiment dels costos d'assistència per la via, primer, de les assegurances privades i de les mútues ben representades a Catalunya des de finals del segle XIX, i possiblement per una ampliació progressiva de les classes mitjanes en aquestes ciutats de comarques, que havien fet la revolució industrial i havien transformat profundament el seu teixit social.

Un Martí Casals o un Sixt Ruscalleda, tertulians amb en Gaziell, que havia estat el director del principal rotatiu del país, enllaça amb la importància que va tenir la vida cultural i la influència dels intel·lectuals i els artistes en la societat catalana d'avantguerra. És cert que l'actitud personal d'en Martí Casals era important, així com els seus esforços per mantenir una proximitat amb els pacients i les famílies, però aquest principi podria tenir una lectura més cínica, en relació amb com, dins la professionalitat del metge, calia «cuidar dels rosers» en un mercat sotmès a una competència important. L'Anna Vicens, pacient seva, en parla com si fos Déu i delimita molt bé la tranquil·litat que suposava per a la família veure'l arribar, encara que eren conscients que es podia equivocar. Ningú pensava que fos infalible, com sovint s'exigeix ara, i els mateixos metges s'arriscaven a pràctiques avui inconcebibles perquè no tenien cap alternativa. Si bé és cert que els actuals metges cooperants relaten aventures semblants a l'Àfrica o a Amèrica llatina, sovint la nostra memòria local és tan curta que no pensem que fa trenta anys a penes la nostra situació no era gaire diferent. La convivència local del metge a les famílies, en un context on la majoria dels professionals viuen dècades en el si de

la població, els conduïa a una mirada de l'entorn —ja prevista pels hipocràtics— molt més complexa que l'actual. Per això era normal que el metge s'assegués a taula a dinar o sopar amb les famílies; hi havia una confiança que es transmetia en tots els moments de la relació i el metge mobilitzava els seus contactes amb els col·legues de la capital per tal d'introduir els seus pacients i ser visitats en un context gens jerarquitzat ni burocratitzat.

La complexitat venia d'un model de pràctica en què el pronòstic era més important que el diagnòstic, en una societat on tothom moria a casa seva i la mort era part integral de la quotidianitat. La memòria familiar d'aquest període és plena d'agonies i de morts: «Obrim la tomba per a enterrar a l'avi. Amb sorpresa l'enterrador la va trobar plena. Era un tarda meravellosa i càlida en el cementiri. El nínxol replet de masses informes. L'enterrador comença a treure cossos. Surten set. Fins i tot el nounat de X... Momificats, apergamínats. A alguns ens fa riure. La meua tia en veu alta identifica els morts. "Mira aquest és el tiet.. Uy aquesta la Pepeta». La mort es converteix en sainet quan la consciència de la mort i de la fragilitat humana està incorporada culturalment, i és necessari l'humor per a defensar-se de l'ansietat: «El muerto al hoyo, pero el vivo al bollo»; però ningú vol tornar a un període on les dones es posaven de dol als trenta-cinc anys i no l'abandonaven mai, empalmant una mort amb una altra. No «se li molestava» ni se li exigia gens. Als anys cinquanta les amenaces eren les sèpsies, les febres puerperals, els tifus o les malalties gàstriques, l'àmplia panòpia de refredaments o gripes, l'apendicitis aguda, la pulmonia, les bronquitis i la meningitis, sense oblidar l'omnipresent tuberculosi i les inconfessables sífilis i purgacions, així com també les angines i, naturalment, totes les erupcions infantils com el xarampió, la varicel·la, la tos ferina i les galteres. Encara que existia cert temor al càncer o a la feridura —els accidents vasculars cerebrals—, no era tan ominós el de les cardiopaties isquèmiques. De la nostra experiència personal diríem que aquestes últimes apareixen com la gran amenaça durant el *desarrollismo* dels seixanta. Si aquesta transició en els patrons de demanda pot ser estudiada mitjançant l'estudi retrospectiu del registre sanitari, no és tan evident la manera com opera la població, i com en construeix els criteris de pronòstic i diagnòstic. Així, la mort no havia estat evacuada de les cases, com passaria durant la Transició (Allué, 1985), i això significava que, com en els temps de Munaret, els metges de postguerra havien de seguir mantenint el seu paper dins l'estructura de suport social de les comunitats, sovint al costat del capellà i sempre amb la família sencera. En malalties amb un



Detall del cementiri, el clos neutre, de Sant Feliu de Guíxols, tema literari per part de l'escriptor Gaziol. MHSFG.

pronòstic funest s'informava a la família, però es deixava que fos la família qui decidís si el malalt havia de conèixer amb exactitud el procés en què es trobava. El doctor Casals explicava la malaltia ajudant-se a vegades d'il·lustracions, per intentar que el malalt prengués les màximes precaucions per tal de seguir convenientment el tractament. En algunes ocasions, calia vetllar de nit als malalts a casa seva, i ho feien les germanes visitadores: «Solien arribar a la casa a les 21 hores i en sortien cap a les 6 del matí per anar a missa. Les monges tenien prohibit de rentar o mirar els homes, gairebé sempre només es cuidaven de les dones. De manera que era el metge —ell— el que tenia cura de rentar els homes. Quan hi havia un malalt, l'anaven a vetllar tota la nit. I també quan hi havia un part, que la monja passava tota la nit de vetlla. Abans al malalt se li donava una tassa de caldo cada tres hores.»⁴²³

⁴²³ J. Rusalleda, metge.

La relació del metge amb el pacient i la seva xarxa social ha canviat profundament: «la gent gran diu que ara cada dia va a un metge diferent, sovint està desorientada i no sap a quina paret tocar, llavors la gent protesta i el metge es veu desbordat». Ruscalleda creu, i estem prou d'acord amb ell, que el moment de l'organització de la xarxa a través dels Centres de Salut va ser un punt definitiu en aquest distanciament.⁴²⁴ Abans alguns metges podien oferir més dedicació al pacient, la relació era menys burocratitzada, «per copsar del tot un malalt, has de saltar la taula i has de seure amb ell. A l'altre costat. La taula és un element deformador de la realitat. Sempre et dona importància, el fet de rebre algú darrera la teua taula. El malalt se sent empetitit, i per més que algú creu que això és necessari, jo penso que quan un metge és capaç de seure amb el malalt, al mateix costat, llavors sentirà com el malalt, i riurà, i fins i tot plorarà amb ell» (Pla i Duat, 1992: 171). Ruscalleda, Pla i Duat són conscients dels canvis, però no sabem si són també conscients de les raons profundes que han conduït a aquesta transició. Ells són testimonis valuosos d'un procés de transició, però ja no estem segurs que controlin totes les claus. Allué (1985) analitzava l'evacuació de la mort de les cases catalanes per desplaçar-la als hospitals, al mateix temps que el programa de cures pal·liatives, a molts països, proposava tornar l'agonia i la mort a casa. Avui, ací, moltes morts tornen a produir-se a casa, però el context és un altre i la manera com ho hem incorporat culturalment també. Ha canviat la nostra concepció de la funció social i cultural de la medicina. Ens interessa el diagnòstic i la intervenció. Disparar primer i preguntar després. Quan es van obrir els primers serveis d'urgències i les primeres unitats de cures intensives, Casals i Ruscalleda ja feia temps que no eren uns jovenets...

8. Miracles

La penicil·lina va ser una revolució en la medicina de postguerra. La imatge expressionista del mercat negre que reflectia *El tercer hombre*⁴²⁵ no estava lluny d'una realitat pròxima. Les fronteres espanyoles es trobaven tancades a la importació de medicaments fabricats a l'estranger. En Martí Casals encarregava penicil·lina d'estraperlo o de contraban que la venien al port de Barcelona.⁴²⁶

⁴²⁴ J. Ruscalleda, metge.

⁴²⁵ REED, Carol. *The Third Man*. RU: British Lion Film Corporation, 1950.

⁴²⁶ Renato Tognola.

Us parlo de 1944-1945 i, és clar, els records seran una mica petits. Vaig tenir un dolor reuma, *bueno*, es deia així però no sé si tenia un altre nom. Se'm va posar a la sang i llavors el cor es dilata i, és clar, això ve un moment, doncs, que et mors. Havíem anat amb un doctor i no anava prou bé, llavors vàrem anar amb un altre i aquest va considerar que no era cosa seva i va dir: "farem una consulta amb el Dr. Casals". I sí, sí, vàrem fer la consulta i aquest doctor em va deixar a mans del Dr. Casals, que s'ho va prendre amb interès. Sí, jo no hi era. Tenia febre... com em trobava no me'n recordo, però malament segur. Tenia 9 anys. En Casals venia, molt simpàtic, però era el doctor, s'assentava a la taula i es podia passar una hora, dos i fins que considerava que ja era prou.

Quan va considerar que ja havia fet la feina, va dir que aniríem a Barcelona a un doctor que ell coneixia i que per circumstàncies de la vida, la meva àvia havia estat la seva dida, del Dr. Juanico (Joan Carbonell). Va arribar la nit i no hi havia taxis i diu: "mira, això es soluciona", em va agafar a coll i em va portar fins al doctor. Un cop allà em va deixar en mans d'ell. Llavors em varen treure les amígdals i de les amígdals en varen fer unes vacunes. Vaig estar així durant uns cinc anys, perquè em curava i tornava a recaure. Llavors no existien els medicaments que hi han ara, hi havia unes coses que en deien el "murfi", que era una cosa que t'havien de posar per l'anús, però era una cosa molt delicada. I molta paciència, perquè això són coses de paciència. Llavors feien la sedimentació de la sang i havia d'estar dos o tres mesos en el llit, que quan m'aixecava havia de tornar aprendre a caminar.

Al final, quan va sortir la penicil·lina em ve i diu: "provarem la penicil·lina". I em sembla que va ser la penicil·lina que va anar molt bé. Però crec que vaig ser com una mica conillet d'índies. Cada dia venia el practicant Pardo a posar-me la injecció. Hi havia un dia que jo veia granotes o no sé què veia i la meva mare va trucar al doctor: "Mira, que el meu fill ja no sé lo que veu". I va venir el Dr. i va dir: "prou, parem amb la penicil·lina". I a partir d'aquí ja vaig estar bé. Tot ho dec amb ell, perquè en aquells anys moria molta gent. En aquell temps havia d'anar a Girona a buscar la penicil·lina. Hi havia un doctor que li feia uns volants i anava a buscar la penicil·lina a Girona. Eren uns *frascos* grossos, unes capsos grosses.

Un cop va passar la primera *enfermetat* em varen explicar el que em podia haver passat, llavors, és clar, al tornar a recaure jo vaig pensar: "ara sí que et mors" i el cor se'm va començar a disparar i la meva mare: "aneu a buscar al doctor". De seguida va arribar i tot correcte, se'm va tranquil·litzar la taquicàrdia.⁴²⁷

⁴²⁷ Josep Aiguaviva.

El relat d'en Josep permet comprendre com, amb els antibiòtics, la pràctica mèdica va canviar: «ja no calia fer tantes visites als pacients greus, i en canvi augmentaren les visites als despatxos».⁴²⁸ En Josep patia d'angines estreptocòcciques, el risc més gran de les quals era el reumatisme poliarticular agut o la febre reumàtica que solia deixar seqüeles severes a les vàlvules cardíques. La penicil·lina avortava els processos, però no va poder generalitzar-se el seu ús fins a l'obertura de CEPA i *Antibióticos SA*. Amb l'abastiment garantit, les prescripcions d'antibiòtics no s'aturaven. Malgrat que les sulfamides s'havien utilitzat amb semblants indicacions i en presentacions orals des de feia temps però amb una resposta més discutible en molts casos,⁴²⁹ l'enorme eficàcia inicial de la penicil·lina la va convertir en un miracle. A Catalunya, *sulfes* i penicil·lina van ser els medicaments que van transformar la confiança de la població en relació amb la terapèutica. Més que les *sulfes*, la penicil·lina ho «guaria tot» i «no feia mal a ningú». Malgrat la seva condició d'injectable, semblava un producte fet gairebé a la mesura dels profans. Però això tampoc era obstacle: els profans van aprendre ràpidament les regles de la punxada: bullir i desinfectar la xeringa, així com les diverses tècniques perquè no fes mal.

Malgrat tot, hom pot pensar que aquesta interpretació és exagerada ja que hi havia algunes molècules eficaces al mercat amb més o menys efectes col·laterals: és cert per al neosalvarsan i les antitoxines i, si ens apuren, fins a la quinina, però es tracta d'específics, no de substàncies amb un ampli espectre. No és el mateix. La seva especificitat davant el tètanus, la ràbia, o la diftèria en limiten l'impacte cultural i simbòlic ja que exclouen dels seus beneficis a les altres patologies. Fins i tot els alcaloides, àmpliament presents en la farmacopea i que sovint eren emprats de forma inespecífica, generaven dubtes sobre l'eficàcia real.

No negarem que les antitoxines van ser «miracles» científics, i el sèrum antiràbic va col·locar a Pasteur en el santoral dels sants laics miracles dels lliurepensadors, però es tracta d'innovacions que no poden penetrar en les farmàcies domèstiques, ni ser adoptades per a l'automedicació, precisament perquè es tractava d'específics i no, com els antibiòtics, de medicaments d'un relativament ample espectre.

⁴²⁸ J. Rusalleda, metge.

⁴²⁹ Avui només s'accepta una sulfamida en combinació a una dosi fixa en el dispositiu farmacològic actual: la combinació trimetoprim-sulfametoxazol. Tota la resta estan retirades.

Les sulfamides, i sobretot la penicil·lina, van incidir profundament i directament en l'epidemiologia popular de les llars catalanes i a la Vall d'Aro ja que la seva eficàcia avortava les malalties més freqüents i més vinculades a l'experiència pròxima en la malaltia. Eren les malalties bacterianes o parasitàries, que havien servit per construir l'experiència, i els complexos assistencials dels veïns, que eren les amenaces, les que situaven als éssers estimats entre la vida i la mort. Al poc d'arribar a la Pobla de Segur explica Pla i Duat (1992:168) que als primers anys cinquanta «em cridaren d'una farmàcia perquè vegués un nen que estava molt malament. El duia un altre metge i el tractava per una diarrea, després de mirar, amb papers de tornasol, si era àcida o alcalina. Jo havia fet de pediatria amb un gran metge, el doctor Ramos i m'havia ensenyat a valorar una otitis en una diarrea d'un menut. Aquell nen, efectivament, tenia una otitis, i amb penicil·lina es curà. Així i un parell d'otitis més, em convertí en un pediatra».

Experiències sempre domèstiques i compartides amb la família, els amics, els veïns o la comunitat. Experiències que són a la memòria col·lectiva com el paradigma de la malaltia. Així l'experiència de les pulmonies dobles, dels tifus o de les meningitis era la base sobre la qual s'organitzaven els sabers de la població, tal com explica el terror que segueix causant la febre (Herzlich i Pierret, 1984:64-76). Enfront d'aquests drames els *sulfes*, i sobretot la penicil·lina, avortaven cursos de malaltia, banalitzaven els seus signes i els símptomes i tendien a dissoldre l'edifici cultural, el model de pràctica i les característiques de la construcció de l'experiència i de les emocions, edificat entorn d'ells. Per això la penicil·lina va subvertir les representacions, tant religioses com naturalistes, sobre les causes de la malaltia, i va forçar la transició d'un metge com a agent de suport, un pronosticador o endevinador, a un personatge directament implicat amb el diagnòstic ja que aquest condicionava la terapèutica. També va significar el triomf definitiu de la teoria microbiana en els sabers populars sobre els aires i les aigües.⁴³⁰ Per això, la penicil·lina va acabar també amb els consells higienicodietètics, amb el deixar fer a la naturalesa i amb el paper del metge com a diagnosticador, pronosticador i punt de suport del drama domèstic. Si en un principi les resistències a la penicil·lina van obligar a precisar millor els diagnòstics amb l'ajut del laboratori i d'una exploració

⁴³⁰ Herzlich i Pierret (1984: 69-76) destaquen com aquest va ser un procés progressiu i ple d'ambivalències. A casa nostra la relació entre aires, refredats i quadres paragripals no cedeix terreny més que amb la delimitació per als metges de la malaltia denominada «*tenir un virus*».

acurada, ben aviat els antibiòtics d'ampli espectre van contribuir a banalitzar-lo de tal manera que, l'edifici sobre el qual s'havia construït penosament el model mèdic clàssic (carisma, règim, terapèutica pal·liativa i suport), es va convertir en no-res. I les negociacions entre metge, malalt i xarxa social en l'aplicació d'un tractament van banalitzar-se i van reduir-se progressivament als fàrmacs.⁴³¹

L'aparent innocuïtat dels antibiòtics enfront dels efectes secundaris del neosalvarsan, o dels problemes tècnics d'aplicació d'altres tractaments específics que requerien criteris diagnòstics precisos, en va facilitar enormement la penetració i la incorporació als sabers populars.⁴³² La població en va aprendre el seu ús i el metge va quedar com el buròcrata que els receptava a càrrec de la Seguretat Social. L'antibiòtic, no el metge, era el miracle.⁴³³ La miraculosa penicil·lina va transformar els processos assistencials i va culminar el procés d'automedicació: va eliminar de la pràctica domèstica les pràctiques tradicionals, va banalitzar l'auto-atenció i va tancar el miracle a les farmacioles domèstiques.⁴³⁴ A més, va assentar les bases perquè el model de metge representat per en Martí Casals comencés la seva davallada com a model professional de referència. Ja no calia tant el metge carismàtic, que era entre un sacerdot i un artista, ja que amb els antibiòtics qualsevol metge podia, al domicili del pacient, des del seu despatx o simplement per telèfon, alterar aquest model de manera radical i espectacular. Enfront de setmanes de sofriment davant la incertesa del desenvolupament de la malaltia, des de principis dels anys cinquanta amb una injecció cada tres o quatre hores de penicil·lina sòdica primer, més tard amb una de diària de penicil·lina procaïna o una sola dosi de penicil·lina benzatina, es "fonien" les angines o els pacients es recobraven de les pneumònies. I tot això en la capçalera del malalt, davant els parents, els familiars, els veïns i la xarxa social.

L'espectacle terapèutic no va ser hospitalari, va ser domèstic perquè l'hospital era encara el referent de la cirurgia. El que fos domèstic, el que es manifestés en

⁴³¹ D'aquí la profusió de receptes d'antibiòtics per tractar qualsevol procés febril amb independència de la seva etiologia.

⁴³² Ramona Via (1974), que era llevadora, manejava regularment els antibiòtics per tractar els seus pacients dels suburbis de Barcelona dels anys cinquanta, i com a mitjà profilàctic en les parteres. El metge veia molt poques vegades les malaltes.

⁴³³ Scheper Hughes (1992:200-210) descriu magistralment aquest fenomen en el nord-est brasiler en què davant la malaltia els pobres negociaven el que fos a canvi d'obtenir antibiòtics amb què automedicar-se.

⁴³⁴ Sobre el procés d'automedicació vg. Menéndez (1982), Comelles (1992).

el nucli central de la cosa pública significa l'apropiació pel comú d'una eina terapèutica impressionant i que condensa el significat simbòlic de la medicalització. En bona mesura l'antibiòtic esdevenia l'essència, l'objectiu final de la medicalització i l'eficàcia biològica i l'eficàcia simbòlica eren associades, indistriables, en un objecte curador que, per aquesta condició, adquireix inevitablement un valor màgic i que pot introduir-se en una lògica científica i experimental o en una lògica màgica, o articular les dues. Per això l'eina terapèutica esdevé també un element màgic de prevenció, ja que no es tracta només d'intervenir sobre la infecció diagnosticable, sinó que també pot entrar en un ritual de prevenció per si és el cas. Molts pediatres davant un xarampió, una tos ferina o qualsevol virasi, però especialment davant la primera malaltia, prescrivien també antibiòtics «per si de cas». La justificació científica venia a dir que el xarampió era energitzant i l'antibiòtic una cuirassa protectora. El sentit comú explica les característiques de la malaltia, per a la qual l'eficàcia de l'antibiòtic era la mateixa que per a les infeccions bacterianes. Ara bé, aquesta transició no va ser tan ràpida com sembla:

Querida tía:

Deseo (como es común y corriente desear al empezar) que al recibir la presente tú y mi primita gocéis de buena salud las dos como es buena por ahora la nuestra gracias a Dios. Y si el clásico saludo que hoy pongo, no puse ayer es porque hoy ya los microbios nos acechan a doquier. Mas no pienses que con ello pretendo insinuar siquiera que vivimos bajo el peso de una epidemia cualquiera. No, tía, no. Nada de eso. Aquí (y hablo en general) la gente, ni guarda cama ni le aqueja ningún mal y los señores doctores (siempre, claro, a condición que no estén por accidente fuera de circulación) viven su plácida vida entre visita y receta y dando buenos consejos a los que tienen "tosseta". Porque, eso sí, tía. ¡Tos! Una tos terca y reacia que no se aviene a razones ni a potingues de farmacia desde hace ya varios días se ha ensañado en nuestra infancia aunque al parecer, la ciencia no le da mucha importancia. ¿Será verdad que esta tos no requiere medicina? Quizás sí. Mas, por si acaso, por si fuera tos ferina, "a can Xarrampeina és ple de nois que hi passen la tarda" porque siempre la niñez tuvo su ángel de la guarda.⁴³⁵

⁴³⁵ *Ancora*, «7 días». 2 de desembre de 1954. AMSFG.

Malgrat el miracle penicil·línic, pel que fa als trastorns banals els antibiòtics no van modificar les velles concepcions hipocràtiques:

El primer constipado de invierno es siempre algo aparatoso, importante, desmesurado... En realidad debíamos decir constipados de otoño, ya que los primeros, a esta estación corresponden; estación aparentemente apacible pero de bruscos desniveles de temperatura, ora recordando al verano, ora presintiendo el invierno, un día soplando el lebeche, otro la tramontana.

