APROXIMACIÓN A UN MODELO SOBRE
ANTROPOLOGÍA DE LA ASISTENCIA EN CATALUÑA (*)

Josep Marfà Comelles

Agustí Andreu

Jordi Ferrús

Serra Paris

Institut Català d'Antropologia.
Departament d'Antropologia Cultural, Tarragona.
Universitat de Barcelona.

- (*) Este artículo es la consecuencia de los primeros meses de funcionamiento de un seminario de Antropología de la Medicina, que bajo la estructura formal de un curso de la Licenciatura de Geografía e Historia General ha empezado a impartirse este año. Nuestro agradecimiento a Felipe Reyero por invitarnos a participar a las Jornadas, a Ana Sánchez por su gentileza en acogernos en la Mesa Redonda que organizaba, y en particular a Joan Josep Pujadas, Marta Allué y Misericordia Domingo que han hecho sugerencias críticas de interés a este manuscrito.

El campo de la Antropología de la Medicina está lejos de presentar la concreción y la consistencia teórica que parecería corresponderle a tenor de su ya larga historia¹. Nacido a principios de siglo como una subespecialización de la Etnología de sociedades primitivas, adquiere probablemente carta de naturaleza con la publicación de Medecine, Magic and Religion por W.H.R. Rivers en 1924. Rivers formuló una primera teorización sobre dicha materia, pero su tarea debe ser entendida más que como un punto de partida, como la concreción de una serie heterogénea de intereses.

En primer lugar, el desarrollo del sistema sanitario-médico oficial, como instancia que obtiene de los Estados del XIX el monopolio sobre la asistencia, y que lucha por implantarlo en la metrópoli y en las colonias. El choque - con las prácticas "folk" en uno y otro ámbito se asociaba - con un interés hacia esas mismas prácticas que entraban en crisis.

Los propios sanitarios, médicos, farmacéuticos, veterinarios, o simplemente curiosos se ocuparon en recoger esas prácticas consuetudinarias, en una acción que puede entenderse a partir de un doble objetivo: la recuperación de - unos conocimientos, pero, al mismo tiempo, la instrumentali- zación de los mismos como alternativas a descartar frente a la primacía técnica, política e ideológica de la medicina oficial.

En la perspectiva colonial, el problema es semejante. A medida que la medicina oficial se universaliza, invade - las distintas áreas del planeta, impone su modelo, y debe disponer de la información necesaria para romper con las re- sistencias culturales. El conocimiento etnológico deviene en este campo un auxiliar preciso para diseñar planes de in- tervención de diversos tipos. De ahí que la Antropología de

la Medicina haya tenido bazas muy importantes para su desarrollo en comparación con otros campos próximos, pero al mismo tiempo, ha implicado un grado de dependencia de instituciones de salud pública o privada, y su intervención en programas de Antropología Aplicada.

La sujeción de la Antropología de la Medicina a esos determinantes socioeconómicos y políticos ha sido posiblemente la causa fundamental del peor de sus problemas: su inconsistencia teórica como campo especial de la Antropología². En efecto, hablar de Medicina, referida a sociedades no-urbano-industriales³, representa operar mediante una analogía de dudosa entidad, producto del etnocentrismo de una sociedad en la que el sistema médico-sanitario se presenta como una entidad diferenciada y en condiciones de aparente autonomía⁴. Esas condiciones no son las que imperan en las sociedades "folk", en las cuales los antropólogos destacan sistemáticamente un grado muy elevado de interrelación, de superposiciones entre el sistema médico y el religioso o el social. De ahí que el grado de confusión sea más que notable en el momento de señalar cuáles son los límites, el objeto de estudio, y la consistencia de la Antropología de la Medicina (Cf. Prat, Pujadas y Comelles, 1980).