La gente viste aún de verano, con la precaución de alguna pieza de abrigo, —desde luego externa—, de lana. Mas, cuando esa precaución no bastó o cuando uno dejó de pensar en ella, ¡ya llegó el constipado! ¡Albricias! Los constipados de otoño se exhiben; no es cosa de encerrarlos en cama o de disimularlos. La gente carga con ellos en derroche de sano optimismo y de moral deportiva. “Ya pesqué el primero!”, oímos decir. Y esta frase repetida es pronunciada siempre con un legítimo orgullo: aunque uno no sepa, a ciencia cierta, el por qué. Además, del primer constipado se cuentan, como si de un balance se tratara, el número exacto de estornudos, los pormenores de cómo y cuando se cogió el enfriamiento, las aspirinas que nos hemos tragado... Y todo ello, con una especie de afán estadístico y de pregón, más prolijo que el que hace referencia al primer cólico estival que, entre paréntesis, merece también sus comentarios.

¿Será la obsesión del número uno? ¿Un complejo de primicias? ¿Una fobia a ser plato de segunda mesa?

Huelga confesar mi ignorancia al respecto. Pero lo cierto es que en el primer constipado, más o menos molesto, será sin duda alguna, tema seguro de conversación y que acabará cobrando una importancia y un relieve tales que no guardan ninguna proporción con su intrínseca naturaleza.

Más adelante, entrado invierno, nos avergonzaremos de nuestras narices enrojecidas, del uso y del abuso del pañuelo, de los importunos estornudos, de los molestos escalofríos... Pero, señores, pescar un constipado en octubre es casi como el pescar un centollo fuera de época! Y por si fuera poco, es la razón indiscutible para dar fin a una serie de proezas veraniegas que, sin menoscabo de nuestro amor propio, nos sabríamos como acabar.

Y, así, después de haber catalogado los estornudos y de haber marcado en la rosa de los vientos la corriente que nos hirió como un cuchillo, después de hacer balance de los limones y aspirinas ingeridos, después de calibrar el grueso del jersey con el que decidimos abrigarnos, acabamos indefectiblemente la perorata con estas palabras:

“Y... tuve que dejar los baños. Con lo buena que aún estaba la playa! Cerré las ventanas del dormitorio, y empecé a lavarme con agua tibia. No; no es que sintiera frío, pero el constipado me obligó a ello!”

Bendito constipado que nos evitó el bochorno de dar diente con diente en las playas desiertas, en la soledad de la alcoba! Que si bien es verdad que somos mejores cuando nos miran, no hay nada tan desolador como nuestra miseria en el honrado ámbito de una íntima soledad». ⁴³⁶ I comentaven «los resfriados también se muestran en sus diversas modalidades. Que gripe, que garganta, etc. Esos primeros resfriados que le pillan a uno desprevenido y que le tienen cuatro o cinco días desplazado. A pesar de todas las pastillas, jarabes y medicamentos caseros. Desaparecen luego, y nunca sabemos cual fue el remedio que los eliminó. Lo único que sabemos es que durante su plenitud, no hubo forma de deshacerse de él. ⁴³⁷

Malgrat aquesta concepció relativista, altres històries revelen canvis substancials en la concepció de la malaltia i la seva gestió:

Mi buen amigo sufría desde bastante tiempo una depresión nerviosa que le llevó al linde de un disparatado desenlace. Le aquejaban constantes dolencias en distintas partes del cuerpo; asma pertinaz, vahídos, temblor de piernas, dolores de cabeza, zumbidos en el oído, acortamiento de la visualidad, pérdida progresiva del apetito... en fin; una verdadera calamidad, con su secuencia de total retraimiento, para todo cuanto alegra nuestra vida. Tiempo hacía que, a pesar de nuestra entrañable amistad, no nos comunicábamos, como antaño, nuestros problemas, nuestras alegrías, nuestros pesares...

Mi amigo desapareció, como por arte de magia, de los lugares donde solíamos encontrarnos y charlar un buen rato de todo lo que charlarse, que no es poco. Debo confesar que, casi le olvidé por completo. Residente, él, en un extremo de la población, mis pasos no

⁴³⁶ Andraitx, L., «El primer costipado», *Áncora*, 14 d'octubre de 1954. AMSFG.

⁴³⁷ *Áncora*, 30 de setembre de 1954, p.3. AMSFG.

me llevaban nunca al lugar donde no me hubiera sido difícil encontrarle. Casualmente un día supe por un amigo común, que Pedro (así lo llamaremos), no andaba muy bien de salud; pero a nuestra edad, los sesentones, mucho hacemos con ir tirando, como se dice vulgarmente, y no hice el menor caso, por considerar casi normal que el amigo no disfrutara de una cabal salud. A mi modo de ver, yo me hallaba en su mismo caso, y ello no me preocupaba lo más mínimo.

Un día, al atardecer, cuando me place deambular por nuestras calles, al doblar una esquina, tropecé con mi amigo... Nos quedamos mirando, estáticos, como no dando crédito a nuestro encuentro y casi nos abrazamos. Preguntas y respuestas de rigor, manos enlazadas, palmaditas en el hombro... todo cuanto ocurre cuando se encuentran dos buenos amigos como somos nosotros, sucedió en aquel momento.

Le encontré optimista cien por cien, dicharachero, bromista... no era el mismo... no era mi amigo... estaba completamente cambiado: ni en sus mejores tiempos, ni en aquellos años, ya remotos, de nuestra juventud habíase mostrado lo feliz que ahora; no daba la sensación de una persona enfermiza, como lo describió nuestro común amigo. Al contrario; rebosaba salud por los cuatro costados y confieso que, en el fondo, su maravilloso porte me produjo, en los primeros momentos del encuentro, un tenue sentimiento de envidia, que se desvaneció rápidamente al iniciar sus explicaciones del caso extraordinario, de la paradoja que le estaba sucediendo.

Sus dolencias, ya descritas con todo lujo de detalles, le incitaron a acudir al médico. Inyecciones, pastillas, gotas, tabletas, jarabes, ayunos, abstinencias, todo. Toda la gama médico-farmacéutica le fue aplicada sin resultado positivo alguno: sí, parecía que tal medicamento aliviaba en parte sus dolencias, pero a los pocos días de tratamiento, se reproducían aquellas, con la natural desesperación del paciente.

Hasta que, al fin, y por consejo de un familiar decidióse a consultar un especialista y aquello fue el final de su doloroso clavarío por esta vida. Auscultación y examen general; análisis de sangre y poca cosa más... y a los dos días, el tan temido pronóstico: plétora sanguínea, exceso de sangre en el organismo... De ahí todas las molestias reseñadas y otras sin reseñar; reduciendo el caudal sanguíneo, desaparecería ipso-facto el motivo de su desesperación. Y así fue: primera sangría de seiscientos gramos y otra de quinientos a los veinte días, dejaron, al amigo, completamente nuevo, rejuvenecido, tal

como pude constatar en nuestro encuentro, después de tanto tiempo sin vernos... y yo que lo imaginaba, desmoralizado, envejecido, vegetando por esta vida esperando el paso a la otra... ¡Nada de eso! Muy al contrario...!!! Me parece, y casi estoy seguro de ello, que seremos muchos los que iremos delante de él hacia el reposo eterno. Eso no es todo, sin embargo! Hay todavía que examinar la parte paradójica de éste caso... las consecuencias crematísticas de la enfermedad de mi amigo...

Después de la segunda extracción de sangre y cuando Pedro, se disponía a satisfacer los honorarios al doctor, éste se negó a aceptarlos: nuestro amigo quedó mudo de asombro al oír las siguientes palabras del galeno: Soy yo quien está en deuda con Vd...!!!; analizada su sangre, resulta excelente como plasma y por su donación circunstancial debe Vd. percibir una cantidad que voy a entregarle.

Mi amigo ha recuperado momentáneamente la salud: ha desaparecido, por completo, el cúmulo de molestias que le aquejaban y, encima de ello, el buen amigo Pedro se ha convertido, de la noche a la mañana, en un pequeño rentista ya que, de sus explicaciones, se deduce que periódicamente percibirá una remuneración que aliviará el menguado presupuesto familiar. Ni que decir tiene que no sentimos, por todo ello, ni pizca de envidia; el buenazo de Pedro se lo merece todo...!!⁴³⁸

Conte filosòfic, per dir-ho d'alguna manera, que revela canvis profunds, nous elements de mercantilització, el pes dels malestars en la demanda sanitària. No seria, però, aquest model el que transformaria profundament la pràctica mèdica posterior, sinó el model molt més burocratitzat del SOE que subvencionava medicaments i podia acreditar baixes per malaltia. D'una banda, la burocratització del sistema afavoria una visita mèdica poc compromesa i, per l'altra, va ser un sistema que durant molt de temps, creiem fins a ben entrada la Transició, va operar com un sistema d'atenció esbiaixat per variables ètniques i de classe: «Un altre problema era el llenguatge: molts dels immigrants recent arribats no ens entenen malgrat parlar un castellà el més correcte possible i a vegades també ens costa a nosaltres entendre'ls a ells. Sort de la infermera —moltes vegades de la mateixa regió—, que ens fa d'interpret» (Gispert, 1976:177). Fins aleshores la relació amb els metges havia estat hegemònicament en català, i coneixem alguns metges vinguts de

⁴³⁸ «Paradojas de la vida». *Áncora*, 1956. AMSFG.

fora i integrats ací que eren capaços de distingir la població dels seus clients per les variants dialectals locals catalanes que feien servir. En canvi, molt aviat a les comarques gironines la clientela del SOE es va basar en els treballadors temporals de la construcció o del turisme vinguts de fora del Principat. Aquests procedien, en la seva majoria, de territoris amb un grau de medicalització molt menor, on l'atenció als pobres l'oferia *Don...*, habitualment un metge local sempre amic de les classes altes, i uns llunyans hospitals provincials de beneficència. El grau de medicalització de la societat catalana no tenia paríol, malgrat les seves deficiències, i les consultes del SOE, de castellanoparlants en general, van anar adquirint un estil i una identitat *cartillera* que avui encara no ha desaparegut.

Si el model de pràctica a Catalunya s'havia construït i transformat al llarg de dècades per la intensitat de la medicalització, la combinació del SOE i dels antibiòtics va ser probablement una barreja explosiva, des del punt de vista de la reorganització del significat i de la posició dels metges i dels seus pacients i famílies. És per això que enfront d'una pràctica que implicava el consell higiènic, els règims i una relació personal construïda lentament, el nou model de prescripció posava en qüestió aquests factors i ho reduïa tot a l'eficàcia de la prescripció. Aquesta podia fer més curtes les visites i atendre així una demanda —la del SOE— que era gratuïta i implicava la quasi gratuïtat de la prescripció, i donava a qualsevol altre medicament el mateix valor simbòlic que l'antibiòtic:

Vitamina. No nos llamemos a engaño y seamos sinceros. A lo que ahora denominamos vitamina, dándonoslas de avanzados, nuestros abuelos lo denominaban, poco más, poco menos, reconstituyente. ¿No es igual decir, por ejemplo: “come muchos espárragos que traen muchas vitaminas” o “come muchos espárragos que son un gran reconstituyente”?

Lo que pasa es que como los tiempos son de empaque, de tal hemos de revestir a la palabra arcaica y así la vemos cambiar por vitamina. Y es más. Esta palabra no la dejamos ir sola. La acompaña una letra del alfabeto: vitamina A, vitamina B,... Unos amigos hablaban un día de una vitamina con una letra formidable La vitamina LL. La consideraba de una gran riqueza en fósforo y cal, pero es tan lejana la LL, que todavía haya para rato en alcanzarla. La hacemos pública, no fuera caso que se quedara en la ignorancia. Esta vitamina sería a base de: “llenguado”, “llom”, “llangonissa”, “llubarro”, “llomillo”, “llagosta”, “llopastre”, etc.

Hoy día que tanto animan nuestros comercios estos paquetitos de productos concentrados a base de aves y pescados, según reza la literatura allí adjunta, sería altamente satisfactorio para las calorías en general ver aparecer, al fin, algún paquetito a base de esta vitamina LL tan ponderada por unos amigos y que lo mismo se adapta a la palabra moderna que estamos comentando que a la antigua de reconstituyente.⁴³⁹

L'actitud de la població i dels professionals sanitaris cal entendre-la com la reacció davant segles d'escepticisme terapèutic. Tot l'anterior esdevé quasi inútil, un anecdotari grotesc fet de purgues i lavatives, de sanguines, de dietes d'aigua i peix bullit, de ventoses, calomelans, pastilles del doctor Andreu, els cataplasmes d'oli de lli o el terrorífic oli de fetge de bacallà. O l'*hongo*, un remei de l'època de l'estraperlo i l'autarquia, «antes había una purga: el Agua de Carabaña. En el 44 o 45 había un hongo que se ponía en el té que decían que iba bien para el hígado. Un día el Doctor Casals fue a visitar a mi abuelo y mi abuela lo tenía y se ponía en remojo con té y por la mañana te tomabas el té y él le preguntó: “què és això”, “és el bolet”, “a veure, deixe'm provar” y lo probó y dijo “quin fàstic”».⁴⁴⁰

La introducció dels nous antibiòtics i de les noves molècules va suposar, per a les famílies que no estaven assegurades pel SOE, un increment en els costos del tractament. Inicialment no eren barats, i a més, a l'antibiòtic per via parenteral s'hi afegia el cost del practicant. Això va donar lloc a una certa generalització de l'autoadministració per part d'algun parent, veí o amic, «que sabia punxar», fins que la mortalitat per xocs anafilàctics per penicil·lina comencessin a circular. Malgrat això, existia i existeix la creença que aspirant amb l'èmbol per comprovar si es podia punxar la vena, la injecció era una pràctica innòcua.

Per tal de no perdre clients, una de les tendències en la pràctica mèdica fora del SOE, als anys cinquanta i als seixanta, va ser complementar la visita mèdica amb el regal, per part del metge, d'envasos de mostres mèdiques als pacients. Fins que la legislació, durant els anys setanta, va regular-ho i en va restringir el regal, aquesta versió gratuïta dels medicaments va ser un factor poc negligible en la construcció cultural del paper i del significat del medicament i en la reorganització de les relacions entre metges, pacients i familiars.

⁴³⁹ «Otro turno, las tres VVV». *Áncora*, 12 d'abril de 1956. AMSFG.

⁴⁴⁰ Anna Vicens.

Les farmacioles de les consultes mèdiques rebien centenars de mostres cada any. Si una mínima part corresponia al consum personal del metge i de la seva xarxa social més immediata, un percentatge importantíssim el derivaven els metges als seus clients i pacients com una forma de donar i de compensar el cost de la visita, però introduint una dimensió simbòlica important en l'objecte donat, de la mateixa manera que la sagrada forma pot ser percebuda pel creient. D'aquesta manera la mostra va tenir una circulació impressionant.

Entre Madrid i Barcelona en el període 1955 i 1975 es van repartir entre 200.000 i 300.000 envasos de mostres cada mes. A Barcelona una empresa, *Vector SL*, distribuïa diàriament, de dilluns a dissabte, als metges de la ciutat i província com a terme mitjà unes 5.000 mostres que provenien d'uns 130 laboratoris. Una dotzena i mitja de treballadors, a tant el paquet, repartien a peu, amb una motxilla, els medicaments de casa en casa, i evitaven deixar-los en les porteries. Les mostres demanades pel metge al matí o el dia abans per telèfon havien de ser a la tarda a les seves consultes. Amb els estocs plens, les esposes dels metges preparaven sacs de mostres que regalaven als hospitals de beneficència on treballaven. Un laboratori considerava normal lliurar com a mostra d'un 3 a un 5 % de la seva producció. En teoria, la mostra suposava la possibilitat de provar el medicament, i així era, però també molt més que això, ja que es convertia en la possibilitat de construir una nova reciprocitat en un negoci mèdic encara no salaritzat a temps complet i on la consulta es convertia en un escenari de forta competència, però en el qual el cost de la visita seguia sent prohibitiu per a les classes populars. Per al laboratori, en un mercat cada vegada més atomitzat per la creació de nous competidors, era un senyal d'orgull que un metge emprès únicament en la seva xarxa social els seus productes, una pràctica que subsisteix actualment encara en el camp dels aliments infantils, especialment en el de les llets maternitzades.

No obstant això, el volum i la diversitat de l'oferta de mostres desbordava de bon tros les possibilitats de consum del metge i de la seva pròpia clientela. Un representant o visitador davant un especialista no podia, ni pot, negar-li una especialitat que en principi no utilitza professionalment, però sí per a ell o per als seus. La sobreabundància de mostres en mans dels metges i en les farmacioles dels hospitals de la beneficència pública significava que eren introduïdes en la població a partir de donacions sistemàtiques. Els medicaments dels armaris acompanyaven la recepta després de la visita a aquests centres: representaven l'inici del tractament

que després hauria de seguir-se adquirint a través dels preparats a la farmàcia i era, sobretot, una ajuda gens menyspreable en una època en què la cobertura de la Seguretat Social era molt menor que avui.

Aquests medicaments incloïen fullets explicatius no supervisats per les autoritats sanitàries. Tendien a magnificar els efectes i a minimitzar contraindicacions i efectes secundaris. La nova confiança en el medicament industrial generada pel miracle de la penicil·lina i pel desenvolupament als anys cinquanta d'una panòplia increïble de molècules altament efectives per a gairebé totes les especialitats mèdiques i quirúrgiques, va operar com una sort de referent global de respecte a qualsevol preparat, fos o no fos efectiu. Als primer anys cinquanta, el ciutadà podia creure que *Redoxon*, el preparat de vitamina C de Roche, era tan eficaç contra les viriasis de vies altes banals com la penicil·lina per una estreptocòccia. Tot plegat suposava l'aparició de sabers autònoms entre la població en els quals es combinen les instruccions i les explicacions del metge, la percepció de l'eficàcia real o simbòlica del preparat, la informació continguda en el fullet i la pròpia experiència en el seu ús. Però s'ignora que en el saber farmacològic del metge pesa el discurs del visitador i la construcció de xarxes de reciprocitat amb el mateix i, per tant, amb la indústria. «A mi l'ampicil·lina "pepito" em va bé. Quina diferència hi ha entre receptar aquesta i la ampicil·lina "miguelito", em pregunto. Però el representant em tracta bé». En aquest joc els visitadors tenien la clau del procés de venda, ja que les empreses sabien que les mostres donades als pacients tenien un important retorn de venda directa a la farmàcia posterior, en la mesura que la població aprenia a emprar els nous medicaments i podia prescindir de la prescripció —i del cost de la visita—, en un temps on a les farmàcies hi havia molta liberalitat al respecte.

El 1962 un aiguat va devastar dues comarques properes a Barcelona. Es van comptabilitzar més de mil morts i desapareguts i els dies que van seguir la catàstrofe van posar en evidència la falta de mitjans de protecció civil i d'infraestructura tècnica del país. A Catalunya, de la mà d'un programa de ràdio instat pel locutor Joaquín Soler Serrano va produir-se una profunda mobilització social per acudir allà on van fracassar estrepitosament els poders públics. Les demandes radiofòniques se centraven en ajudes monetàries i materials: flassades, menjar i medicaments. Ramon Jordi (1982) relata l'allau de medicaments que els particulars van lliurar a les autoritats. El seu informe és un document, fins a cert punt esfereïdor, del nivell que, al 1962, ja tenien els medicaments a les cases. El volum

d'aportacions va ser tal que l'endemà passat de la catàstrofe es va haver d'insistir, des de les emissores, que cessessin els enviaments de medicaments. El Col·legi de Farmacèutics va tractar de classificar-los però en les farmacioles espontànies que es van organitzar en moltes poblacions va ser el caos: «A l'ajuntament de Sant Adrià del Besòs [...] una espècie d'agutzil va mostrar un veritable arsenal d'especialitats farmacèutiques de totes classes: grans quantitats de vitamines, caixes senceres de productes de laboratoris..., duts per ell mateix, pots de *pelargón* per a alimentar una guarderia infantil sencera, vacunes, llet condensada, força xeringues, caixes de sabates plenes d'espardenya lliurades pel col·legi, etc. En una altra habitació dintre d'un armari hi havia més caixes d'espardenya i agulles» (Jordi, 1982:20). El volum va ser tal que es va fer indispensable la seva requisita i un control, així com la seva retirada d'aquells punts més difícils de controlar. El 6 d'octubre es van lliurar a la Comandància de Marina onze sacs i una maleta plens de medicaments en mal estat per ser llançats al mar. L'Ajuntament de Sant Adrià del Besòs va retornar 400 kg de medicaments no utilitzats al Col·legi de Farmacèutics de Barcelona, i la *Sección Femenina* vuit sacs plens. Jordi (1982:46) avalua en cinc camions grans plens el total de medicaments mobilitzats, entre els quals hi ha els llençats al mar i un grup importantíssim —el més nombrós— d'envasos incomplets d'antibiòtics, antigripals, sedants, tranquil·litzants, vitamines, etc, dels quals solament es van utilitzar antibiòtics, tranquil·litzants i el material de cures. L'hegemonia del medicament en el procés de medicalització de Catalunya era un fet.

Si la penicil·lina va ser una revolució terapèutica i cultural, l'estreptomicina, i un xic més tard la isoniazida i el PAS, va revolucionar el curs de la malaltia per excel·lència, la tuberculosi, la més present en l'imaginari cultural. Encara abans de la Transició en les facultats de medicina s'ensenyaven les formes clíniques de tuberculosi i sífilis, dues malalties amb una evolució sovint tòrbida i crònica, i que ocupaven un espai enorme en els programes de totes les assignatures. Així, per a tots els nascuts abans de 1960 la tuberculosi era un fet omnipresent en el qual la memòria col·lectiva parlava de mort, o assenyalava algú amb la veu baixa «era tuberculós, pobret» i que angoixava la població: «un cosí germà del meu sogre va tenir una flegma. El metge de l'Escala el donava per mort. El meu sogre li va dir:

—Et portaré a Sant Feliu amb el Doctor Casals—. I el va portar i Casals li diu:

—El llit el matarà, ha de sortir, ha d'anar a caminar i tot això— i el va posar bé. Va morir al cap de 30 anys almenys.

Llavors hi havia un vailet jovenet que els metges deien que estava tocat dels pulmons, i eren molt amics del meu sogre i diuen:

—Miquel, estem desesperats, doncs mira, un dia agafes el cotxe de línia i véns a Platja d'Aro, em telefonas el dia que vindràs i jo ja t'esperaré—. I el va portar amb el Doctor Casals. En Casals el va mirar:

—Aquest nen no té res—. Però era un fideu:

—El que ha de fer és anar a nedar, córrer per la sorra i menjar, quan vulgui dormir que dormi, i quan no vulgui que no dormi. I Miquel, tu el tens tot l'estiu allà—. El varen deixar allà i al cap de pocs dies aquest nen ja saltava i ballava. La seva mare diu:

—Oh, ha fet un canvi molt gran—. I contestà Casals:

—El que passava és que estava acovardit de vosaltres, que el portàveu com una flor, éreu vosaltres que el teníeu malalt—. Ara deu tenir 65 anys o una edat així aquest noi. Ara no sé si és viu o és mort».

Als anys quaranta la tuberculosi feia estralls i, encara, no estava comercialitzat l'antibiòtic específic. Casals va ser un gran especialista en pneumologia, amb grans coneixements i capacitat per aplicar tractaments difícils com la col·lapsoteràpia. Abans dels antibiòtics les cures climàtiques eren la regla i, per això, alguns malalts de la comarca eren separats de llurs famílies i traslladats a cases de pagès a la zona de Romanyà de la Selva, on el clima ajudava els pacients a guarir-se. Cap al 1950 Casals va convenir amb uns masovers de Bell-lloc (Can Riera) de llogar, a famílies amb pacients tuberculosos, habitacions amb dret a cuina per passar tres o quatre mesos, en una cura de repòs amb unes directrius, com si talment s'estiguessin en un sanatori de muntanya. Els feia reposar després del dinar, en una cadira extensible triada pel metge. El llavors rector de Romanyà, mossèn Gumersind Vilagran, hi tenia també gent allotjada. Fins i tot malalts de la capital barcelonina vinculats a Sant Feliu de Guíxols van fer estades a Bell-lloc: «Entre 1949 i 1950 el Doctor Nadal ja era molt gran i ja avisàvem sempre al Doctor Casals. En aquells temps, la tuberculosi feia estralls en la gent de totes les edats; jo també en vaig ser perjudicada amb un «eritema nudós». Després d'un tractament amb estreptomycin i repòs absolut, el doctor va proposar als meus pares d'anar a la font Picant on ell sabia d'un mas (Can Riera) que llogaven habitacions amb dret a cuina i menjador, per passar-hi tres o quatre mesos. Un cop fets els tractes, ens hi vam instal·lar: la mare, la meva germana i jo. El pare venia els caps de setmana i les festes. El mas Riera és a Bell-lloc, una mica més amunt de l'església. N'eren els masovers, en

Pepet i la Candita, que tenien dos fills: en Marcelino, que treballava a Can Sarreta de taxista, i la Montserrat, una noia guapíssima d'uns 20 anys. També, hi vivia la padrina. De seguida ens hi vam trobar molt bé; eren molt bona gent. L'habitació era al pis de la part del darrere, hi havia un llit de matrimoni i dos d'individuals; també, un rentamans d'aquells amb la galleda a sota i un gerro per a l'aigua que pujàvem de la cuina, l'únic lloc que n'hi havia de la casa. La llum era molt precària, anava amb bateries que en Pepet carregava un cop per setmana. Els últims dies, quan s'esgotaven, quasi no teníem llum. Més tard, vingueren més hostes, el matrimoni Cullell-Ramis amb la seva filla, que tenien l'habitació als baixos, i el matrimoni Serra-Juanola, amb els fills Esteve i Xavier, que era el pacient del Doctor Casals. Ells tenien també habitació al primer pis, però a la part del davant. Al principi, cada família feia la seva cuina, però més tard moltes vegades acabàrem fent-ho junts, perquè la mainada sempre volien el de l'altra "mama", complint-se la dita: "pa de veïna, és medecina". En un altre mas, hi havia una noia que també tenia tuberculosi, i li aplicaven el pneumotòrax: li treien l'aire del pulmó malalt. Però aquella noia després va morir. Jo com que era petita, no tenia por, ni me n'adonava. Dels que no disposaven de mitjans molts agafaven el tren i anaven fins a la font Picant. Allà estenien les seves hamques, hi berenaven i fins i tot hi passaven la nit. Després tornaven cap a Sant Feliu amb l'últim tren».⁴⁴¹

Fina Camprubí, nascuda el 1936, va ser diagnosticada de tuberculosi el 1953 pel doctor Casals. Aquest va recomanar la família de portar-la en un lloc enlairat i la van portar a una barraca de vinya a la zona del Mas Trempat (entre Sant Feliu de Guíxols i Santa Cristina d'Aro). La noia s'hi estava sola de dia, mentre els pares anaven a treballar i de nit hi anava la seva mare a fer-li companyia. Ho van fer 5 anys, fins que ella en tenia 22. Malgrat que un xic abans ja estaria retirada la malaltia, el doctor Casals encara la feia estar allà i ell l'anava a visitar. A més, hi havia una dona de pagès allà que li posava les injeccions.⁴⁴²

⁴⁴¹ Anna Vicens, pacient.

⁴⁴² Anna Vicens, pacient.

9. El SOE, les mútues i les iguals

*La mirada clara, lejos,
y la frente levantada,
voy por rutas imperiales
caminando hacia Dios.*

*Quiero levantar mi Patria,
un inmenso afán me empuja,
poesía que promete
exigencia de mi honor.
(Montañas Nevadas)*

El SOE va organitzar un model assistencial basat en els consultoris, més tard ambulatoris propis: «Había consultorios en habitaciones realquiladas. Pertenecían a pisos de viudas malencaradas, conscientes de su predominio sobre los productores enfermos. Las viudas sustituyeron a los conserjes almirantados, que cabeceaban cada vez que censuraban el estado desvencijado de aquellas frágiles cartillas con foto familiar» (Vázquez Montalbán, 2003:94-95). A Sant Feliu de Guíxols era al carrer de Sant Llorenç, prop de les oficines de la Seguretat Social del carrer Major. Es van cobrir places per *escalafón y lealtad*, atenent a la fidelitat al Règim. «Allà s'hi havia de de col·locar un al·luvió de metges joves, molts d'ells que venien de la guerra. Els càrrecs principals corresponien als principals elements de *El Imperio hacia Dios*, sobretot estudiants d'últims cursos que han fet la guerra i alguns d'ells —explica Ferrer Solervicens—, s'examinen d'uniforme, deixant la pistola sobre la taula del catedràtic. A l'organització del SOE les condicions per les autoritats mèdiques són oneroses ja que es prescindeix dels mèrits científics i amb prou feines hi podien intervenir institucions com els Col·legis de Metges. Els representants que es van enviar a Madrid per mirar d'intervenir crec que se'ls van treure de mala manera i àdhuc els van amenaçar» (Gispert, 1976:150). Si segons Reventós (1990:51) els professionals que aleshores s'hi van adscriure, sobretot en càrrecs directius, pertanyien als sectors menys integrats de la societat catalana, la realitat és que el reclutament corresponia al *partido* o a professionals vinculats abans de la guerra als sectors tradicionalistes que havien fugit a Burgos. Als nivells assistencials més baixos hi van entrar metges joves que van veure l'«explotación del médico joven, y del obrero asegurado, por las mal llamadas “entidades colaboradoras del Seguro Obligatorio de Enfermedad”. Ellos han visto el contraste entre los fabulosos

edificios burocráticos del Instituto Nacional de Previsión, y los Consultorios de un médico de barrio, huérfanos del instrumental más necesario. Y saben lo que es ver desfilar familias enteras cuya salvación física y moral está fuera del alcance del médico, porque éste nada puede hacer cuando el responsable es todo un orden injusto. Conocen la vergüenza que sintieron la primera vez que, al prodigar sólo palabras o remedios falsos a personas que esperaban con fe, se convirtieron, a pesar suyo, en colaboradores activos de la injusticia. Saben lo que es negar una radiografía, una plaza en un sanatorio o en una clínica, por un ahorro que les es impuesto. Y han visto el desorden burocrático, la explotación mercantil del Seguro de Enfermedad, la desorganización de la asistencia médica que provoca, en los consultorios de las grandes ciudades, las colas de mujeres pobres embarazadas, esperando durante horas que les llegue el turno para una receta o para el reconocimiento, tratadas como si no fueran seres humanos» (Pinilla de las Heras, 1996).

Al principi el *Seguro* no va gaudir de massa prestigi, ni social ni científic, cosa que va fer que el col·lectiu mèdic se'l mirés amb més displicència que altres modalitats d'assistència col·lectiva: «Què fer davant l'assegurança social que s'està implantant i que ens sembla de manera equivocada? Com sempre he estat un somiatruïtes i lliure com el vent... cometo la gran equivocació i decideixo de no entrar-hi. Ignorava que la medicina ja havia començat a socialitzar-se en altres països i que tot acabaria amb computadores. Seria un metge lliure, ni manar ni ésser manat. Falòrnies de poeta» (Gispert, 1976:151). També Martí Casals i molts d'altres es resistien a deixar de ser els seus propis empresaris i eren en general hostils a la forma de col·lectivització que suposava el *Seguro*, però això no passava en altres metges: «al començament el *Seguro* va agafar un caire militar amb una sèrie de condicions i sancions no gens agradables pel metges. Es va prescindir quasi per complet de la nostra intervenció i crec que es va arribar a amenaçar al representants dels Col·legis de Metges que anaren a Madrid i que intentaren salvar els interessos i la dignitat del cos mèdic espanyol. Recordo a Barcelona metges venerables i catedràtics fent cua de la manera més humiliant en un vell casalot del carrer Ample, caserna general del *Seguro*, amuntegant papers i depuracions. Més endavant no van mirar tan prim, ja que mancaven metges que es resistien a ingressar-hi» (Gispert, 1976:175).

Amb els anys, les reticències van desaparèixer perquè el sistema de contractació del *Seguro* va anar evolucionant a un model de pagar a tant per *cartilla* —l'anomenat *cupò*— per treballar dues hores a l'ambulatori i atendre els domicilis fins a les cinc de la tarda, cosa totalment compatible amb el model de pràctica de

la majoria dels metges generals de Catalunya. Però aleshores «és ja molt difícil entrar al *Seguro* on hi ha escales impenetrables. Després d'un seguit de visites i maniobres un empleat de l'INP m'estafa uns milers de pessetes que diu que ha de lliurar a una part de la jerarquia assegurant-me que em farà entrar al *Seguro*» (Gispert, 1976:163).

Amb la *Ley de Seguridad Social* de 1967 «es transformà molt la pràctica del metge, al principi veien poques persones a les consultes però cap al final el nombre s'havia multiplicat per quatre i els metges es sentien desbordats. Jo ja no podia dinar mai amb la dona i els fills.⁴⁴³ En començar a treballar, la impressió era la mateixa de quan vaig fer el servei militar esperant garrotades dels de dalt i dels de baix. El més important, em van comunicar, és aconseguir *éxito político*, o sia, que calia aconseguir totes les esferes, des del borratxo perdut acabat d'arribar del *pueblo* a la dona histèrica refatigosa i exigent i neuròtica, així com contentar tota mena d'inspectors, suprainspectors i altres jerarquies regionals i nacionals» (Gispert, 1976:176). A més, treballaven amb «malalts imaginaris que s'entestaven que els fes un munt de receptes que portaven, suposo que no sol per ells sinó per a tot el barri, el matrimoni en què tant home i dones volen fer tancar al manicomi, les amenaces de denunciar-me per no voler curar malalts incurables... "Si paguéssim les visites ja els curaria, ja" em diuen i així successivament» (Gispert, 1976:177).

A més del SOE, l'*Obra Sindical 18 de Julio* atenia els pensionistes del SOE. Aquesta era una mútua diferent que pagava pitjor als metges però que suposava per a molts d'ells un sobresou més. L'*Obra* existia encara durant la Transició i va refondre's amb la Seguretat Social quan va desaparèixer el *Sindicato Vertical*.

A banda del SOE, a totes les comarques de Catalunya van revifar, després de la guerra, les assegurances privades. El seu sistema de pagament era per capitació, a tant per *cartilla*, d'una manera semblant a la pràctica de les conductes, que van seguir ben esteses a tot el Principat.⁴⁴⁴ Això vol dir que fins a la salarització ja en plena Transició, la immensa majoria de metges vivien en un mercat extremadament atomitzat, que implicava per a tots ells la pluriocupació, incloses les

⁴⁴³ J. Ruscalleda. Els metges reunien en la seva persona les competències de metge titular, metge de la Seguretat Social (a partir de 1967), metge privat i metge d'una assegurança lliure.

⁴⁴⁴ Casals, mentre va ser soci de la Societat Mèdica d'Especialitats Girona, SA —és a dir, des de maig de 1936— havia de tractar els abonats a la Societat només amb fórmules magistrals o amb els medicaments específics detallats en el *petitori* de la mútua (Gaitx Moltó, 2007:172).

conductes i petites trames de com utilitzar el talonari del *Seguro* amb els pacients privats de la zona sense oblidar l'existència de corrupteles més severes com el *tarugo* —una comissió per recepta estesa—, i la *dicotomia* —un percentatge sobre les visites derivades a col·legues o clíniques privades.⁴⁴⁵ «Segons el règim de conductes, la gent pagava una quantitat, que al principi podia ser als anys 50 d'una pesseta al mes, i tenien dret a visitar-se amb el metge. La gent benestant pagava fins a 25 pessetes. La gent venia a casa del metge a visitar-se, molt poca gent, de manera que la consulta, si era per el matí, potser només hi venien tres o quatre persones. Els pagesos, la gent del camp, pagaven amb espècies, amb blat. El que es diu una quartera, que eren 25 o 30 quilos de blat. Hi hagué una família que per poder pagar l'estreptomicina (que s'havia d'anar a buscar a Barcelona, pagar-la i el metge desplaçar-se) varen haver de vendre's una vaca».⁴⁴⁶ Ho pagaven durant l'època de sega i llavors el metge, per allà el setembre o l'octubre ho venia. En Casals no tenia inconvenient als masos en «cobrar en espècies, una dotzena d'ous, blat, verdures».⁴⁴⁷ De les espècies «molt sovint m'arribava [als hermanos de la Salle local] un pagès:

—Li porto un sac de patates.

—Jo no li he demanat.

—Ja ho sé, però el Doctor Casals que pensa molt amb vostès m'ha dit que els hi porti, que segur que el necessitaran més que ell—. Aquest acte el feia ja sigui amb patates, amb un parell de pollastres o amb qualsevol cosa».⁴⁴⁸

Els pescadors pagaven amb peix: «jo era molt prim i quan veníem a Sant Feliu al matí a vendre el peix, en guardàvem per portar a casa el Doctor Casals. Un dia que hi vàrem anar, ell encara hi era. Diu:

—Que teniu molta pressa?

I el meu sogre diu:

—M'agradaria que li fessis una revisió al meu gendre, perquè treballa molt—, i jo era molt prim.

⁴⁴⁵ En hospitals com ara Sant Pau hi ha formes de pagament als metges per jornada parcial i que vénen d'antic. Són remuneracions a algunes categories mèdiques. En altres casos, l'hospital accepta que es prorrategin els productes d'algunes tècniques. Els psiquiatres es repartien la meitat dels guanys obtinguts per la pràctica d'*electroshocks* entre 1943 i 1960. Vegeu MIA, *Llibres d'Actes* (sèrie 1943-1960). AHSCSP.

⁴⁴⁶ J. Ruscalleda, metge.

⁴⁴⁷ Emili Colls, auxiliar de farmàcia.

⁴⁴⁸ Germà Joan Oliva, salesià. Mai li volia cobrar la visita.

—Doncs apa...—, em va fer estirar i em va escoltar bé i diu:

—No havia vist mai cap persona tan forta com ell! No pateixis, és molt fort—. I va ser l'única vegada que em va visitar. Ell sempre venia allà a la platja i es quedava allà a dinar. Visitava el meu sogre, també pescador, eren com germans. No ens cobrava mai, jo crec que no cobrava a ningú». ⁴⁴⁹

És clar que cobrava «amb diners. Feia la seva feina molt ben feta, però la volia cobrar. Ell cada visita la volia cobrar. Inclús aquest dia que vàrem anar a Girona li va dir al meu pare: “ja portes cèntims? Mira que hauràs de pagar dos metges més... El meu pare, volia tenir nois per treballar al camp i abans de néixer la meva germana li va dir: “si em dius el que és abans que neixi et dono un sac de cigrons”. No sé si li va dir o no. A algú poder sí que li havia cobrat amb cigrons però al meu pare no”. ⁴⁵⁰ Quan anava a La Gavina, moltes vegades es quedava amb en Ramos que estava a la cuina i moltes vegades quan estava a la farmàcia trucava: “Adela, avui una sopeta de menta, que no tinc gana”. I l'avi Ruscalleda li deia, sorneguer: “ja has anat a La Gavina, eh...”». ⁴⁵¹

10. Els dispositius assistencials

Acabada la guerra, la situació dels hospitals locals a tot Catalunya era dramàtica. ⁴⁵² El març de 1939 al Clínic de Barcelona molts laboratoris no funcionaven, hi mancaven molts llits i era freqüent que els malalts fossin a terra amb matalassos sense llençols. La Diputació de Barcelona proposava crear una *Junta Hospitalaria Provincial* a la qual participessin l'Ajuntament de Barcelona i els hospitals de titularitat privada com Sant Pau però el president, el comte de Montseny «hizo notar las dificultades con que se ha tropezado en todo tiempo al intentar la reunificación, por la resistencia a ella de los intereses creados al amparo de las instituciones particulares y por el riesgo que se exija a la Diputación de Barcelona sacrificios superiores a sus fuerzas», que volia dir que la corporació provincial no tenia un duro. Els particulars controlaven el 60 % de la capacitat sanitària de la província, un 12 % la Diputació, un 12 % l'Ajuntament i la resta en mans de

⁴⁴⁹ Adolf Riol, pescador.

⁴⁵⁰ Núria Viñolas, malalta.

⁴⁵¹ Emili Colls Ferrer.

⁴⁵² Com a exemple l'Hospital de Sant Pau de Bracelona (Comelles, 2006: 175-191).

l'Estat (Molinero & Ysás, 2007). La situació a Girona no devia ser millor i el 1940 les autoritats franquistes, a través de les *Juntas Provinciales de Beneficencia*, els van fer arribar uns qüestionaris en els quals hom demanava la relació de personal *activo y dirigente, subalterno o personal asilado*, així com el tipus de malalts que s'hi trobaven i el personal d'oficis. L'interès de l'Administració era establir quins eren els treballadors assalariats ja que «en hospitales emplazados en poblaciones de menor importancia y que prestan servicios sanitarios comarcales son acogidos un 40 % de hospitalizados crónicos, ancianos decrepitos y que no deben ser considerados como enfermos, y estos por su estado más o menos delicado de salud pasan a la categoría de enfermos-ASILADOS ocupando voluntariamente y según sus aptitudes los empleos de personal de asistencia SUBALTERNO, los cuales parecen no tener derecho a los beneficios de la Ley de Accidentes de Trabajo pues no tienen consignación de SALARIO, sólo derecho a GRATIFICACIÓN». ⁴⁵³ Per la seva banda el *Director General de Sanidad* (*Jefatura Provincial de Sanidad*) demanava dades sobre les societats d'assistència mèdica *La Feliz de Fanals d'Aro*, *La Patria Fanolense* i *El Porvenir* de Castell d'Aro i el seu alcalde afegia una entitat anomenada *La Amistad* «para mujeres solamente y que según antecedentes viene funcionando desde hace unos treinta años». ⁴⁵⁴

En les dues primeres dècades de la postguerra, l'hospitalització es limitava a l'escenari clàssic de la beneficència pública i del mutualisme privat: el tractament quirúrgic, la gestió de malalties terminals en la població pobre i l'aïllament d'algunes malalties infeccioses o de les psicosis.

Els primer anys de la dècada dels quaranta, tot i que continuen arribant llegats als hospitals en forma de donacions d'immobles, de fons de llibretes d'estalvi i de títols d'obligacions, la Junta de l'Hospital de Sant Feliu de Guíxols es va veure obligada a decidir la venda de nombrosos immobles i a sol·licitar crèdits per fer front a les despeses ordinàries. ⁴⁵⁵ El pressupost de l'hospital durant aquests anys es trobava al voltant de les 70.000 pessetes per exercici. El novembre de 1939 la Junta Provincial de Beneficència va aconsellar l'organització d'una subscripció entre els veïns *pudientes* de la població per incrementar els ingressos. Es durien a

⁴⁵³ ANC (1874-1977). Fons Junta Provincial de Beneficència de Barcelona (218- 2).

⁴⁵⁴ AMCA (1932-1936), 3 de desembre de 1940.

⁴⁵⁵ Situació idèntica a la que va viure l'Hospital de Sant Pau de Barcelona entre 1939 i 1959. En aquest cas el flux de llegats era molt modest a principis dels anys cinquanta (Comelles, 2006:175-191). També l'Hospital de Blanes que tenia 12 llits el 1958 (Lema. Costa Brava, 1958).

terme subscripcions mensuals i de la quantitat total resultant se'n repartiria 2/3 a l'hospital i el terç restant a l'asil. Entre gener de 1940 i juny de 1941 es van recaptar una mitjana de 1.415 pessetes mensuals per repartir entre ambdues institucions. Els ingressos de l'hospital provenien, en gran part, de les aportacions a les societats de socors i dels malalts de pagament (a partir dels anys 1950 s'hi afegiran els usuaris d'origen estranger), a les quals cal afegir els procedents dels lloguers de cases, almoines i els subsidis de vellesa. La delicada situació econòmica va afectar fins i tot la disponibilitat d'aliments i de medicaments suficients i, així ho va justificar la venda d'immobles. A partir de 1949 l'equilibri financer de la institució hospitalària va quedar assegurat amb la subvenció anual de l'Ajuntament. El 1950, a més de l'aportació anual municipal de 40.000 pessetes, s'hi afegirà una partida extraordinària de 25.000 que ajudarà a eixugar el dèficit. Així, l'hospital podrà començar a pagar deutes i a plantejar-se «hacerse llegar hasta los hospitalizados el cambio satisfactorio logrado mejorando a tal fin en lo posible la alimentación de los mismos». Fins al 1960 van caldre inversions per reparar els tancaments i la teulada i millorar l'equipament, amb una cuina i una màquina de rentar roba noves, mobiliari, instal·lació de timbres a les sales dels malalts, etc. Però la capacitat de resposta era limitada. Els canvis provocats per la demanda plantejaven el 1960 la necessitat d'habilitar una dependència, amb l'ajut de la Creu Roja, per assistir ràpidament als accidentats «ya que especialmente durante los meses de verano en que debido al gran aumento de tráfico en esta ciudad y sus alrededores se producen casos en que las víctimas deben ser prontamente atendidas».⁴⁵⁶

En el término municipal de Santa Cristina de Aro, ocurrió sobre las 7 de la noche del pasado domingo un accidente de circulación, siendo arrollado Hipólito Mont Alsina, casado y domiciliado en San Feliu, por el SEAT 600, matrícula B-200.511, propiedad de José Subirana Culla, de Manresa.