Como prueba de cuanto decimos, puede recurrirse a dos artículos recientes, uno de Serge Genest (1978) y otro de Jesús de Miguel (1980) que intentan delimitar cuál es el campo de la Antropología de la Medicina⁵. La intención de Genest es establecer los límites de la Etnomedicina dentro del marco de la Antropología de la Medicina, aunque es consciente de que no puede hacer otra cosa que mantenerse en una posición expectante ante la dificultad de conciliar las orientaciones heterogéneas de los estudios, a pesar de sus referencias a las clasificaciones de autores del calibre de Fábrega (1972) y de Lieban (1973) (Cf. Genest, 1978: 7). Distingue cuatro rúbricas: La Epidemiología o Ecología médica, las investigaciones sobre los cuidados institucio-

nales, las investigaciones sobre los problemas de la salud, y la Etnomedicina, en la cual aprecia tres dimensiones: visión global de los componentes en los sistemas médicos no occidentales; la interacción entre disciplinas afines (farmacia, botánica, etc...), y una tercera que se divide en ciencias médicas, tratamientos, terapéutas, descripciones de la enfermedad y los contextos en que aparece (Genest, 1978: 7-10). Por si esto fuera poco, el autor concluye que esa presentación de síntesis deja fuera de manera arbitraria otros campos, como el de la Antropología de la Muerte y aún otros que podrían incluirse (Genest, 1978: 24).

Ese mismo eclecticismo puede hallarse en el artículo de Miguel (1980a), en el cual, a las ya difíciles fronteras del campo, se añaden una serie de tópicos en los que la coincidencia de antropólogos y sociólogos introduce una nueva confusión.

La interpretación más elemental a esa falta de precisión radica en la concepción etnocéntrica de la Medicina que utiliza nuestra sociedad, acostumbrada a identificar medicina científica como única medicina verdadera, y acostumbrada también a proyectar, mediante ese mismo procedimiento a las sociedades que contempla, el esquema clasificatorio que ha utilizado para su propia práctica. Así, tenemos la impresión de estar viendo en las sociedades primitivas, no lo que pueda constituir el corpus de ritos o comportamientos en relación con lo que a escala social podría equivaler a la enfermedad, sino aquello que "nos parece" estar incluido en lo que llamamos Medicina.

El problema reside en que si bien esa comparación puede ser como mínimo un instrumento para deslindar, a trancas y barrancas, un terreno de estudio, tiene el inconveniente de percibir el sistema médico local con la misma autonomía e independencia aparentes que el sistema sanitario-médico adopta en nuestra sociedad. No se tienen en cuenta por ello

ni la coexistencia de tradiciones distintas en una misma área ni, muchas veces, la presencia de préstamos culturales importantes entre sistemas vecinos⁶.

En el caso del Estado Español, que no ha tenido un desarrollo de la Antropología comparable a la de los anglosajones o franceses; en el que la Antropología nació en circunstancias particulares, y que a pesar de la importante tradición etnográfica (Cf. Prat, 1977), es una Antropología hasta la fecha de importancia, el desarrollo de la Antropología de la Medicina ha sido irregular e inconexo (Cf. Puja das et alii., 1980; Comelles et alii., 1980a).

La inconsistencia de los resultados expuestos exigía una crítica, la necesidad de nuevas fórmulas, o por lo menos una revisión de los postulados que habían presidido hasta ahora la tarea. Este texto es un intento de ir más allá, de proponer un modelo que no suponga una aplicación mimética de conceptos elaborados con otra intención⁷, sino que nazca de la constatación de que una sociedad occidental debe ser examinada con una metodología adecuada a su evolución histórica y social.

Ante todo, en el mundo ibérico no se dan las condiciones de aislamiento que parecen inherentes a ciertas sociedades primitivas, sino que ha conocido desde muy antiguo lo que hoy llamamos medicina oficial⁸. Al mismo tiempo, las condiciones geográficas, históricas y sociales han posibilitado la existencia y la vigencia de prácticas médicas locales, muy variadas, yuxtapuestas, pero no independientes de la anterior, y que aún hoy en día configuran la llamada "medicina popular" en nuestro país.

Pero al mismo tiempo, la síntesis de la tradición árabe y de la tradición cristiana favorecieron la creación de instituciones situadas en las vías de peregrinación, en las ciudades, e incluso en poblaciones pequeñas, destinadas a

atender al pobre, al peregrino, al enfermo, al desvalido o al moribundo. Asilos, hospicios, hospitales, santuarios, jaílonan la geografía, ofreciendo abrigo, auxilio, comida y protección bajo el patrocinio de instituciones religiosas o civiles.