Trasladado el accidentado a San Feliu, fue ingresado en el Dispensario de urgencia del Hospital, donde le asistieron los médicos José M^a y Jorge Rubió apreciándole fractura de base de cráneo, fémur, tibia y heridas considerando su estado gravísimo.

⁴⁵⁶ *Llibre d'Actes de la Junta de l'Hospital*. Fons Hospital, Caixa 38. AMSFG, i *Àncora*, 1 de juny de 1961.

Le fue suministrado suero, y si bien se pensó en la posibilidad de trasladarlo a Gerona, tuvo que desistirse ante el empeoramiento que se registraba, falleciendo a las 0h30 de la madrugada aproximadamente.

El infortunado motorista deja mujer y una niña de 13 meses.

Las causas que motivaron el accidente están siendo esclarecidas por la autoridad competente, a cuya disposición ha quedado el conductor del SEAT-600.⁴⁵⁷

Malgrat les limitacions tècniques de la majoria dels petits hospitals locals catalans, el seu paper sanitari va augmentar durant el franquisme perquè calien espais pròxims d'aïllament de malalts infecciosos, també podien tenir quiròfans de cirurgia general i traumatologia (vg. Broggi, 2007), i per la creixent medicalització dels parts distòcics, l'increment de les cesàries i també els parts naturals i les emergències: «El miércoles de la pasada semana el trabajador Joaquín Ceballos, mientras era curado de unas heridas producidas por una caída yendo en bicicleta, sufrió un fuerte ataque de epilepsia, siendo impotente el Doctor Ruscalleda para dominarle, lo cual sólo se logró cuando, tras las naturales demandas de socorro y de haberse personado un Guardia Municipal, el atacado pudo ser dominado, si bien después de haber ocasionado serios desperfectos en el Consultorio. Se procedió a inyectarle calmantes, y fue llevado al hospital. Una vez allí, le repitió el ataque, siendo preciso llevarle a una sala aparte y ponerle la camisa de fuerza y grilletes sujetos a la cama. Cuando el atacado recobró la calma y el conocimiento, demostró ignorancia de todo lo acontecido».⁴⁵⁸ Abans del descobriment del còctel lític a força de clorpromazina i benzodiazepines, la contenció sovint havia de ser física en casos d'agitació violenta, epilèptica, però més sovint etílica. Els hospitals locals com ara el de Sant Feliu de Guíxols, amb un parell de sales comunes d'hospitalització, no tenien massa capacitat de joc. En altres circumstàncies, l'alternativa per aquests casos era enviar-los a la garjola municipal, especialment als etílics fins que se'ls passés la "mona".

Fins a l'obertura de les *residencias sanitarias provinciales* —l'Álvarez de Castro a Girona, avui *Hospital Josep Trueta*—, la manca d'institucions pròpies del SOE feia possibles els concerts dels hospitals locals per atendre als seus malalts i els parts, la qual cosa els permetia uns ingressos notables, especialment per la via de l'atenció als parts, que va anar desapareixent quan a finals dels anys seixanta van obrir-se

⁴⁵⁷ *Ancora*, 1960. AMSFG.

⁴⁵⁸ *Ancora*. AMSFG.

les *residencias provinciales* de Girona, Tarragona i Lleida. Després molts hospitals locals, fins a la Transició, van esdevenir asils de gent gran.⁴⁵⁹

La demanda, sobretot d'emergències de tota mena en una població amb un creixement demogràfic constant, obligava els ajuntaments a crear dispensaris com el gener de 1956 va fer Santa Cristina i Castell d'Aro. A Castell d'Aro el desembre de 1955 s'havien rebut dos equips complets de material, amb un total de 43 objectes diversos en cada equip —des d'una taula de reconeixement a unes agulles de sutura—, preparats per la casa Prim, que faria els efectes de dispensari local. El mes següent es va formalitzar el lliurament del material al metge titular municipal de Castell i Santa Cristina d'Aro. Els ajuntaments, des del final dels anys cinquanta, també es van fer càrrec de l'equipament d'espais per a l'assistència odontològica —«els medis els tenien que ficar els ajuntaments», recorda l'odontòleg Josep Blasco—, atès que s'havia decretat que fos gratuïta per als menors de 14 anys (Gaitx Moltó, 2007).

La majoria de patologies greus hospitalitzables, i òbviamment les d'especialitats de la gent pobre, calia derivar-les a la ciutat de Girona, a l'hospital, al manicomi provincial o a l'hospici. També la cirurgia traumatològica més complexa que els metges locals no feien i que suposava el trasllat a clíniques hospitals.⁴⁶⁰ Determinats casos, sempre amb la sol·licitud de l'alcalde, anaven a Girona al Dispensari Antituberculós, a l'Hospital Provincial de Santa Caterina, al Manicomi de Salt i a l'*Asilo de viejos* de Pedret. Els malalts greus, com els de meningitis, es derivaven a l'Hospital Provincial i els particulars a la Clínica Girona o a la Corachán de Barcelona. Era la conseqüència de les limitacions de l'hospital local: «la meva mare va tenir uns mals de caps fortíssims, hi veia doble, va perdre l'estabilitat, vàrem avisar al Dr. Casals. Va venir, i deia:

—Això no m'agrada gaire, poder es un vessament, poder no—, i li va fer unes proves. Va passar aquella nit i l'endemà al matí va venir.

—Avisa el teu pare de seguida—. La meva mare recolzada amb el cap en una altra cadira i ell va començar a punxar-li a la nuca i a treure suc i el va portar a analitzar. Va dir que li semblava que era un vessament, no un tumor.

⁴⁵⁹ Aquest fenomen l'hem desenvolupat àmpliament a Comelles, Daura, Arnau & Martín (1991). Molts dels hospitals locals després de 1965-1970 van esdevenir asils de gent gran (també a Sant Feliu), però molts dels quals revifarien a partir de 1981 amb la implantació del model català de proveïdors de serveis. Sobre Sant Feliu, vg. Borrell (2005).

⁴⁶⁰ J. Rusalleda, metge.

Va voler que la veiés el Dr. Tolosa, un neuròleg de Barcelona i varen anar a la clínica Platón. Allà quan ho explicava quedaven sorpresos que un metge de poble hagués fet allò, perquè allà quan ho feien ho feien a quiròfan i amb 4 o 5 metges que s'ho miraven. Després el Dr. Tolosa li va semblar que era un tumor el que tenia la meva mare i li varen trepanar, feien dos forats. La qüestió que quan ja ho tenien tot a punt per operar se'n varen donar compte que de tumor no n'hi havia res, sinó que va ser un vessament, tal com havia dit el Dr. Casals. Quan vàrem ser aquí:

—Perquè m'ho deixava fer vostè?

—Home, si ho diuen els mestres, què haig de fer jo?

—Sí, però vostè ho sabia que no tenia res.

—Sí, jo estava convençut.»⁴⁶¹

Evacuar un pacient exigia mobilitzar algú del poble que tingués cotxe o un vehicle espaiós. Quan hi havia un cas greu s'avisava a Girona i arribava el metge des d'aquesta ciutat per veure el malalt, sempre que no fossin temes quirúrgics. Si calia dur-lo a Girona, el metge del poble hi anava també amb cotxe particular,⁴⁶² fins i tot a Barcelona. Malgrat la precarietat de mitjans de què disposaven els metges locals, inclús en malalts greus i trasllats a l'Hospital Provincial es constataren grans aportacions al diagnòstic fetes in situ per aquests especialistes: «aquí vàrem tenir un noi que va caure de la taula i va donar-se amb el cap a terra i semblava que no tenia res, jo els vaig dir que el tinguessin en repòs. Per la tarda em varen avisar que el noi tenia compulsions i el vàrem portar a Girona. Allà el cirurgià va dir que a veure si trobava l'hematoma i vàrem tenir sort, perquè amb una torca a la mà, es fa rodar i va penetrant i es fa un forat petit al cap i vàrem tenir la sort que en el forat que vàrem fer hi havia una mitja lluna vermella que sortia per el forat, que era l'hematoma. Ara ja és diferent perquè ara fan una ressonància magnètica o un TAC i ja ho veuen de seguida».⁴⁶³ En Casals acompanyava sovint els malalts delicats a la capital, «anaven amb el seu metge».⁴⁶⁴

L'ingrés queda justificat en els expedients «por haberse acreditado su pobreza y la de su familia», més que no per criteris mèdics. Alguns anaven a la

⁴⁶¹ Anita Colls.

⁴⁶² J. Rusalleda, metge.

⁴⁶³ J. Rusalleda, metge.

⁴⁶⁴ P. Casals, metge.

secció d'adults de l'Hospici, sia per la mediació de l'alcaldia o perquè els feien la petició a la Comissió de Beneficència. Ocasionalment anaven dirigits cap a institucions barcelonines a causa de les carències sanitàries de Girona. Per exemple, el juny de 1939 es demana l'ingrés al Clínic de Barcelona d'una dona amb ferides greus per bombardeig. No podien fer el tractament radioteràpic a Girona «por haberse estropeado el aparato que poseían durante los últimos tiempos de la guerra».⁴⁶⁵

El problema més feixuc era el transport dels malalts derivat dels canvis tecnològics en les especialitats quirúrgiques i en el tractament de traumatologies impossibles als hospitals locals.

Sucesión de accidentes. el día 30 de agosto último, lunes, a eso de las 8 de la tarde, cuando el vecino de nuestra ciudad José Serrats Oriol con su carro cargado de troncos se dirigía al almacén que el Sr. Gay tiene en la calle de San Isidro, tuvo la desgracia de resbalar con tan mala fortuna que al instante fue arrollado por su propio carro. Recogido enseguida por camilleros de la Cruz Roja Local y Guardia Urbana, el desgraciado Serrats fue trasladado al Hospital Municipal, recibiendo la asistencia de primera intención del Doctor Rubió, quien diagnosticó desde un principio la fractura de las dos piernas al mismo tiempo que mandaba trasladar urgentemente el accidentado a Gerona. Este ingresó, más tarde, en la Clínica La Alianza de aquella capital.

El jueves último, día 2, serían cerca las 11 de la mañana que otro accidente se producía en una de nuestras calles. El coche B.87110 conducido por su propietario D. Rufo Princep y teniendo a su lado a su esposa Dña. María Vicens fue a chocar con un poste de la línea eléctrica situado frente a la fábrica de gas, en la carretera de Palamós. Fue la causa, el que se introdujera en el interior del coche un abejorro y el Sr. Princep pretendiera ahuyentarlo con las manos, pero se produjo ello con tan mala fortuna, que el coche desvióse de la carretera para dar de lleno al poste de referencia. Recogidos los desgraciados esposos por unos transeúntes e instalados en un taxi que casualmente pasaba por aquel lugar, fueron trasladados al consultorio del Doctor Casals, de quien recibieron toda la asistencia necesaria. La señora presentaba toda la cara completamente herida por diversos cortes producidos por la rotura de los cristales. Según parece, al

⁴⁶⁵ La manca de recursos generalitzada limitava els ajuts municipals. Palmiro Rissech, amb ferides per bombardeig, demana el novembre de 1939 a l'ajuntament ajut econòmic per adquirir un braç ortopèdic, que no li va concedir. AMSFG Beneficència 1939-1941.

atardecer del mismo día, desde el domicilio del Sr. Casals, fue reintegrado el desgraciado matrimonio a su hogar, en San Pol.⁴⁶⁶

Aquesta problemàtica abans de la guerra no semblava tenir una importància crucial, però als primers anys cinquanta va esdevenir un problema:

Necesidad de una ambulancia. Dos, y quizá a estas horas más, han sido los accidentes de circulación que últimamente la ciudad ha sufrido en sus entrañas. Es triste para todos el tener que reseñar estos luctuosos actos. Triste, primero para las personas afectadas. Triste, luego, para todos cuantos sabemos comprender que el dolor ajeno es el nuestro, es el de todos.

Y este dolor, este sentimiento popular, se traduce en cada uno de estos casos dolorosos en una asistencia espontánea, en un querer hacer algo, en un prodigar todos los cuidados posibles habidos y por haber, a aquellas personas que fueron alcanzadas por el accidente o desgracia casual.

No obstante, cuantas veces estos desvelos pueden llegar a estériles. Una vida accidentada en plena calle o avenida, puede o no puede sobrevivir, según sean las disponibilidades materiales de los asistentes.

Quizás el peligro de nuestra vida, actualmente, corra parejas con nuestra física manera precipitada de vivir. Lo pregonan desgraciadamente estos accidentes de circulación ya demasiado frecuentes. Pero la realidad es ésta.

De ahí que cada día que pasa, tome más cuerpo la iniciativa sobre la adquisición de una ambulancia para nuestras necesidades de urgencia.

Una litera no es bastante, parece sentenciar el llamamiento. Un minuto puede ser mortal y no obstante este minuto puede ser salvado felizmente por una ambulancia. Tal es el aldabonazo dado en el corazón de los guixolenses.

Y éstos, que ante el dolor ajeno supieron siempre medirlo y captarlo en toda su plenitud haciéndoselo suyo, sabrán ahora también medir igualmente el alcance de la consecución de este anhelo popular cifrado en una ambulancia.⁴⁶⁷

⁴⁶⁶ *Àncora*, 9 de setembre de 1954. AMSFG.

⁴⁶⁷ *Àncora*, 16 de setembre de 1954, p.4. AMSFG.

Durant el franquisme i fins als anys noranta la Creu Roja va monopolitzar la gestió de les ambulàncies a Catalunya. El 1939 va constituir-se la delegació provincial de la Creu Roja a Girona i el seu president provincial va oferir als alcaldes el seu ajut «en beneficio de las personas menesterosas enfermas o accidentadas vecinas de esa población y su término municipal, que tengan necesidad de ser trasladadas al Hospital Civil de esta capital, a condición de que esa corporación municipal se suscriba por una cantidad prudencial con relación a la densidad de la misma». La Creu Roja deia comptar amb cotxes-ambulància ben equipats i amb personal especialitzat en trasllats.⁴⁶⁸

L'Assemblea local a Sant Feliu s'havia instal·lat a l'Hospital el 1941. Més tard construiria un edifici propi davant de l'antic Escorxador Municipal.⁴⁶⁹ La raó era que tenir un *puesto* de la institució significava tenir un *destacamento* format pels *mozos* del poble que podien fer la mili a prop de casa. A més el dispositiu sanitari oficial s'estalviava les inversions en ambulàncies —i el manteniment posterior— ja que aquestes s'adquirien per subscripció popular i el voluntariat de la Creu Roja mantenia les Assemblees locals. A Sant Feliu de Guíxols, «desde el desgraciado accidente que costó la vida al malogrado Sr. Adriá, ha quedado flotando en el ambiente de nuestra ciudad y ocupando el primerísimo plano de la actualidad ciudadana, la imperiosa necesidad de la adquisición por la Asamblea Local de la Cruz Roja Española de un coche ambulancia que evite la serie de contratiempos que hoy forzosamente ha de sufrir aquel que precise de un urgente traslado en grave estado. Atento a todo lo que representa un anhelo popular hondamente sentido, he visitado a los dirigentes que con tanto entusiasmo están encauzando esta cuestión, Dr. José M^a. Rubió y Dn. Enrique Massós».⁴⁷⁰

L'article del Lluís Esteva descriu molt detalladament l'entrevista amb els responsables locals de la Creu Roja i ens sembla un molt bon exemple del tipus de llenguatge, actituds i intencions d'aquests tipus d'iniciatives i, a la vegada, és possible percebre les intencions un xic més ocultes:

⁴⁶⁸ AHCPA (10.08.1939).

⁴⁶⁹ CONCHILLO, X.; VILARDEBÓ, D. *100 Anys Creu Roja Sant Feliu de Guíxols - Vall d'Aro*. Sant Feliu de Guíxols: Assemblea Local Creu Roja Sant Feliu de Guíxols - Vall d'Aro, 2009 [en preparació].

⁴⁷⁰ ESTEVA, L. «El apremiante problema del coche ambulancia», *Áncora*, 2 de setembre de 1954.

El coche ambulancia constituye una necesidad que es justipreciada por la inmensa mayoría de la población. Por esto confiamos alcanzar la suma necesaria con el apoyo entusiasta que esperamos se nos preste desde todo el ámbito de la ciudad y pueblos vecinos.

—Al hablar de pueblos vecinos, ¿piensan tal vez en la Ciudad Residencial de s'Agaró?

—Es evidente que nosotros hemos abierto la suscripción para dotar a nuestra ciudad de los servicios de un coche ambulancia, pero, en caso necesario, servirá tanto para s'Agaró como para cualquier pueblo vecino; estará a disposición de todo aquel que precise de sus servicios, tanto si ha contribuido a engrosar la suscripción recientemente abierta, como si se ha mostrado indiferente a la misma; tanto si es socio de la Cruz Roja como si no lo es. Conviene que el público comprenda claramente el fin altruista que perseguimos. La Cruz Roja está siempre al servicio del necesitado, llámese como se llame y ocupe en la sociedad el lugar que sea, pues en las tribulaciones todos somos iguales. Es evidente que, en estas circunstancias, una ayuda, venga de donde venga, será apreciada en todo su gran valor. Al fin y al cabo, sólo Dios sabe quien será el primero que precisará los servicios de la ambulancia ¿Será de s'Agaró, de esta ciudad, de Solius, de la colonia veraniega...? ¡Quién sabe!

—¿Está identificado el Ayuntamiento con la iniciativa?

—Como era de esperar, el Ayuntamiento ha acogido la iniciativa con vivísima simpatía. Correrán a su cargo los gastos permanentes de garaje y coger y contribuirá a engrosar la suscripción con una cantidad respetable no fijada aún pero que, desde luego, está en consonancia con la finalidad que perseguimos y con el entusiasmo de todos y de cada uno de los componentes de nuestra Magnífica Corporación.

—¿Hace tiempo que tenían este proyecto?

—El deseo de adquirir un coche ambulancia era nuestra gran preocupación; imagínese el público que en caso de accidente o enfermedad que necesite una intervención rápida y el enfermo deba ir tendido en una litera. No existe en nuestra ciudad otra alternativa que pedir una ambulancia forastera, con lo que se pierde un tiempo que, a veces, es fatal para el enfermo, o meter la camilla sobre el primer camión libre que se encuentre, con todos los gravísimos inconvenientes de falta de higiene, lentitud, incomodidad... por esto ya en mayo del año pasado estuvimos en Madrid gestionando la ayuda de la Cruz Roja de la capital para que se nos otorgara una de las ambulancias que, de vez en cuando, se conceden a las Asambleas Locales. Estas Ambulancias tienen un coste mucho más modesto que el corriente y confiábamos lograr una de ellas en un plazo más o menos cercano. El accidente mortal que sufrió el Sr. Adriá hizo comprender al público lo que nosotros hacía tiempo que ya sabíamos y deseábamos subsanar. Y renunciando,

si fuera preciso, a la ambulancia que tenemos solicitada de Madrid, aún a sabiendas del esfuerzo que para nosotros iba a representar el poder reunir una cantidad tan grande, decidimos emprender la actual campaña, amparándonos en un estado de opinión de que se hizo emocionado portavoz el Doctor Miralles en su Carta al Director publicada en las páginas de *Áncora* hace poco tiempo.

—Caso de adquirirse, como no dudo, el coche ambulancia ¿será propiedad de la Cruz Roja Local o de la Cruz Roja Española de la cuál es aquella filial?

—Aunque la CRL es filial de la española tiene completa autonomía y sus bienes son de su exclusiva propiedad.

Deseamos que el más lisonjero éxito acompañe a la Cruz Roja Local en su noble empeño y esperamos que aquellos que con plena salud, y muchas veces en medio de un ambiente frívolo, están gozando de las delicias de estos lugares privilegiados, sentirán la llamada de amor y abnegación de unos hombres que, al fin y al cabo, están en guardia permanente al servicio de todos, incluso de aquellos que se crean menos necesitados.⁴⁷¹

La premsa local, naturalment del Movimiento, era sensible a aquest tipus d'iniciatives, sempre populistes, i a més podien articular-se amb el batec encara feble de la societat civil.

Con los datos que se publican en este mismo número, podrá ver el público que todavía no siguiera con atención el desenvolvimiento de la campaña pro-ambulancia, el resultado que estaba dando.

Ora es una empresa, ora otra, más adelante un grupo laboral cualquiera, quienes aportan su esfuerzo y, lo que es más valioso, su ejemplo, a este llamamiento de la caridad y de la solidaridad.

De un modo oficial será requerido todo habitante de nuestra ciudad, y todo aquel que se sienta identificado con su vida y su latido. Pero, dejando aparte el llamamiento directo, cuestión es de galvanizar de un modo inmediato, y sin esperar a más, la voluntad de ayuda de todos, de modo que la aportación, y el ejemplo que de ella se desprende, sea algo espontáneo y, por lo tanto, más constructivo.

⁴⁷¹ ESTEVA, L. «El apremiante problema del coche ambulancia», *Áncora*, 2 de setembre de 1954.

Y, desde el punto de vista de caridad, ocioso sería decir que la aportación más valiosa será aquella que se haya producido como resultante de un sacrificio, de una privación: unas pocas pesetas no son ninguna cantidad, pero si primeramente iban destinadas a adquirir un poco de humo, son realmente caritativas y ejemplares.

Piensen todos que la ambulancia es una necesidad vital de la población, y que con mayor fuerza moral se puede recabar ayuda de arriba si desde abajo se ha hecho una auténtica labor de caridad, pues el ejemplo que dan las hormigas es lo que inclina a las águilas a manifestarse en su real señorío.⁴⁷²

Malgrat el llenguatge, la resposta civil de Sant Feliu va ser «Sí. Nuestra ambulancia. Es así como podemos ya llamarla. No cabe mirar sino a estas largas listas de donantes que semanalmente nos vemos precisados a publicar. Y al hacer este comentario, no nos mueve la intención de empujar a los ciudadanos guixolenses, porque sabemos, y de sobras, que no aguardan a ser requeridos al llamamiento sino que se presentan espontáneamente, a dar su óbolo. El humilde obrero, el artista pintor, el guixolense que separado de su patria chica siente sus ansias lo mismo que si se encontrara en ella, todos, todos, sin excepción, ayudan a llegar a la meta deseada. Es por esto que volvemos a hablar de nuestra ambulancia. Del coche que presto, ha de aliviar en sus sufrimientos corporales a todos los guixolenses sin distinción de clases. ¡Qué satisfacción la nuestra, cuando en nuestras columnas hemos de dar cabida a este acontecimiento ciudadano que, como un rotundo mentís, se levanta contra estas noticias lamentables, de gamberros, que periódicamente tenemos que publicar! Sabemos de siempre, que el corazón ciudadano guixolense sabía responder cuando se llamaba a humanitarismo y ahí está la prueba. La mitad del camino está ya recorrido; el camino de cuesta arriba. Si este ha sido tan lisonjero, ¿qué no será el descenso? Porque sabemos que se inicia con un buen “sprint”. *Áncora* constata este éxito colectivo de nuestra ciudad, una vez más, y tantas como sea necesario, porque así lo demanda la gentileza de los guixolenses».⁴⁷³

⁴⁷² *Áncora*, 16 de setembre de 1954. AMSFG.

⁴⁷³ *Áncora*, 19 d'octubre de 1954. AMSFG.

L'ambulància va comprar-se uns mesos més tard:

Por fin la ciudad ha visto colmado su gran deseo. Y cabe reconocer que muy ampliamente, una vez hemos podido admirar la belleza de la obra y la calidad del vehículo y de sus instalaciones. Como así fue anunciado en programas especiales, ya que la noticia no pudo sernos comunicada con tiempo para alcanzar nuestra anterior edición, tuvo lugar el pasado domingo, frente al Palacio Municipal, con asistencia de nuestras Autoridades y ante una muy nutrida concurrencia, el acto de bendición del coche ambulancia adquirido por suscripción popular.

La bendición corrió a cargo del Rdo. Sr. Párroco Arcipreste, actuando de padrinos en la ceremonia Don José Pi y D^a Carmen Ensesa de Síbils. A continuación, las Autoridades e invitados se reunieron en el Salón de Sesiones, cuyo acto inauguró el Presidente de la Asamblea Local de la Cruz Roja Doctor D. José M^a. Rubió con las siguientes palabras:

Dignísimas autoridades, señoras y señores:

En la vida se dan a veces circunstancias en que los hechos tienen más elocuencia que las palabras. Este es el caso de hoy en que surge una ambulancia que plasma los anhelos de toda una ciudad, que con su propio esfuerzo, voluntad y abnegación ha podido lograrlo. Todos nos honramos con este acontecimiento y es de agradecer en gran manera a todos y a cada uno de los que con su óbolo han contribuido a su realización.

Por tanto, gracias a las dignísimas autoridades, gracias también a los Srs. Padrinos, a la Junta de la Asamblea, a los abnegados camilleros y demás prohombres de San Feliu que de una manera u otra han contribuido para que fuera un hecho tangible y real la adquisición de esta ambulancia, que no es más que la forma digna y decente de trasladar enfermos y heridos graves.

A continuación el Secretario de la institución, don Enrique Massós, pronunció el siguiente discurso:

Ilustres Autoridades, señoras y señores:

La Asamblea Local de la Cruz Roja Española siente hoy la inmensa satisfacción de presentarse ante ustedes, muy dignos y honorables representantes de la Ciudad, para ofrecerles la magnífica realidad que para los guixolenses supone la posesión del coche

ambulancia que acaba de ser bendecido y que, desde hace muchos años, venía constituyendo la mayor ambición de entre las muchas tareas y bondades que son vida y esencia de nuestra labor humanitaria.

La precaria situación de esta Asamblea Local nunca hubiera permitido plasmar en realidad esa nuestra ilusión y deseo. Por ello fue menester apelar a la conciencia de todos, y, cabe reconocer que la conciencia guixolense, en plena madurez y responsabilidad, acaba de dar en esta ocasión el más vivo ejemplo de caridad cristiana.

Ni una sola institución, ni un solo guixolense ha dejado de colaborar en esta obra que hoy felizmente terminada ofrecemos a la ciudad, devolviéndole con todo nuestro cariño lo que ella misma, con sus dádivas, puso en nuestras manos.

Vaya, pues, rendida y cordial nuestra gratitud a los generosos donantes y a cuantos con su consejo y colaboración estimularon nuestro afán y entusiasmo. Gracias, igualmente, muy sinceras y sentidas, a la muy digna Corporación Municipal, tanto por su aportación económica, como para, a continuación, facilitarnos otros medios que habrán de contribuir al mantenimiento de este vehículo. Y, por último, reciban así bien testimonio de nuestro agradecimiento, la dirección y redactores del semanario *Áncora* por su espontáneo y valiosos concurso en pro de la suscripción y su campaña.

He ahí, pues, guixolenses todos, lo que ha sido vuestra obra, ya que a nosotros —que no es poco— no nos cabe más orgullo que el haber sido vuestros fieles mandatarios.

Que Dios premie y bendiga nuestros afanes e inquietudes, sobretodo si, como ésta, nuestra labor se dirige en hacer más llevaderos en esta vida sus lágrimas y su dolor, bajo el mandato de hermandad, de amor y de caridad de la Cruz Roja Española.

Acto seguido hizo uso de la palabra el Rdo. Sr. Párroco Arcipreste, quien, en muy bella peroración, remarcó que incluso las empresas más difíciles son posibles, cuando no falta voluntad y la fe es el sentido de cooperación que hermana a los pueblos. Cerró el acto el Sr. Alcalde, Don Roberto Pallí, felicitando en nombre de la ciudad a todos cuantos hicieron posible la magnífica realidad de esta obra. Y, finalmente, el Ayuntamiento, obsequió a todos los asistentes con una copa de vino español.⁴⁷⁴

⁴⁷⁴ *Áncora*, 7 d'abril de 1955. AMSFG.

Malgrat la retòrica franquista, al Sant Feliu dels anys cinquanta el regiment de la cosa pública és de nou viu. En temps del *orden i mando*, uns i altres parlen de participació ciutadana, de mobilitzacions, de voluntariat, d'ajut. A la dècada dels anys quaranta l'Ajuntament franquista fa mans i mànigues per mantenir l'hospital en la mesura que el seu significat no ha canviat. La reivindicació de tenir una ambulància gràcies a la mobilització de la societat civil, de la cosa pública, no és un fet insòlit sinó una peça més de l'entramat que hem anat descrivint. Paradoxalment, si bé hom podia pensar que la consciència civil de la societat catalana estava esmoreïda, la vaga de tramvies de 1951 a Barcelona o la mobilització coetània per una ambulància a Sant Feliu no són fets tan llunyans, ni diferents. És la reacció de la cosa pública davant un *Nuevo Estado* que deu anys després de la seva constitució queda retratat en la seva inoperància. Però hi ha aspectes nous:

El lunes sobre las 12.30h, el niño Agustín Valls Molinés, que se hallaba jugando con otros, en la calle de los Médicos, en el momento que bajaba el turismo alemán W-R-C.14, en dirección Eras-Gerona, descendió de la acera, siendo inevitable el encontronazo entre el coche y el niño. Inmediatamente, y con el mismo coche, fue trasladado al Dispensario del Seguro de Enfermedad, donde fue asistido por el Doctor Jorge Rubió, el cual le apreció fractura de perna izquierda y magullamiento general. A las 13.15h fue trasladado en ambulancia a la Clínica del Doctor Bofill, de Gerona.⁴⁷⁵

El turisme a Platja d'Aro i el seu fort augment als anys seixanta va representar un increment proporcional de feina a la secció local de Sant Feliu de Guíxols. Els serveis els assegurava una ambulància conduïda per personal de l'Assemblea de Sant Feliu o bé pels soldats del destacament militar que atenia el punt de socors que tenia previst posar l'Ajuntament en l'encreuament de les carreteres s'Agaró-Castell d'Aro. Un punt de socors en «el que se dispondrá de teléfono, habitación y aseos para el personal, garage y demás dependencias para espera y curas de urgencia».⁴⁷⁶ Però, tot i així, disposar de l'ambulància no ho garantia tot:

Mortal accidente en la bajada "d'en Pi". En la madrugada del miércoles de la pasada semana, y al final de la bajada conocida por el nombre "d'en Pi", en la carretera de S.Feliu a Gerona, y en el término municipal de Santa Cristina de Aro fue hallado en

⁴⁷⁵ *Àncora*, 24 d'abril de 1958. AMSFG.

⁴⁷⁶ Acta de 2 de maig de 1974. ALCRSFG-Vd'A.

grave estado el joven Antonio Falgueras Ruscalleda, por los ocupantes de un coche que se dirigía a Vidreras.

Puesto el suceso en conocimiento de la Guardia Civil, se personó en el lugar, y en compañía de quienes habían visto al accidentado, el Teniente Jefe de la Línea y escolta dándose cuenta de que el joven estaba aún con vida.

El Doctor Arlet, propietario del coche, en el cual viajaba junto con su esposa y el Rdo. Vicario de Sallent, declaró que el accidentado sufría fractura del cráneo con pérdida de materia gris, siendo su estad gravísimo.

El Sr. Vicario administró al joven la absolución y decidieron trasladarlo a San Feliu, ingresando aproximadamente a las 3.15 en el Hospital.

Fue avisado el Doctor Rubió y fue al personarse él cuando se supo la identidad del accidentado. Inmediatamente fueron avisados sus tíos y hermanos, los cuales estaban pasando horas angustiosas por cuanto faltaba desde últimas horas de la tarde del martes, de su casa, el accidentado.

Se sabe que unos amigos del joven Falgueras habían ido en bicicleta a pasar la tarde en Font Picant y se sabe que alquiló una bicicleta a eso de las 8 de la noche, lo que hace suponer que se dirigía a esperarles.

A las 4.15 era conducido a la Clínica del Doctor Muñoz, en Gerona, por la Ambulancia de la Cruz Roja Local. Horas después fallecía, sin haber podido aclarar el motivo del accidente.

Un triste suceso que ha causado consternación en la ciudad, por ser familia muy conocida y amiga. Reciban sus deudos, junto al pésame de todos, el nuestro sincero y profundo.⁴⁷⁷

⁴⁷⁷ *Áncora*, 1955. AMSFG.

Epíleg

Entre el testament de Blanc de Mordenyac el 1305 i la *Ley de Seguridad Social* de 1967 han passat uns sis-cents cinquanta anys amb una continuïtat sorprenent pel que fa al procés salut, malaltia, atenció a la Vall d'Aro, en el qual trobem una constant profunda, importantíssima. En aquest llarguíssim període de sis segles, i fins que la llei de 1967 no va ampliar la cobertura de la *Seguridad Social* a les tres quartes parts de la població catalana, l'àmbit natural del procés salut, malaltia, atenció era el municipi i, els pobles més propers. Aquestes viles, que lluny quedaven de Girona abans del ferrocarril! Set o vuit hores a bona marxa per uns 38 quilòmetres. Que lluny quedava Girona després del ferrocarril desaparegut, precisament el 1969, per un trajecte que durava dues hores i mitja i amb un material que avui seria l'enveja dels ferrocarrils turístics britànics! Que lluny era Barcelona, a vuit o deu hores de navegació amb algun pailebot o algun vapor ocasional! Què lluny era encara Barcelona als primers anys setanta abans de l'autopista, a dues o tres hores de cotxe de línia per carreteres infames!

La paradoxa és que la llunyania del poder físic, intel·lectual i sentimental de l'Estat no fa que la cosa pública a la Vall d'Aro sigui fora del món. Ans al contrari, malda per ser-hi i, per això, en la transició del mercantilisme al capitalisme a tot Catalunya, impulsarà l'hegemonia creixent de la medicina científica i una concepció de les institucions d'aixopluc —hospitals, cases de misericòrdia, manicomis— basada en la *fundació*, com a persona jurídica, que en permeti l'articulació tant en el constitucionalisme propi de l'Antic Règim, com sota la legislació de l'Estat modern. Aquesta continuïtat, que va néixer sota els *Usatici et Constitutiones Cataloniae*, és avui present en la Catalunya contemporània tot i l'adaptació de les fundacions assistencials locals al públic *Health management*, més enllà del procés de centralització assistencial representat per la *Ley de Seguridad Social* de 1967.

La persistència secular a Catalunya d'una concepció cultural profundament *embodied* del significat dels dispositius assistencials en el regiment de la cosa pública és fascinant. D'una banda, doncs, s'exigeix a la ciutadania comprendre i assumir el problema de la responsabilitat individual i col·lectiva davant la malaltia; el problema jurídic de la tutela de qui no pot valdre's per si sol i el de les relacions de reciprocitat i de redistribució d'ajut mutu dins el comú. Aquesta és una qüestió general, la resposta a la qual precisa de recerca comparativa, en la mesura que necessita també comprendre el significat simbòlic i el paper polític de les institucions i dels professionals en escenaris polítics, socials, econòmics i culturals diferents. En termes potser més grandiloqüents, i seguint un suggeriment de Louis Assier-Andrieu, cal tractar el problema de la justícia com a instància de mediació i de restitució i l'ús que hom fa de la medicina i dels dispositius assistencials per fer-la possible.

Fa vint anys vam intuir quelcom semblant en un altre territori d'aquest país petit, a l'ombra de la serralada del Sud (Comelles, Daura, Arnau i Martín, 1991). La imatge no era diferent, ni distant; era tan semblant a la que hem mostrat ací que, per a nosaltres, els agermana el fet que la cosa pública, com a fet cultural, només podia interpretar-se a tots dos llocs a partir dels criteris de base d'una identitat construïda a partir d'una norma política comuna que, eixida del fet local, s'articulés amb els codis legislatius i en configurés un model determinat de societat. En aquest sentit, doncs, no hi ha massa diferència entre el Vilaniu de Narcís Oller o el Sant Feliu de Gaziell en què el senyor Ensesa s'inventava s'Agaró. Tampoc no hi ha tanta distància entre els empresaris i els comerciants d'aiguardents o tèxtils, els del suro o els que, no menys visionaris que els primers, s'inventen el turisme modern (Francès, Comelles & Alemany, 2012). Per això el procés de medicalització a Catalunya —i probablement al País Valencià— va esdevenir el company d'un procés més general: el de la transició de la ciutat medieval al mercantilisme i al capitalisme, que no té res a veure amb la situació sanitària que hi havia als *pueblos de la sierra* o al món rural de García Lorca.

En la concepció catalana del regiment de la cosa pública, conceptes com *metge rural*, *conductes del comú* o *curanderos* tenen un altre significat, una altra lògica. Una lògica presidida per un procés polític, civil, secularitzat, que evoluciona en la seva civilitat. Ara bé, algú podria pensar que la persistència del regiment és una forma fossilitzada i arcaica d'organització civil, jurídica i política. Aquest ha estat l'error de la dreta i de l'esquerra espanyola i, a vegades, de l'esquerra catalana. La per-

sistència del regiment de la cosa pública no significa una pràctica jurídica i social fossilitzada, ans al contrari, té una capacitat camaleònica per adaptar-se als canvis de la modernitat, des de l'economia censalista al *public health management* d'avui. La clau ens la dona el concepte d'*autoritat del passat* que Louis Assier-Andrieu (2011) utilitza per construir una història antropològica de la *common law* anglosaxona, la qual s'entén com la suma generacional d'experiències en relació als fets i a la manera de com resoldre'ls, que condueix a un model de societat que fa seu un model de dret, de norma social, de criteri de pacte i de convivència que du a una actualització constant de la mateixa entesa a redós dels canvis a què hom sotmet la societat. L'autoritat del passat és el valor de la jurisprudència —de l'aprenentatge col·lectiu—, que deriva de trobar solucions locals a problemes locals, inscrites en principis generals i que serveix per pensar en noves solucions locals a nous problemes locals en un context de *confiança en el comú*, de confiança en el *regiment de cosa pública*, de confiança en un pacte fruit sempre de *enraonar*. L'autoritat del passat no és ni rígida ni imperativa en la mesura en què s'inspira en el sentit comú, en una mirada escèptica sobre els fets, relativista en molts casos i sempre pragmàtica. Per això el passat pot ser sempre un referent (Assier-Andrieu, 2012:22).

No hauria de sorprendre a ningú que la confiança en el regiment de la cosa pública arribi fins avui dia a casa nostra. La riquesa de la nostra societat civil articulada en infinites formes d'associacionisme; la riquesa dels debats a escala municipal —ben reflectits al llarg d'aquest llibre— i en l'àmbit de país sobre la seva situació i, molt especialment, sobre la sanitat, l'educació o el paper de les administracions en els serveis socials s'inscriuen sense solució de continuïtat en un procés que mai s'ha esvaït des de l'edat mitjana, hagi manat qui hagi manat. Potser això és així perquè l'Estat a Espanya mai s'ha basat en la presa de consciència de la població sobre el valor col·lectiu del regiment de la cosa pública i l'acció política no ha passat mai un debat profund sobre les experiències que ja existien, tant les que havien fracassat i que implicaven una lliçó del passat, com aquelles que es van poder desenvolupar amb èxit.

Cloem aquest llibre al 1967, per ser l'any de la promulgació de la *Ley de Bases de la Seguridad Social* de 1967. Una fita arbitrària perquè també podríem haver triat l'any de la Caputxinada, el de la pallissa per part dels grisos a uns capellans que es manifestaven a Via Laietana, l'any en què Soler Durall va iniciar la jerarquització de l'Hospital de Sant Pau, l'any de la inauguració de Bocaccio, de *Tuset Street*, de l'Escola de Barcelona, la vigília del maig de 1968, el temps de la consolidació de

Comissions Obreres o el temps en què la societat civil, la cosa pública catalana, anava deixant les catacumbes i adquiria visibilitat a través de l'associacionisme veïnal, dels moviments culturals i dels canvis d'actitud de les corporacions professionals.

Tanmateix la *Ley* significa, en el camp de les polítiques de salut, l'inici d'una transició des d'un model mutualista cap a un model més integral, encara que centralista i populista —i per això falangista i franquista— de gestió sanitària. Reflecteix també en el moment de la seva promulgació la impossibilitat del regiment de la cosa pública sanitària local de poder mantenir l'esforç assistencial després de sis segles de carregar-lo sobre les seves espatlles. L'any de la *Ley*, la crisi de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau a Barcelona ho palesa (vg. Comelles, 2006). En els seixanta mantenir les institucions sanitàries locals, a Barcelona, Valls o Sant Feliu requeria d'unes inversions i d'un model d'organització i gestió que ja no es podia assegurar des del regiment ni des de la beneficència liberal. Era indispensable, doncs, un nivell de concertació pública que la *Ley* ignorava, precisament per fer-se present de manera tentacular a tota la geografia *del Nuevo Estado*. Fins aleshores l'Estat eren les oficines de Correus, la Guàrdia Civil i la «mili». A partir de 1967 els sectors més intel·ligents de l'*Estado de obras* de la dreta conservadora espanyola —els tecnòcrates de l'*Opus Dei*— van intentar un esbós de regiment de la cosa pública atorgant sanitat gratuïta i receptes de farmàcia a preu de *saldo*, per guanyar-se l'adhesió incondicional i invulnerable dels súbdits, no dels ciutadans.

Aquí cal que aturem el nostre relat. El que va passar després de 1967 és una altra història, també apassionant, desconeguda i mitificada. El metge Martí Casals la va malviure, quan, malalt, va marxar a Barcelona on va morir el 1983. Hem volgut fer d'ell un *ideal type* en aquesta història, un personatge que representa en la seva singularitat tot un món. Ho afirmen els que el van conèixer: «més enllà del seu aspecte exterior, del seu tarannà extern i de les mil anècdotes que s'expliquen d'ell, el doctor Casals tenia allò que no s'ensenyava a la universitat, el tacte en el tracte personal, és a dir, l'aproximació a l'altre —al pacient— des del respecte i l'atenció. El tacte revela afectivitat, proximitat, i la persona té necessitat de sentir-se estimada, i més si es troba en una situació límit. Davant el sofriment que pateix la persona que es té al davant és adequat donar-li suport tant amb la paraula com amb el gest. Hi ha dades dels pacients que no les copsen ni les radiografies ni les analítiques, sinó l'observació atenta del metge de capçalera; i més en una època en què encara no hi havia psicòlegs i els hospitals i especialistes quedaven, encara, força lluny» (Jiménez Navarro, 2007:169).

Aquest personatges, com moltíssims d'altres a tot el país, van deixar un record mític i a la vegada farcit d'històries i facècies. Les seves actituds a la vida socio-cultural són exemples que configuren el que hem anomenat *l'autoritat del passat*, que es projecta sobre el present no tant com un model a refer mimèticament, sinó com un exemple de *civilitat* que avui és també indispensable i que hem d'inventar i ajustar a les condicions socials i culturals d'ara. Reinventar no vol dir copiar, significa repensar i prendre la consciència del seu significat. Ho explica magistralment un dels membres del comú, que ens han ajudat a preparar aquest llibre. Expressa de quina manera el regiment de la cosa pública és part de la nostra més íntima identitat: «A en Casals la gent l'estimava i el respectava. Per a ell, la gent era tota igual, només els diferenciava que tinguessin un problema de salut o no. Quan ell va morir, Sant Feliu es va buidar una mica. Com quan es va morir l'Albertí. Són persones que donen categoria a un poble. Jo el que admiro molt, per més o menys ciutat, és que hi hagi *poble* com a *gent*. Abans era més poble, érem més poble. Perquè si no hi ha aquesta cosa de poble, com més ciutat que se sigui, és com una ametlla buida. Érem més poble perquè el Dr. Casals era una referència comuna de tothom i quan algú té una cosa en comú es fa col·lectiu. Són com fills mimats pel comú de la gent».⁴⁷⁸

⁴⁷⁸ Josep Vicente.

FONTS DOCUMENTALS. ORALS I BIBLIOGRAFIA

Fonts documentals

Arxiu Històric de Girona

Fons de l'administració perifèrica de l'Estat a la província de Girona, secció de Sanitat:

Expedients i fitxes del personal d'assistència primària domiciliària (APD), 1931-1982

Epidèmies i brots de malalties infeccioses, 1940-1981

Històries clíniques del centre de prevenció i control de la tuberculosi, 1939-1984

Correspondència de la Delegació Provincial de Sanitat, 1978-1980

Mancomunitat Sanitària Provincial, 1939-1943

Expedients de Centres de la Mancomunitat Sanitària Provincial

Estadístiques sanitàries, 1961-1965

Expedients 1935-1960 i Fitxes 1940-1968 (metges, farmacèutics, practicants, llevadores, veterinaris)

Expedients, 1931-1982. Castell d'Aro 1931-1982. Sant Feliu de Guíxols 1931-1982

Centre primari de Santa Cristina i Castell d'Aro. 1952-1956

Arxiu Municipal de Sant Feliu de Guíxols (AMSFG)

Sanitat:

Documentació de Sanitat	1930-1951
Llibre-Rgtre. d'Entrada de Corresp. de Sanitat	28-9-1927/19-9-1932
Llibre-Rgtre. d'Entrades de Corresp. de Sanitat	20-9-1932/12-8-1937
Llibre d'Actes de la Junta Municipal de Sanitat	1901-1935
Estadístiques de Sanitat	1919-1935
Llibre-Rgtre. de disposicions oficials de Sanitat	11-9-1928/11-12-1933
Documentació de la lluita Antiràbica	1934
Documentació de la lluita Antivenèria	1935-1937
Estadística de Sanitat	1941

Hemeroteca:*L'Avi Muné* (1918-1932)*La Costa Brava* (1930-1933)*Ciutat Nova* (1910-1920)*Àncora* (1950-2006)

Fons patrimonial Dr. Martí Casals Echegaray

Fons d'Imatges

Arxiu Municipal de Santa Cristina d'Aro

Fons de Sanitat municipal referit als anys 1880-1930.

Arxiu Municipal de Castell-Platja d'Aro (AMCPA)**Secció Sanitat:**

Estats Sanitaris. Campanyes de vacunació (Estadística de vacunació de 1929)	1866-1868
Junta Local de Sanitat. Actes	1861-1944
Correspondència Sanitat	1957-1959
Correspondència de Beneficència	1950-1969

Fons d'Imatges

Museu d'Història de Sant Feliu de Guíxols. Espai del Metge i de la Salut Rural**Col·leccions d'objectes:**

Fons Dr. Martí Casals i Echegaray (1900-1970)

Fons Hospital de Sant Feliu de Guíxols (s.XVIII, s.XIX i s.XX)

Fons Secció Local de la Creu Roja de Sant Feliu de Guíxols

Fons Dr. Josep Rusalleda (1850-1970)

Fons d'Imatges

Fonts Orals

Enregistraments realitzats:

1. Conxita Pijoan: coneixedora de remeis amb herbes.
2. Josep Ruscalleda: metge rural de Cassà de la Selva.
3. Rosa Prim Poujarniscle: filla del Dr. Prim (Sant Feliu de Guíxols).
4. Francesc de la Peña: propietari de la Farmàcia De la Peña (Sant Feliu de Guíxols).
5. Hermínia i Remedios Boada: testimonis de la vida a Romanyà de la Selva.
6. Anna Vicens: malalta de tuberculosi i pacient del Dr. Martí Casals (Sant Feliu de Guíxols).
7. Pau Casals: fill del Dr. Martí Casals Echegaray.
8. Mercè i Jordi Ros: fills d'una remeiera.
9. Fina Camprubí: dona entesa en herbes medicinals (Sant Feliu de Guíxols).
10. Dr. Pros: metge naturòpata, impulsor de l'Hotel-balneari Hipòcrates (Sant Feliu de Guíxols).
11. Antoni Beltrán: metge de capçalera de Sant Feliu de Guíxols.

Revisió del material sonor i gràfic del fons Dr. Martí Casals:

1. Carme i Fina Barris: pacients Sta. Cristina d'Aro.
2. Nati Miret: pacient. Masovers Romanyà de la Selva.
3. Rosa Clarà: pacient. Sant Feliu de Guíxols.
4. Antònia Trias Sais: pacient. Sant Feliu de Guíxols.
5. Joaquim Joanals: pacient. Masover Castell d'Aro.
6. Àngel Saleta: pacient. Santa Cristina d'Aro.
7. Albert Reyné i Carme Palahí: pacients. Sant Feliu de Guíxols.
8. Renato: pacient.
9. Magdalena Forges: pacient.
10. Francesc Molinas: pacient. Sant Feliu de Guíxols.

11. Santiago Marquez: pacient. Policia. Sant Feliu de Guíxols.
12. Toni Ferrer: pacient. Sant Feliu de Guíxols.
13. Emili Colls: dependent farmàcia Ruscalleda de Sant Feliu de Guíxols.
14. Neus Casellas: pacient. Sant Feliu de Guíxols (SFG).
15. Juan (cambrer de La Gavina): testimoni treball del Dr. Casals a l'Hostal La Gavina.
16. Juan Cargol i M^a Teresa vda. Cargol: pacients SFG.
17. Dolors Cros i Lluís Vicenç: practicant i pacient SFG.
18. Ramona Albertí: pacient SFG.
19. Manel Clavaguera: pacient SFG.
20. Dolors Albertí i Pere Pagès: pacients SFG.
21. Maria Mir Ruscalleda i Manel Prats: pacients SFG.
22. Mercè Provençal: pacient SFG.
23. Remei Dausà: pacient Castell d'Aro.
24. Jaume Feliu: pacient Platja d'Aro.
25. Esteve Roca: pacient.
26. Rosa Palahí: pacient.
27. Josep Vicente: pacient SFG.
28. Adolf Fiol: pacient. Pescador. Sant Feliu de Guíxols.
29. Juan Mont Riera: pacient. Masover Castell d'Aro.
30. Xavi Sala: pacient.
31. Núria Viñolas: pacient.
32. Julián Morales: acompanyant del Dr. Casals Sta. Cristina d'Aro.
33. Núria Alagarda Blasco: pacient.
34. Roser Bartomeu: pacient SFG.
35. Jaume Reyné: pacient. Masover a Can Cabanyes d'Ardenya. Llagostera.
36. Carme Romà: pacient.
37. Pepita Juanals i Narcís Dausà: pacient i amic de Castell d'Aro.
38. Ramón Gay: pacient, mestre d'aixa de SFG.
39. Germà Joan Oliva: pacient.
40. Rosa Mont: pacient. Mas Sitjar de Castell d'Aro.
41. Josep Aiguaviva i Maria: pacients Sta. Cristina d'Aro.
42. Josep Faura: pacient.
43. Carme Clara Cruañas (Can Lloverons): pacient.
44. Maria Pedrosa: pacient.

Bibliografia

- ACKERKNECHT, E.H. *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*. París: Payot, 1967, 1986.
- *Medicina y Antropología Social*. Madrid: Akal, 1985.
- Actes del I Congrés Internacional d'Història de la Medicina Catalana*. Barcelona: Laboratoris Uriach, 1970. vol III.
- ADSERÈ MARTORELL, J. *Història moderna de l'Hospital de Sant Pau i Santa Tecla*. Tarragona: Associació d'amics de l'Hospital de Sant Pau i Santa Tecla, 2000.
- AGRAMONT, J. d'. «Regiment de preservació de pestilència». Barcelona: *Enciclopèdia Catalana*, 1998, p. 1348.
- AGUIRRE, M. «Receptes d'humanitat». *Revista Gavarres* [Cassà de la Selva], núm. 10 (2006), p. 45-46.
- ALEMANY NADAL, S. «Del metge rural i del llegat del Dr. Martí Casals». *L'Arjau* [Sant Feliu de Guíxols], núm. 41 (2001), p. 24-26.
- «L'Espai del Metge Rural ja camina». *Revista Gavarres* [Cassà de la Selva], 10 (2006), p. 47.
- ALONSO Y DE LOS RUIZES DE FONTECHA, J. *Diez Privilegios para mujeres preñadas. Con un diccionario médico*. Alcalá de Henares: L. Martínez Grande, 1606.
- ALLUÉ I MARTÍNEZ, M. *Siempre vivas e inmortales. Rituales e instituciones funerarias en las comarcas de Tarragona*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, 1980. [Tesis de llicenciatura. Joan Prat (dir.)]
- «La gestión de morir: hacia una antropología del morir y de la enfermedad terminal». *Jano* [Barcelona], núm. 653 (1985), p. 57-70.
- *Perder la Piel*. Barcelona: Planeta Seix Barral, 1996.
- AMADES, J. *Folklore de Catalunya. Costums i Creences*. Barcelona: Selecta, 1980.
- «Epíleg. Iniciació al folklore». *Folklore de Catalunya. Costums i Creences*. Barcelona: Selecta, 1980.
- «Medicina popular». *Folklore de Catalunya. Costums i Creences*. Barcelona: Selecta, 1980, p. 927-1086.
- ANGUERA, P. *Hospital de Sant Joan de Reus, 1240-1990*. Reus: Hospital Sant Joan, 1990.
- Anuario de San Feliu de Guíxols*. Sant Feliu de Guíxols: Impremta Viader, 1905.

- APPADURAI, A. *Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation*. Paris: Payot, 1996, 2001.
- AQUINO, S. T. de. *Suma Teológica*, tomo IX. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 1955.
- ARISTIDES, A. *Discours sacrés. Rêve, religion et médecine au II^e siècle après*. París: Macula, 1986.
- ASSIER-ANDRIEU, L. *Le peuple et la loi. Anthropologie historique des droits paysans en Catalogne française*. París: Librairie générale de droit et jurisprudence, 1987.
- «Réflexions sur le droit du social». *Cités, Philosophie, politique, histoire*, 2000, vol. 1, p. 9-37.
- AUGÉ, M.; HERZLICH, C. «Introduction». A: *Les sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. París: Editions des archives contemporaines, 1984.
- AYMAR, J. «El doctor Xarino». *Revista Gavarres [Cassà de la Selva]*, núm. 10 (2006), p. 64-67.
- BALCELLS, A.; PUJOL, E.; SABATER, J. *La Mancomunitat de Catalunya i l'autonomia*. Barcelona: Proa, 1996.
- BALZAC, H. de. *Le médecin de campagne*. París: Le livre de poche, 1832, 1999.
- BALLESTER, R.; LÓPEZ TERRADA, M L.; MARTÍNEZ VIDAL, A. «La realidad de la práctica médica: el pluralismo asistencial en la Monarquía Hispánica (s.XVI-XVIII)». *Dynamis [Granada]*, núm. 22 (2002).
- BARCELÓ, J. «Políticas públicas municipales en torno a la organización de servicios asistenciales de urgencias: el caso de Tarragona». *Actas del XV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina: «transmisión del conocimiento médico e internacionalización de las prácticas sanitarias: una reflexión histórica*. Ciudad Real: Universidad Castilla-La Mancha, 2011, p. 581-586.
- BARONA; J.LL.; CHERRY, S. (ed.). *Health and Medicine in rural Europe (1850-1945)*. València: Universitat de València, 2005.
- BARONA VILLAR, C. «Organización y profesionalización de la asistencia médica domiciliaria en los pueblos de la provincia de Valencia: 1854-1936». A: BARONA VILLAR, C.; BÁGUENA, M.J.; BARONA, J.L. [et al.] (ed.). *Polítiques de salut en l'àmbit municipal valencià (1850-1936)*. València: Seminari d'estudis sobre la ciència, 2000, p. 13-59.
- BARONA VILLAR, C.; BÁGUENA, M.J.; BARONA, J.L. [et al.] (ed.). *Polítiques de salut en l'àmbit municipal valencià (1850-1936)*. València: Seminari d'estudis sobre la ciència, 2000.
- BARTOLI, P.; FALTERI, P. «La Medicina Popolare in Umbria dalla fine dell'800 ad oggi: permanenze e trasformazioni», PASTORE, A.; SORCINELLI, P. (cur.) (dir.), *Sanità e Società. Emilia Romagna, Toscana, marche, Umbria, Lazio. Secoli XVI-XX*. Casamassima, 1986.
- BARTOMEU, Josep M. «Fòrmules més que centenàries». *Diari de Girona [Girona]*, (6.10.2002).
- BENEITO LLORIS, A.; BLAY MESEGUER, F.X.; LLORET PASTOR, J. *Condicions de vida i salut a Alcoi durant el procés d'industrialització (1830-1950)*. València: Universitat Politècnica de València, 2003.

- BASART, P. «80 anys de medicina de poble». *Revista Gavarres* [Cassà de la Selva], 10 (2006) p. 48-51.
- «Breus apunts d'una llarga vida». *Revista Gavarres* [Cassà de la Selva], 10 (2006), p. 52-53.
- «Veterinari i advocat dels pagesos». *Revista Gavarres* [Cassà de la Selva], 10 (2006), p. 70-71.
- «Aigua Sanativa, Pagliano i cataplasmas». *Revista Gavarres* [Cassà de la Selva], 10 (2006), p. 80-81.
- BENET-COLL, J. «Un mestre amb les vaques». *Revista Gavarres* [Cassà de la Selva], 10 (2006), p. 72-73.
- BERMAN, H.J. *La formación de la tradición jurídica en Occidente*. México: FCE, 1983, 1996.
- BERNABEU MESTRE, J. «Cultura, ciencia y política: la lucha antipalúdica en la Cataluña de la man-comunidad, 1914-1925». A: *Medicina & Historia*, 73 (1998), p.1-16.
- BERNABEU, BUJOSA & VIDAL (coords). *Clima, microbis i desigualtat social: de les topografies mèdiques als diagnòstics de salut*. Maó: Institut Menorquí d'Estudis, 1999
- BERNABEU & PERDIGUERO (2005)
- BLACK, W.G. *Medicina Popular. Un capítulo en la historia de la cultura*. Barcelona: Alta-Fulla, 1883, 1982.
- BONAL, T; SÀBAT, N. «Captant la clientela». *Revista Gavarres* [Cassà de la Selva], 10 (2006), p. 84-86.
- BONASTRA TOLOS, J. *Ciencia, sociedad y planificación del territorio en la institución del lazareto*. Apéndice. Barcelona: Universidad de Barcelona, 2006.
- BONET-COLL, J. «Metges bisbalencs d'abans». *Revista Gavarres* [Cassà de la Selva], 10 (2006), p. 60-62
- BOORDE O BOORD, A. *The Breviarie of Health, wherein doth folow, remedies for all maner of sicknesses and diseases, the which may be in man or woman expressing the obscure terms of Greke, Araby, Latin, arabary and English, concerning physicke and chirurgerie*. Compiled by doctor of physike, an englishman. Now newly corrected and amended with some approuved medicines that never were in Print before this impresion & are aptly placed in their proper Chapters by men skilfull in Physicke and chirurgerie. Londres: Thomas East, 1587.
- BORRELL, M. *Caritat, beneficència, solidaritat: l'Hospital de Sant Feliu de Guíxols (Del s.XIV al s.XX)*. Sant Feliu de Guíxols: Àrea de Cultura de l'Ajuntament de Sant Feliu de Guíxols, 2005.
- BOU, H. «Dones d'herbes». *Revista Gavarres* [Cassà de la Selva], 4 (2003), p. 67
- «Dones d'herbes de Calonge». *Revista Gavarres* [Cassà de la Selva], 10 (2006), p. 89.
- BRAUDEL, F. *La Historia y las ciencias sociales*. Madrid: Alianza Editorial, 1968
- BROGGI VALLÈS, M. *Memòries d'un cirurgià*. Barcelona: Edicions 62, 2001.
- *Anys de plenitud. Memòries d'un cirurgià*. Barcelona: Edicions 62, 2005.

- BUELTZINGSLOEWEN, I. *Machines e instruire, machines e guérir. Les hôpitaux universitaires et la médicalisation de la société allemande 1730-1850*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon, 1997.
- BUSSOT, G. *Carrers, Cases i arquitectes. Sant Feliu de Guíxols, dels inicis fins al 1931*. Sant Feliu de Guíxols: Ajuntament de Sant Feliu de Guíxols, 2000.
- CABAL, M. *La medicina de ayer a través de la publicidad*. Gijón: Júcar, 1989.
- CALVET I PASCUAL, A. (Gaziel). *Sant Feliu de la Costa Brava*. Barcelona: Aedos, 1963.
- CAMPAGNE, F.A. «Medicina y religión en el discurso antisupersticioso español de los siglos XVI a XVIII: un combate por la hegemonía». *Dynamis* [Granada], núm. 20 (2000), p. 417-456.
- CANALS SALA, J. «Cuidar y curar: funciones femeninas y saberes masculinos». *Jano* [Barcelona], 660 (1985), p. 365-372.
- *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en el estado del bienestar*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, 2002.
- CANALS SALA, J; ROMANÍ, O. «Médicos, medicina y medicinas: del sacerdocio al marketing». *Archi-piélago*, 25 (1996), p. 51-60.
- CARASA SOTO, P. *El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*. Valladolid: Universidad de Valladolid, 1985.
- *Crisis del Antiguo Régimen y Acción Social en Castilla*. Valladolid: Junta Castilla y Leon. Departamento de Cultura y Bienestar Social, 1988.
- CARBONELL, E. *Josep Pla: El temps, la gent i el paisatge. Una etnografia de l'Empordà franquejant la literatura*. Barcelona: Edicions de 1984, 2006.
- CARBONELL, M. *Sobreviure a Barcelona. Dones, pobresa i assistència al segle XVIII*. Vic: Eumo, 1997.
- CARO BAROJA, J. *Vidas Mágicas e Inquisición*. Madrid: Taurus, 1967. Vol. II.
- CASALS, P. *Biografía del Dr. Martín Casals Echeagaray (1903-1983)*. [s. ll., treball inèdit, s. d.]. Sant Feliu de Guíxols: Arxiu Municipal de Sant Feliu de Guíxols (FMCE-AMSFG). p.10. [Aquesta biografia es troba dins la sèrie 4.2. Testimonis personals, del Fons de Martí Casals i Echeagaray].
- CASTEL, R. *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. París: Fayard, 1995.
- *L'insécurité sociale. Qu'est ce qu'être protégé?* Paris: Editions du Seuil, 2003.
- CÁTEDRA TOMÁS, M. «Notas sobre la envidia: los ojos malos entre los Vaqueiros de Alzada». A: LISÓN TOLOSANA, C. (dir.), *Temas de Antropología Española*. Madrid: Akal, 1976.
- «El cuerpo es un sistema». *Jano* [Barcelona], núm. 717 (1986), p. 8-25.
- *La muerte y otros mundos. Enfermedad, suicidio, muerte y más allá entre los vaqueiros de Alzada*. Madrid: Júcar Universidad, 1988.
- CID, F.; GORINA, N.; SÁNCHEZ ALDEGUER, J. *L'Hospital de l'Esperit Sant. Un exemple de l'evolució assistencial a Catalunya*. Santa Coloma de Gramenet: Hospital de l'Esperit Sant, 1993.

- CIRUELO, P. *Reprovação de las supersticiones y hechizérias*. Salamanca: Pedro de Castro, 1538; ed. lit. de José Luis Herrero Ingelmo, Salamanca, Diputación de Salamanca, 2003.
- COLOMER, J. «El doctor Domènec Martí i Julià (1861-1917). Un esboç de biografia política». *L'Avenç* [Barcelona], 4 (1977), p. 10-16.
- COLL, C. «El negoci de comprar i vendre». *Revista Gavarres* [Cassà de la Selva], 10 (2006), p. 87.
- COLL I SUÑER, C. «Creure sense acabar-hi de creure». *Revista Gavarres* [Cassà de la Selva], 10 (2006), p. 41-42.
- COMAS D'ARGEMIR, D.; BODOQUE, Y.; FERRERES, S.; ROCA I GIRONA, J. *Vides de dona. Treball, família i sociabilitat entre les dones de classes populars (1900-1960)*. Barcelona: Alta-Fulla. Fundació Serveis de Cultura Popular, 1990.
- COMELLES, J.M. «Medicina, Malaltia i Salut a Catalunya». A: DA (dir.). *Dolça Catalunya*. Barcelona: Mateu, 1982. Vol.15.
- *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España Contemporánea*. Barcelona: PPU, 1988.
- «Psychiatric Care in relation to the development of the contemporary state: The case of Catalonia». *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15 (1991), p.193-217.
- «Medicina, política y religión (I). La institucionalización del médico público en el mundo clásico». *Jano* [Barcelona], 1004 (1992), p. 43-49.
- «Medicina, política y religión (II). La invención del hospital bizantino y el fracaso de la medicina clásica en el occidente europeo». *Jano* [Barcelona], 1004 (1992), p. 51-57.
- «Milagros, santos, vírgenes y médicos. La institucionalización del milagro en la Europa cristiana». A: ROMANÍ, O.; COMELLES, J.M. (dir.), *Antropología de la salud y de la medicina*. La Laguna: Asociación Canaria de Antropólogos-FAAEE, 1993.
- «Da superstizioni a medicina popolare: La transizione da un concetto religioso a un concetto médico». *Rivista Italiana di Antropologia Medica*, 1996, núm. 1-2, p. 57-89.
- «Parole de médecin. Le récit sur la pratique dans la médecine contemporaine». A: LAPLANTINE, F.; LÉVY, J.; MARTIN, J.B.; NOUSS, A. (ed.). *Récit et connaissance*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon, 1998, p. 299-316.
- «From ethnography to clinical practice in the construction of the contemporary State». Greenhouse, C.J. (ed.). A: *Democracy and Ethnography. Constructing identities in multicultural liberal states*. Albany: State University of New York Press, 1998, p. 233-254.
- «The Role of Local Knowledge in Medical Practice: A Trans-Historical Perspective». *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24 (2000), p. 41-75.
- «Tecnología, cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo». A: PERDIGUERO, E.; COMELLES, J.M. (ed.). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, 2000.

- «Fiebres, médicos y visitantes. Notas etnográficas sobre la práctica médica durante el franquismo». A: MARTÍNEZ-PÉREZ, J.; PORRAS GALLO, I.; SAMBLÁS TILVE, P.; DEL CURA GONZÁLEZ, M. (ed.). *La medicina ante el nuevo Milenio: una perspectiva histórica*. Albacete: Ediciones de la Universidad Castilla-La Mancha, 2004, p. 989-1018.
- *Stultifera Navis. La Locura, el poder y la ciudad*. Lleida: Milenio, 2006.
- «De Marcus Welby a George House: les ambivalences des images de la pratique médicale au tournant du siècle». OBADIA, L.; CARRET, G. (ed.). *Représenter, classer, nommer. Regards croisés sur la médecine*. Fernelmont: Intercommunications, 2007, p. 111-128.
- «La sombra del miedo». A: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G.; PEDROSA, J.M. (ed.). *Antropologías del miedo. Vampiros, sacamantecas, locos, enterrados vivos y otras pesadillas de la razón*. Madrid: Calambur, 2008, p. 79-118.
- «De Domènec Martí i Julià a Frantz Fanon. Las políticas públicas psiquiátricas en Cataluña (1910-1961)». A: MARTÍNEZ PÉREZ, J.; ESTEVEZ, J.; CURA, M. del.; BLAS LUIS, V. (ed.). *La gestión de la locura: conocimiento, prácticas y escenarios (España, siglos XIX-XX)*. Cuenca: Universidad Castilla-La Mancha, 2008: 543-587.
- «Forgotten paths: culture and ethnicity in Catalan mental health policies (1900-39)». *History of Psychiatry*, 21(2010) (4), 406-423.
- «Sota les bombes. Los trabajadores de salud mental en Catalunya (1936-1938)». A: MARTÍNEZ-AZURMENDI, O.; SAGASTI-LEGARDA N.; VILLASANTE, O. (ed.) *Del pleistoceno a nuestros días. contribuciones a la historia de la psiquiatría*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2011, 257-284.
- «Locuras, excesos y manías en la Catalunya moderna (1769-1834)». A: COMELLES, J.M. & BRIGIDI, S. *Salud mental, cultura e historia*. Tarragona: Publicacions URV, 2012. [En premsa].
- COMELLES, J.M.; DAURA, A.; ARNAU, M.; MARTIN, E. *L' hospital de Valls. Assaig sobre l'estructura i les transformacions de les institucions d'assistència*. Valls: Institut d'Estudis Vallencs, 1991.
- COMELLES, J.M.; ERKOREKA, A.; PERDIGUERO, E. «Aproximación a una Bibliografía de Antropología de la Medicina sobre el Estado Español (1980-1997)». A: FERNÁNDEZ GARCÍA, J.; CASTILLO OJUGAS, A. (ed.). *La medicina popular española. Trabajos dedicados al Dr. D. Antonio Castillo de Lucas en el centenario de su nacimiento*. Oviedo: Benito Lozano Llamazares, 1998: 205-272.
- COMELLES, J.M.; MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. *Enfermedad, Cultura y Sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*. Madrid: Eudema, 1993.
- COMELLES, J.M.; PERDIGUERO, E.; MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. «Topographies, folklore and medical anthropology in Spain». SAILLANT, F.; GENEST, S. (ed.). A: *Medical Anthropology. Regional perspectives and shared concerns*. Malden.: Blackwell, 2007, p. 103-121.
- COMELLES, J.M.; ANDREU, A.; FERRÚS, J.; PARÍS, S. «Aproximación a un modelo sobre antropología de la Asistencia». *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 1 (1982), 13-31.

- CORBELLA CORBELLÀ, J. *Evolució històrica de la medicina a Catalunya*. Manresa: 6è Congrés d'Història de la Medicina Catalana, 1990.
- CORTADELLAS, X. «Amb benes i treballs». *Revista Gavarres* [Cassà de la Selva], 10 (2006), p. 40-41.
- «Es curaven quan podien». *Revista Gavarres* [Cassà de la Selva], 7 (2006), p. 68-69.
- «Curar-se a Bell-lloc d'Aro». *Revista Gavarres* [Cassà de la Selva], 7 (2006), p. 70-73.
- «Un metge que no era metge». *Revista Gavarres* [Cassà de la Selva], 10 (2006), p. 54-59.
- CROUS, Dr. *Sociologia mèdica*. Barcelona: Imprenta y Litografía la Comercial, 1903.
- CSORDAS, T.J. (comp.). *Embodiment and Experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- CUADRADA, Cl. *El llibre de la pesta*. Barcelona: Rafael Dalmau, 2012.
- CURET, F.; ANGLADA, L. *Visions Barcelonines III. La Vida Humanitària*. Barcelona: Alta-Fulla, 1983.
- CHARUTY, G. «L'invention de la médecine populaire». *Gradhiva* [París], 1997, núm. 22, 45-57.
- DANÉS I LLINÀS, M. *Cinquanta anys de medicina rural*. Sant Celoni: Ajuntament de Sant Celoni. Imprenta Bilbeny, 1978.
- DANÓN BRETOS, J. *Visió Històrica de l'Hospital de Santa Creu de Barcelona*. Barcelona: Fundació Salvador Vives Casajuana, 1978.
- DA. *Girona en el canvi de mil·lenni* [coord.: Josep Riera i Antoni Dalmau]. Girona: Hermes Comunicacions, El Punt, 2000.
- DELUMEAU. *El miedo en Occidente. Una Sociedad Sitiada*. Madrid: Taurus, 1989.
- DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL. *La sanitat a Catalunya. Anàlisi i propostes del Departament de Sanitat i Assistència Social*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1980.
- DIASIO, N. *La science impure. Anthropologie et médecine en France, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas*. París: Presses Universitaires de France, 1999.
- DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE BARCELONA. *Documentos referentes al servicio de los dementes pobres de la Provincia*. Barcelona: Imprenta de la Casa de Caridad, 1911.
- EIXIMENIS, F (1499). *Regiment de la cosa pública*. Barcino: 1927
- EPSTEIN, A. L. (comp.). *The craft of social Anthropology*. Londres: Tavistock Publications, 1969.
- ERKOREKA, A. *Anàlisi de la medicina popular vasca*. Bilbao: Instituto Labayru - CAV, 1985.
- ESTEBAN, V. «Un manescal de Tossa». *Revista Gavarres* [Cassà de la Selva], 10 (2006), p. 74-75.
- ETTINGHAUSEN, H. «Lo remediador del Sr. Vehí». *Revista Gavarres* [Cassà de la Selva], 10 (2006), p. 76-77.
- EWALD, F. *Histoire de l'Etat Providence. Les origines de la solidarité*. París: Le Livre de Poche, 1986, 1996.

- FABRE, J.; HUERTAS, J.M. *Cent anys de vida quotidiana a Catalunya: del fogó de carbó a l'antena parabòlica*. Barcelona: Edicions 62, 1993.
- «La farmaciola». *Cent anys de vida quotidiana a Catalunya: del fogó de carbó a l'antena parabòlica*. Barcelona: Edicions 62, 1993, p. 165.
- FAINZANG, S. *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*. París: Presses Universitaires de France, 2001.
- FELIÓ, B.J. *Teatro Crítico Universal o discursos varios en todo género de materias, para desengaño de errores comunes*. Madrid: Clásicos Castalia, 1726, 1986.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, G.; PEDROSA, J.M. (ed.). *Antropologías del miedo. Vampiros, sacamantecas, locos, enterrados vivos y otras pesadillas de la razón*. Madrid: Calambur, 2008.
- FERRER I ALÓS, LL. «L'Església com a institució de crèdit: les quotidianes distribucions de la Seu de Manresa els segles XVIII i XIX». *Recerques*, [València]1986, núm. 18, p.7-46.
- «Censals, vendes a carta de gracia i endeutament pagès al Bages (s. XVIII)». *Estudis d'Història Agrària* [Barcelona], núm. 4 (1983), p.101-127.
- *Pagesos, rabassaires i industrials a la Catalunya Central (segles XVIII-XIX)*. Barcelona: Edicions de l'Abadia de Montserrat, 1987.
- FISSELL, M.E. «Readers, Texts and Contexts. Vernacular Medical works in Early Modern England». A: PORTER, R. (dir.). *The Popularization of Medicine 1650-1850*. Londres: Routledge, 1992.
- Fons hospital (dir.). *Llibre d'actes de la Junta de l'Hospital*. Sant Feliu de Guíxols: AMSFG, 1940-1960. caixa 38.
- FOUCAULT, M. *Naissance de la clinique*. París: Presses Universitaires de France, 1963, 1978.
- FOUCAULT, M. *Saber y verdad*. Madrid: La Piqueta, 1991.
- FRANCÉS, L.; COMELLES, J.M.; ALEMANY, S. «Salut, banys de mar i el primer turisme de litoral a la futura Costa Brava». A: *Turisme, Gastronomia, Oci i Salut als municipis valencians: Una Perspectiva Històrica*. Ajuntament de Sant Vicent del Raspeig: Seminari d'Estudis sobre la Ciència, 2012.p. 153-177.
- FREIDSON, L. *La Profesión médica*. Barcelona: Península, 1978.
- GAITX, J. «La col·lecció d'objectes mèdics i el fons documental del Dr. Martí Casals». *Revista Gimbernat* [Universitat de Barcelona]. Vol. 48, p 171-189.
- GARCÍA BALLESTER, L. «Artifex factivus sanitatis: health and medical care in medieval Latin Galenism». A: BATES, D.G. (ed.). *Knowledge and the Scholarly Medical Traditions*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995: 127-150.
- «Panorama de la medicina en una sociedad medieval mediterranea: la Valencia cristiana bajomedieval». *Dynamis* [Granada], núm. 7-8 (1987-1988), p. 59-117.

- GARCÍA BALLESTER, L.; McVAUGH, M.R.; RUBIÓ VELA, A. *Medical Licensing and Learning in Fourteenth-Century Valencia*. Philadelphia: American Philosophical Society, 1989.
- GARRABOU, R. *Enginyers industrials, modernització econòmica i burgesia a Catalunya*. Barcelona: L'Avenç, 1984.
- GELFAND, T. «The Decline of the ordinary practitioner and the rise of a modern medical profession». A: STAUM, M.S.; LARSEN, D.E. (comp.) (dir.). *Doctors, Patients, and Society. Power and Authority in Medical Care*. Calgary, M.: Wilfrid Laurier University Press, 1981.
- GINÉ I PARTAGAS, J. «Discurso de clausura del certamen Frenopático de Nueva Belén, pronunciado en la sesión del día 28 de Septiembre de 1883». *Obra Escogida*. Barcelona: Tipografía la Académica, 1903, p. 354-358.
- GISPERT, I. *Memòries d'un neuròleg que fou metge de batalló*. Barcelona: Selecta, 1976
- GONZÁLEZ GARCÍA, M.I.; LÓPEZ CEREZO, J.A.; LUJÁN LÓPEZ, J.L. (ed.). *Ciencia, tecnología y sociedad. Una introducción al estudio social de la ciencia y la tecnología*, Madrid: Tecnos, 1996, p. 290-310.
- GOOD, Byron J. «The Heart of what's the matter. The semantics of Illness in Iran». *Culture, Medicine and Psychiatry*, núm.1 (1977), p. 25-58.
- *Medicine, rationality and Experience. An Anthropological Perspective*. Nueva York: Cambridge University Press, 1994.
- GOULET, D. *Le commerce des maladies. La publicité des remèdes au debut du siècle*. Quebec, Institut Quebecois de Recherche Sur la Culture, 1987
- GRAMSCI, A. *Cuadernos de la Cárcel, 2: Los intelectuales y la organización de la cultura*. México: Juan Pablos Editor, 1975.
- GRANERO XIBERTA, X. «El curanderismo urbano: un fenómeno en expansión». *Canalobre* [Alacant], núm. 11 (1987), p. 19-27.
- GRANJEL, M., «Médicos y cirujanos en Extremadura a finales del siglo XVIII». *Dynamis* [Granada], núm. 22 (2002), 151-187.
- GUICHOT Y SIERRA, A. *Noticia histórica del folklore*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Cultura, 1922, 1986.
- HARO, J.A. «Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud». A: Perdiguero, E.; Comelles, J.M. (ed.). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, 2000, p.101-162.
- HERR, R. *España y la revolución del siglo XVIII*. Madrid: Aguilar, 1971.
- HIPÒCRATES (1986). *Textos hipocráticos*. 8 vols. Madrid: Gredos
- IBORRA, P. *Historia del Protomedicato en España (1477-1822)*. Valladolid: Universidad de Valladolid. Seminario de Historia de la Medicina, 1987.
- IGLESIAS, N. «Divines paraules». *Revista Gavarres* [Cassà de la Selva], 10 (2006), p. 82-83.

ILlich, I. *Némesis Medica. La expropiación de la salud*. México: Joaquín Mortiz/Planeta, 1976, 1984.

IMBERT, J. *Historie des Hôpitaux Français. Les Hôpitaux en Droit Canonique. Du décret de Gratien í la sécularisation de l'administration de l'Hôtel-Dieu de Paris en 1505*. París: Librairie Philosophique J. Vrin, 1947.

— *Le Droit Hospitalier de l'Ancien Regime*. París: PUF, 1993.

Instituto de Alta Cultura. *A pobreza e a assistencia aos pobres na península Ibérica durante a idade media. Actas das 1as jornadas luso-espanholas de história medieval I: Lisboa, 25-30 de setembro de 1972*. Lisboa: Instituto de Alta Cultura, 1973. Vol.1.

JORDI GONZÁLEZ, R. *Propaganda y medicamentos. Antecedentes históricos de un fraude a la sociedad*. Barcelona: Base, 1977

JULIÀ, B. «La col·lecció Dr. Martí Casals Echegaray». A: *Home i tècnica enfront d'una realitat depri-mida: el metge rural a la postguerra. Sant Feliu de Guíxols i la Vall d'Aro*. Sant Feliu de Guíxols: Ajuntament, Museu d'Història, 2003

KLEINMAN, A. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, Ca: University of California Press, 1980.

KLEINMAN, A.; KLEINMAN, J. «Lo moral, lo político y lo médico. Una visión socio-somática del sufrimiento». A: GONZÁLEZ, E.; COMELLES, J.M. (ed.). *Psiquiatría Transcultural*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000, p. 13-36.

LANAO, P; VINYOLÉS, C. «En aiguats, hèrnies i brians». *Revista Gavarres [Cassà de la selva]*, 10 (2006), p. 88-89.

LARREA KILLINGER, C. *La cultura de los olores. Una aproximación a la antropología de los sentidos*. Quito: Abya-Yala, 1997.

LIS QUIBEN, V. *La medicina popular en Galicia*. Pontevedra: Gráficas Torres, 1949.

LISÓN TOLOSANA, C. *Perfiles simbólico-morales de la cultura gallega*. Madrid: Akal, 1974.

— *Endemoniados en Galicia hoy. La España mental II*. Madrid: Akal, 1990.

LÓPEZ TERRADA, M.L.; MARTÍNEZ VIDAL, A. (comp.). «El Tribunal del Real Protomedicato en la Monarquía Hispánica 1593-1808». *Dynamis [Granada]*, núm. 16 (1996).

— «Tribunal del Protomedicato y las profesiones y ocupaciones sanitarias en la Monarquía Hispánica durante los siglos». *Dynamis [Granada]*, 36 (16) (1996), p. 21-42.

LLOPART, D.; PRAT CARÓS, J.; PRATS, Ll. (comp.) (cur.). *La cultura popular a debat*. Barcelona: Alta-Fulla, 1985.

LLUCH, E. *El pensament econòmic a Catalunya (1760-1849). Els orígens ideològics del proteccionisme i la presa de consciència de la burgesia catalana*. Barcelona: Edicions 62, 1974.

— *La Catalunya vençuda del segle XVIII. Foscors i clarors de la Il·lustració*. Barcelona: Edicions 62, 1996.

- *L'alternativa catalana (1700-1714-1740). Ramón de Vilana Perlas i Juan Amor de Soria: teoria i acció austriacistes*. Vic: Eumo, 2000.
- MACHADO Y ALVAREZ, A. «Cartas al Sr. Don Federico Rubio y Gali». A: Black, William G. (dir.). *Medicina Popular*. Barcelona: Alta-Fulla, 1889, 1982.
- MANCOMUNITAT DE CATALUNYA. «L'obra realitzada: 1915-1923», 1923.
- MARFANY, J. Ll. *La cultura del catalanisme. El nacionalisme català en els seus inicis*. Barcelona: Empúries, 1995.
- MARTÍ I JULIÀ, D. *Per Catalunya i altres textos*. Edició a cura de Jaume Colomer. Barcelona: la Magrana; Diputació de Barcelona, 1913, 1984.
- *Per Catalunya. Articles*. Barcelona: Associació Catalanista de Gracia, 1913.
- «La cura dels malalts mentals en la cultura dels pobles». *Annals de Medicina* [Barcelona], (1918), p. 147-151.
- MARTÍ PÉREZ, J. «La medicina popular en Cataluña». *Anthropologica. Revista de Etnopsicología y Etnopsiquiatria* [Barcelona], núm. 3 (1988), p. 69-89.
- MARTÍ PÉREZ, J. *La medicina popular catalana*. Barcelona: Labor, 1992.
- MARTÍN, E.; COMELLES, J.M.; ARNAU, M. «El proceso de medicalización de los hospitales catalanes: el caso del Pío Hospital de Valls». *Dynamis* [Granada] núm. 13 (1993), p. 201-234.
- MARTINEZ GONZALEZ, M. «La asistencia medica municipal, desde 1884». *I Congrés Internacional d'Història de la Medicina Catalana* (ed.). Llibre d'actes, volum IV. Barcelona-Montpeller: Scientia, 1970, p. 178-185.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ, A. «La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones». *Política y Sociedad* [Madrid], núm. 43 (3) (2006), p. 43-56.
- *Antropología Médica. teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos, 2008.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A.; COMELLES, J.M. «La medicina popular. ¿Los límites culturales del modelo médico?». *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares* [Madrid], núm. 39 (1994), p. 109-136.
- MARTINO, E. *La tierra del remordimiento*. Barcelona: Bellaterra, 1961, 1999.
- *Sud e magia*. Milà: Feltrinelli, 1983.
- MARX, K. *El dieciocho brumario de Luis Bonaparte*. Ariel: Barcelona, 1985.
- MASANA, R.M. «Quan es naixia a casa». *Revista Gavarres* [Cassà de la Selva], núm.4 (2003), p. 46-51
- «Llevarers i llevadors». *Revista Gavarres* [Cassà de la Selva], 4 (2003), p. 50-51
- «A Pals, remeis de foc i dolces». *Revista Gavarres* [Cassà de la Selva], 10 (2006), p. 66-67.
- MCDONOUGH, G.W. *Las buenas familias de Barcelona. Historia social de poder en la era industrial*. Barcelona: Omega, 1986, 1989.

- MEDINA, R. «Fundamento y objetivos de una campaña sanitaria: la lucha anticancerosa en Cataluña anterior a la Guerra Civil». A: Montiel, L. (ed.), *La Salud en el estado del Bienestar*. Madrid: Complutense, 1993, 149-176.
- MEDINA DOMÉNECH, R.M. *¿Curar el Cáncer? Los orígenes de la radioterapia española en el primer tercio del siglo XX*. Granada: Universidad de Granada, 1996.
- MENÉNDEZ, E.L. *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatan*. México: La Casa Chata, 1981.
- *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: CIESAS, 1990.
- «Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes», Campos Navarro, R. (dir.). *La antropología médica en México (I)*. México: Instituto Mora – UAM Xochimilco, 1992.
- MENÉNDEZ, E.L.; GARCÍA DE ALBA, J. (comp.) . *Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportes sobre antropología médica en México*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara – CIESAS, 1992.
- MILLER, T.S. *The Birth of Hospital in the Byzantine Empire*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1985, 1997.
- MIRÓ, O. «Medicina popular i aforística catalana» (ed.). *Acta de la sesión pública inaugural del Curso Académico de 1898 a 1899... por la Sociedad Médico-farmacéutica de los Santos Cosme y Damián*. Barcelona: Imprenta de la Casa Provincial de Caridad, 1899.
- *Aforística médica catalana*. Manresa: Imprenta de Antón Esparbé, 1900.
- «Folk-lore mèdic català». *Butlletí del Centre Excursionista de Catalunya* [Barcelona], núm. 16 (136) (1906), p. 149-156.
- «Folk-lore mèdic català (continuació)». *Butlletí del Centre Excursionista de Catalunya* [Barcelona], núm. 16 (138) (1906), p. 205-209.
- «Folk-lore mèdic català». *Butlletí del Centre Excursionista de Catalunya* [Barcelona], núm. 16 (137) (1906), p. 182-186.
- «Folk-lore mèdic català». *Butlletí del Centre Excursionista de Catalunya* [Barcelona], 1906, núm. 16 (139) (1906), p. 237-244.
- MOLT IL·LUSTRE ADMINISTRACIÓ. «Proyecto de contestación e informe por el cual el Ayuntamiento debe hacer una exposición que la facultad de Ciencia Médica promovió al Gobierno en 24 de Mayo de 1845 en queja contra la Administración del Hospital General», Govern de l'Hospital (dir.), Volum III Inventari 1 Carpeta 3:68. Barcelona: AHSCSP, 1845.
- MOLLAT, M. *Pobres, humildes y miserables en la Edad Media*. México: Fondo de Cultura Económica, 1978, 1988.
- MUNARET, Dr. *Du Médecin des villes et du médecin de campagne. Moeurs et Science, par le Docteur....* París: Germer-Baillière, Libraire Editeur, 1837, 1840.

- MUNTHE, A. *La historia de San Michele*. Madrid: Juventud, 1940.
- NAROTZKY, S. «La renta del afecto: ideología y reproducción social en el cuidado de los viejos». A: PRAT, A.; MARTINEZ, J.; UEIGA, U.; CONTRERAS, J.; MORENO, I. (comp.) (dir.), *Antropología de los Pueblos de España*. Madrid: Taurus, 1991, 464-474.
- OTERO-GARCIA, L. *Campos de soledad. Atención primaria y procesos asistenciales en pueblos de Segovia*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, 2012. [Tesi doctoral]
- OLIU I PAGÈS, L. *Estudio topográfico de San Feliu de Guixols*: S.Caixa XVI 4. 1880
- PALLARÈS, A. *El mundo de las unidades de cuidados intensivos. La última frontera*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, 2003.
- PALLUAULT, F. *Medical students in England and France. A comparative study*. Oxford: Trinity College-Oxford University, 2003. [Tesi doctoral]
- PALOMERAS, D. «Pròleg». A: *Home i tècnica enfront d'una realitat deprimida: el metge rural a la postguerra. Sant Feliu de Guíxols i la Vall d'Aro*. Sant Feliu de Guíxols: Ajuntament, Museu d'Història, 2003.
- PARDO JÁVEGA, E. *Medicinas Alternativas en Cataluña: Desarrollo y articulación de los modelos médicos subalternos*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, 1996. [Tesi doctoral]
- PAZ GONZALEZ, I. *Las Terciarias franciscanas de la madre del divino pastor. Contribución al estudio de la vida religiosa en España el último cuarto del siglo XIX*. Madrid: CSIC, 1978.
- PEDRO I PONS, A. «La medicina moderna a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau». A: (ed.). *L'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. L'hospital de Barcelona*. Barcelona: Gustau Gili, 1971: 172-182.
- PELÁEZ-ALBENDEA, M.J. «La Conselleria de Sanitat i Assistència Social de la Generalitat Republicana a través de la Ley de Bases de 5 de Abril de 1934 y de la Ley de coordinación y control sanitarios públicos de 26 de Junio de ese año». *Revista de Política Social*, núm.134 (1982).
- PERDIGUERO, E. «Las topografías médicas en la España del siglo XIX. Los «Estudios sobre la Topografía Médica de Alicante» (1883) de E. Manero Mollá». A: VALERA, M.; EGEA, M.A.; BLÁZQUEZ, M.D. (ed.). *Libro de Actas del VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina*. Murcia: Departamento de Historia de la Medicina, 1988, vol. I, p. 263-279.
- «The Popularization of medicine during the Spanish Enlightenment». A: PORTER, R. (ed.). *The Popularization of medicine 1650-1850*. Londres: Routledge, 1992, p.160-193.
- «Historia de la medicina y antropología de la medicina». A: Romaní, O.; Comelles, J.M. (dir.). *Antropología de la salud y de la medicina*. La Laguna: Asociación Canaria de Antropólogos-FAAEE, 1993.
- «Problemas de salud e higiene en el ámbito local». A: BERNABEU MESTRE, J.; ESPLUGUES, J.X.; ROBLES, E. (ed.). *Higiene i salubritat en els municipis valencians*. València: Seminari d'Estudis sobre la Ciència, 1997: 17-44.

- «Magical Healing in Spain (1875-1936): medical pluralism and the search for hegemony». A: BLÉCOURT, W.; DAVIS, O. (ed.). *Witchcraft continued. Popular magic in modern Europe*. Manchester: Manchester University Press, 2004, p. 133-150.
- «Aproximación al pluralismo médico en la España de finales del siglo XIX y principios del siglo XX: el uso de elementos mágicos». *Medicina e Historia* [Granada], núm. 4 (2005), I-XVI.
- «Sobre el pluralismo asistencial». A: MARTORELL, M.A.; COMELLES, J.M.; BERNAL, M. (dir.), *Enfermería y Antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados*. Barcelona: Icaria, 2009.
- PERDIGUERO E.; BALLESTER, R. «Federico Rubió y el Folklore médico». A: CARRILLO, J.L. (ed.). *El Dr. Federico Rubio Galí: Medicina y Sociedad del siglo XIX*. El Puerto de Santa María: Ayuntamiento de El Puerto de Santa María, 2003.
- PERDIGUERO, E.; BERNABEU, J. «Morir de dentición ¿una creencia popular?». A: ARQUIOLA, E.; MARTÍNEZ PÉREZ, J. (ed.). *Ciencia en expansión: estudios sobre la difusión de las ideas científicas y médicas en España (siglos XVIII-XX)*. Madrid: Editorial Complutense, 1995: 469-488.
- PERDIGUERO, E.; COMELLES, J.M.; ERKOREKA, A. «Cuarenta años de antropología de la medicina en España (1960-2000)». A: PERDIGUERO, E.; COMELLES, J.M. (ed.). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, 2000, 353-446.
- PERDIGUERO E, PARDO-TOMÁS J, MATÍNEZ-VIDAL A. «Physicians as a Public for the Populazation of Medicine in Interwar Catalonia: the *Monografies Mèdiques* series». A: PAPANELOPOULOU F, NIETO-GALÁN A, PERDIGUERO E (ed.) *Popularizing Science and Technology in the European Periphery, 1800-2000*. Farnham (England). Burlington, VT (USA), Ashgate, 2008, 195-215.
- PEREZ VIDAL, J. *Contribución al estudio de la medicina popular canaria*. La Laguna: CSIC Instituto de Estudios Canarios, 1945.
- PESET, M.; GRAULLERA, V. «Els censals i la propietat de la terra al segle XVIII valencià». *Recerques*, 1979, núm. 18, p.107-138.
- PETER, J.P.. «Reparar el desorden del mundo: la medicina ilustrada ante la enfermedad epidémica (Bas-Poitou, 1784-1785)». A: PESET, J.L. (comp.), *Enfermedad y Castigo*. Madrid: CSIC, 1984. p. 3-26.
- «Une enquête de la Société Royale de Médecine (1774-1794): Malades et maladies a la fin du XVIIIè siècle». A: *Annales E S C* (22 (4)), p.711-751.
- PI Y MOLIST, E. «Relación histórica de los trabajos en que se ocupó la Academia de medicina y Cirugía de Barcelona durante el año 1857» (ed.). *Acta de la sesión pública inaugural que en 2 de enero de 1858 celebró la Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona*. Barcelona: Imprenta y Librería Politécnica de Tomás Gorchs, 1858: 53-85.
- PI-SUNYER, A. *Sunyer metges, pare i fill*. México: Xaloc, 1957.
- PITRÈ, G. *Medicina Popolare Siciliana*. Turín: Carlo Clausen, 1896.
- *Medici, Chirugi, Barbieri e Speciali antichi in Sicilia*. Roma: Casa Editrice del libro italiano, 1939.

- PLA, J. *Obra completa. 21. Homenots. Tercera sèrie*. Barcelona: Edicions Destino, 1972.
- *Obra completa de Josep Pla, 1. El quadern gris*. Barcelona: Destino, 1965, 2004.
- *Obra completa de Josep Pla, 2. Aigua de mar*. Barcelona: Destino, 2004.
- *Obra completa de Josep Pla, 22. El que hem menjat*. Barcelona: Destino, 2004.
- PLA I DUAT, J. *El noi del Misseret. El món d'un metge de muntanya*. Barcelona: La Campana, 1992.
- PLANES MAGRINYÀ. «El metge de família, el nou metge de capçalera». *Diari El Punt* [Girona], [22.11.2003].
- PORTER, R. (ed.). *The Popularization of Medicine 1650-1850*. Londres: Routledge, 1992.
- PRAT, J. «El ex-voto: un modelo de religiosidad popular en una comarca de Catalunya». *Éthnica*, [Barcelona] 4 (1972), p. 137-171.
- PRAT, J.; PUJADAS, J.J.; COMELLES, J.M. «Sobre el contexto social del enfermar». A: KENNY, M.; MIGUEL, J. (dir.). *La Antropología Médica en España*. Barcelona: Anagrama, 1980.
- PRATS I CANALS, LL. *La Catalunya rànica. Les condicions de vida materials de les classes populars a la Catalunya de la Restauració segons les Topografies mèdiques*. Barcelona: Alta-Fulla, 1996.
- «Les topografies mèdiques». A: ANGUERA, P. (dir.), *Història política, societat i Cultura dels Països Catalans. La consolidació del món burgès 1860-1900*. Barcelona: Enciclopèdia Catalana, 1996. Vol. 7.
- PUERTO, J. *El medicamento en el escaparate. La publicidad farmacéutica en España. Una aproximación histórico-literaria*. Barcelona: Fundació Uriach, 1838, 2004.
- PUIGVERT, J. M. «De manescals a veterinaris. Notes per a una sociologia històrica de la professió veterinària a Catalunya», *Estudis d'Història Agrària* [Barcelona], núm. 17 (2004), p. 729-750.
- PUJADAS, J.J.; COMELLES, J.M.; PRAT CARÓS, J. «Una bibliografia comentada sobre antropologia mèdica». A: KENNY, M.; MIGUEL, J. (dir.). *La Antropología Médica en España*. Barcelona: Anagrama, 1980.
- RIQUER, B. (dir.). *Història de la Diputació de Barcelona*. Vol. I: 1812-1898. Barcelona: Diputació de Barcelona, 2007.
- *Història de la Diputació de Barcelona*. Vol. II, 1898- 1931. Barcelona: Diputació de Barcelona, 2007.
- *Història de la Diputació de Barcelona*. Vol. III, 1939-2005. Barcelona: Diputació de Barcelona, 2007.
- RISSE, Guenter B. *Mending bodies, saving souls*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- RIU, M. *La pobreza y la asistencia a los pobres en la Cataluña medieval*. Volumen misceláneo de estudios y documentos, 2. Madrid: CSIC, 1981-82.
- ROCA ROSELL, A. «Ciencia y sociedad en la época de la Mancomunitat de Catalunya». A: SANCHEZ RON. J.M. (ed.). *Ciencia y sociedad en España*. Madrid: El Arquero / CSIC, (1988), p. 223-252.

- RODRIGUEZ, M. *Lazareto de Maon. Memoria descriptiva de sus obras, reflexiones críticas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1813, 1987.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. «Organización Sanitaria Española en el siglo XVIII: las Juntas de Sanidad». A: FERNÁNDEZ PÉREZ, Joaquín; GONZÁLEZ TASCÓN, Ignacio (comp.), *Ciencia, Técnica y Estado en la España Ilustrada*. Madrid, Ministerio de Educación y Ciencia, 1990, p. 399-412.
- «La asistencia médica colectiva en España hasta 1936» (ed.). A: *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y previsión*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1990, p. 321-360.
- ROMERO DE PABLOS, A. «Regulation and circulation of knowledge: penicillin patents in Spain». *Dynamis* [Granada], núm.31 (2) (2011), p. 364-384.
- ROQUER I TORRENS, J. «La hospitalidad domiciliaria juzgada en el terreno práctico: utilidad y conveniencia de la hospitalidad mixta. Discurso inaugural que en la sesión...» (ed.). *Acta de la Sesión pública inaugural celebrada por la Academia de Medicina y Cirugía de Bracelona el 25 de enero de 1875*. Barcelona: Imprenta de Tomas Gorchs, 1875, p. 29-56.
- ROSEN, G. *De la policía médica a la medicina social*. México: Siglo Veintiuno, 1985.
- ROSENBERG, C.E. *The Care of Strangers. The Rise of Americans Hospital System*. Nueva York: Basic Books, 1986.
- «The Therapeutic Revolution: Medicine, meaning, and social change in nineteenth-century America». *Explaining Epidemics and Other Essays*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
- «Medical Text and Social Context: Explaining William Buchan's "Domestic Medicine"». *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
- RUBIO Y GALI, F. «Cartas sobre medicina popular», Black, W.G. (dir.). *Medicina Popular*. Barcelona: Alta-Fulla, 1889, 1982.
- SALCEDO Y GINESTAL, E. *Doctrina Científica y errores vulgares en obstetricia y ginecología*. Madrid: Imprenta de Ricardo Rojas, 1898.
- SALMÓN, F.; GARCIA BALLESTER, L.; ARRIZABALAGA, J. *La Casa de Salud Valdecilla. La introducción del hospital contemporáneo en España. Origen y antecedentes*. Santander: Universidad de Cantabria-Asamblea Regional de Cantabria, 1990.
- SANTESMASES, M.J. «Screening antibiòtics: Industrial Research by CEPA and Merck in the 1950's». *Dynamis* [Granada]. 31(2) (2011), p.407-427.
- SERRA, C. «El metge de can Bertran». *Revista Gavarres* [Cassà de la Selva], 10 (2006), p. 68-69.
- «Els guariments a Sant Mateu». *Revista Gavarres* [Cassà de la Selva], 10 (2006), p. 90-91.
- OROZ RETA, J.; MARCOS CASQUERO, M. A. *Sevilla, San Isidoro de Etimologías*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 1993.

- SIGERIST, H. «De Bismarck a Beveridge. Desarrollo y tendencias de la legislación sobre seguridad social». A: Lesky, E. (dir.), *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984.
- SMITH, D. A.; UCHIDA, C. D. «The Social Organization of Self-Help». *American Sociological Review*, núm. 53 (1) (1988), p. 94-103.
- SOUTHALL, 1973Southall, Aidan, comp. (1973) *Urban Anthropology. Cross-Cultural Studies of Urbanization*. Nueva York, Oxford University Press.
- STOLL, M. *Medecine Pratique*, Vol. 1-2 i 3, a laquelle on a joint une dissertation du meme auteur sur la Matiere Medicale, l'eloge de Stoll par Vicq d'Azyr, et des notes de Pinel, Baudeloque, etc.... París: J.A. Brosson Libraire, 1809.
- SUBIRÓS, RM. «El saber mèdic popular a l'Escala». *Full d'Història local de L'Escala*, 99 (2011), p. 10-23.
- «Medicina popular als pobles mariners del Baix Empordà». *Revista del Baix Empordà*, 32 (2011), p. 72-77.
- «Remeis tradicionals dels mariners». *Alberes* [Cassà de la Selva], núm. 4 (2010), p.84-85.
- *Remeis tradicionals a la Costa Brava*. Barcelona: Farell, 2012.
- SUBIRÓS, RM.; ALEMANY, S.; FRANCÈS, L. «Recull de remeis tradicionals als pobles pescadors de la Costa Brava». *Revista d'etnologia de Catalunya* [Barcelona], núm. 36 (2010), p.151-154.
- SUBIRÓS, RM.; FRANCÈS, L. «Els remeis de mar». *Revista del patrimoni i la cultura marítima Argo* [Barcelona], núm. 4 (2009), p.42-43.
- SUÑÉ Y MOLIST, LL. (Emilio Sola). *Misterios del Hospital. Narración realista de escenas y lances hospitalarios y patológicos, miserias humanas, etc..., etc. Entre enfermos, estudiantes y locos* / por Emilio Sola. Barcelona: Guillermo Parera, Librero, 1883.
- TELLO, E. «La utilització del censal a la Segarra del set-cents: crèdit rural i explotació usurària». *Recerques*, núm. 18 (1979), p. 47-71.
- TERRADAS, I. *El món històric de les masies. Conjetures generals i casos particulars*. Barcelona: Curial, 1984.
- «La història de les estructures i la història de la vida: Reflexions sobre les formes de relacionar la història local i la història general». *III Jornades d'Estudis Històrics Locals: La vida quotidiana dins la perspectiva històrica* I. Palma de Mallorca: Institut d'Estudis Baleàrics, 1985, p. 3-30.
- *El Cavaller de Vidrà: de l'ordre i del desordre conservador a la muntanya catalana*. Barcelona: Publicacions de l'Abadia de Montserrat, 1987.
- TORRAS RIBÉ, J.M. *Els municipis catalans del l'Antic Règim (1453-1808). Procediments electorals, òrgans de poder i grups dominants*. Barcelona: Curial, 1983.
- *Los mecanismos del poder. Los Ayuntamientos catalanes durante el siglo XVIII*. Barcelona: Crítica, 2003.

- TURRÓ, J. «En Pere de la Barrera». *Revista Gavarres* [Cassà de la Selva], núm. 10 (2006), p. 78-81.
- TWEEDALE, G. *At the sign of the plough. Allen and Hanburys and the British Pharmaceutical Industry, 1715-1990*. Londres: John Murray Publishers, 1990.
- TYLOR, E.B. *Cultura primitiva. 1/ Los orígenes de la cultura*. Madrid: Ayuso, 1871, 1977.
- UCELAY -DA CAL, E. (ed.). *La Diputació i la Mancomunitat: 1913-1931*. A: RIQUER, B. *Història de la Diputació de Barcelona*. Volum II, 1898-1931. Barcelona: Diputació de Barcelona, 2007.
- URTEAGA, L. *Miseria, miasmas y microbios. Las Topografías Médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX*. Barcelona: Geocrítica, Universidad de Barcelona, 1980.
- «Las topografías médicas como modelo de descripción territorial». A: BERNABEU, J.; BUJOSA, F.; VIDAL HERNÁNDEZ, J.M. (ed.). *Clima, microbis i desigualtat social: de les topografies mèdiques als diagnòstics de salut*. Menorca: Institut Menorquí d'estudis, 1999: 73-85.
- VALENZUELA, J. «Hospitales y beneficencia: historias de hospitales». *Trabajo Social y Salud*, núm. 43 (2002), p. 39-66.
- VALENZUELA, J.; RODRÍGUEZ OCAÑA, E. «Lugar de enfermos, lugar de médicos. La consideración del hospital en la medicina española, siglos XVIII a XX». A: MONTIEL, L. (ed.). *La salud en el estado de bienestar. Análisis histórico*. Madrid: Complutense, 1993.
- VIA, R. *Com neixen els catalans*. Barcelona: Club editor, 1972.
- *Nit de Reis. Diari d'una infermera de 14 anys*. Barcelona: Planeta, 1988.
- VICENS VIVES, J.; LLORENS, M. *Industrials i Polítics (segle XIX)*. *Història de Catalunya. Biografies catalanes*. Barcelona: Vicens-Vives, 1958, 1991.
- VILAR-RODRIGUEZ, M. & PONS-PONS, J., 2012. «The Introduction of Sickness Insurance in Spain in the First Decades of the Franco Dictatorship (1939-1962)». *Social History of Medicine*, 1967, p.1-21.
- VILLASANTE ARMAS, O. *El Primer Certamen Frenopático Español (1883) y su papel en el proceso de institucionalización de la Psiquiatría*. [Tesis dirigida por Huertas García Alejo, Rafael]. Madrid: Universitat Autònoma de Madrid, 1997.
- VIVES CASAJUANA, S. *El Dr. Martí i Julià: discurs llegit en la sessió necrològica que celebrà la Societat de Psiquiatria i Neurologia el dia 9 de desembre de 1917 / pel Dr. Salvador Vives*. Barcelona: 1918.
- *L'organització de l'assistència pública dels psicòpates a Catalunya*. Barcelona: Fundació Salvador Vives Casajuana, 1919, 1979.
- «Domènech Martí i Julià». *La Medicina Catalana*, núm. 2 (8) (1934), p. 541-542.
- VIVES, J. «Informe del Obispo Climent sobre beneficencia». *Analecta Sacra Tarraconensia*, núm. XXX (1957), p.159-181.
- ZANETTI, Z. *La medicina delle nostre donne*. Foligno: Ediclio, 1892, 1978.

- ZARZOSO, A. «Protomedicato y boticarios en la Barcelona del siglo XVII». *Dynamis* [Granada], núm. 16 (1996), p.151-172.
- *La pràctica mèdica a la Catalunya del segle XVIII*. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2003.
- *L'exercici de la medicina a la Catalunya de la Il·lustració*. Manresa: Arxiu Històric de Ciències de la Salut, 2006.
- «El pluralismo médico a través de la correspondencia privada en la Cataluña del siglo XVIII». *Dynamis* [Granada], núm. 21 (2001), p.141-159.
- *L'exercici de la medicina a la Catalunya del segle XVIII*. Manresa: Arxiu Històric de Ciències de la Salut, 2006, p. 45-69.
- «Medicina para animales en la Cataluña del siglo XVIII: una práctica médica plural», *Asclepio*, vol. LIX, 2007, p. 101-130.

De les iguales a la cartilla estudia el procés de medicalització d'una zona molt concreta del Baix Empordà, la Vall d'Aro, que engloba els municipis de Sant Feliu de Guíxols, Castell-Platja d'Aro i S'Agaró i Santa Cristina d'Aro, amb el propòsit d'explicar a través d'un estudi de cas una realitat més global i entendre què significà a Catalunya el pas d'una medicina plural, que combinava el saber experimental amb altres formes d'atenció, a l'hegemonia de la biomedicina actual, i de retruc, desmitificar la concepció que el món rural a la Catalunya anterior al franquisme era un desert mèdic. El període estudiat en aquest llibre va des de l'edat mitjana fins al 1967, any de la promulgació de la *Ley de Bases de la Seguridad Social*.

La recerca recollida i analitzada en aquest llibre ha estat coordinada des del Museu d'Història - Espai del Metge i de la Salut Rural de Sant Feliu de Guíxols, i forma part de l'Inventari del Patrimoni Etnològic de Catalunya (IPEC) que duu a terme el Departament de Cultura de la Generalitat de Catalunya.

Josep Maria Comelles, editor de l'obra, és doctor en medicina i cirurgia, especialista en psiquiatria, doctor en antropologia i professor d'antropologia social a la Universitat Rovira i Virgili; **Sílvia Alemany**, coordinadora de l'obra, és llicenciada en història i directora del Museu d'Història - Espai del Metge i de la Salut Rural de Sant Feliu de Guíxols; **Laura Francès** és llicenciada en història de l'art i tècnica de l'Espai del Metge i de la Salut Rural; **Mariola Bernal** és doctora en antropologia i investigadora a la Escuela Andaluza de Salud Pública; **Laura Mascarella** és doctora en antropologia de les ciències socials i professora de la Universitat de Vic; **Joaquim Maria Puigvert** és doctor en història, professor d'història contemporània de la Universitat de Girona i director de la Càtedra Martí Casals de Medicina i Salut en l'Àmbit Rural de la UdG; i **Alfons Zarzoso** és doctor en història i conservador del Museu d'Història de la Medicina de Catalunya.



Generalitat de Catalunya
Departament de Cultura