Como mínimo, en el área de referencia pueden distinguirse tres niveles distintos, en cierto modo complementarios, de dispositivos destinados al tratamiento o a la protección de enfermos y desvalidos: los médicos oficiales, los especialistas y técnicas locales y consuetudinarias, y la red de instituciones. No pueden ser contemplados independientemente, ni como constituyendo compartimentos estancos.

En efecto, médicos y curanderos utilizaban los mismos fármacos; la distancia entre barbero y cirujano y arreglado res tenía unos límites dudosos, hasta el punto que el barbero era un personaje denostado; y en las instituciones, si bien existe una presencia del médico "oficial", ésta es secundaria desde el momento en que son las organizaciones religiosas o pías quienes se ocupan realmente de llevar adelante unos centros a los cuales, en buena parte de los casos, se iba a morir bien.

Este conjunto de dispositivos que coexisten, configuran un universo cognitivo que a su vez da lugar a un conjunto de manifestaciones, creencias e imágenes: tenemos en la literatura de la época juicios muy críticos sobre los médicos oficiales (el doctor Sangrado, por ejemplo), denuncias contra los barberos, los cirujanos y los sacamuelas; y al mismo tiempo, existe un refranero riquísimo en temas de salud y enfermedad, en el que se combinan los saberes populares con los oficiales, al tiempo que se destaca la presencia de las instituciones, ora como lugares nefastos, hospitales para morir, o como núcleos de beneficencia, como la "sopa de los pobres"⁹.

En otros niveles, es perceptible también esa dimensión sincrética. En la atención a las embarazadas, a los moribundos, se mezclan diversas instancias a la vez, y el resultado, la especificidad del proceso, viene dado precisamente por ese juego multiforme de combinaciones entre instancias aparentemente contradictorias. Así la literatura y la iconografía populares recuperaran ese carácter variado en la práctica alrededor de la enfermedad, el nacimiento y la muerte, y restituirán una imagen en la que unos y otros sistemas se solapan, se intercambian datos o técnicas o se ubican bajo criterios idénticos, de orden religioso y moral.

El problema se plantea en el momento en que la medicina académica, desarrollada con plenitud durante el siglo XIX, al socaire de la transformación de la sociedad y del Estado, trata de imponer su monopolio sobre la enfermedad y sobre las instituciones relacionadas con ella. El Estado que ha recuperado para sí, buena parte de las funciones tradicionalmente asignadas a la Iglesia o a las Corporaciones locales en materia de asistencia, acepta la alianza con la profesión médica, la cual consigue imponer su modelo de conocimiento y su práctica como única legitimada legalmente. De ahí el progresivo control de la asistencia que hoy llamamos primaria en las clases medias y el proletariado urbano, la lucha contra las "otras medicinas" en el ámbito rural, el intento de intervenir en el control de gestión de las instituciones hospitalarias, formulando para ello teorías del hospital, o en la gestión de la sanidad pública (política mortuoria, sanidad exterior, control de epidemias, etc.). En una última etapa se intervendrá en la asistencia al embarazo, en la institucionalización del parto hospitalario, o en el diseño de políticas de prevención de la enfermedad (higiene mental, por ejemplo), que redundarán en una intervención cada vez más amplia en sectores más heterogéneos de la sociedad.

La nueva situación que resulta de esa amplia acción no debe ser entendida como una ruptura revolucionaria en relación a la situación precedente. A pesar de la incidencia político-ideológica de la medicina académica, no por ello dejan de existir las prácticas consuetudinarias, ni las instituciones pierden sus importantes connotaciones simbólicas. La ideología de la asistencia sigue existiendo en forma clara en la medicina académica¹⁰. Esto es especialmente cierto en España donde a raíz de la debilidad del Estado, sujeto a influencias importantes de la Iglesia, en el cual no puede haber un despliegue claro de la medicina académica, muchas veces sospechosa de vehicular ideas liberales o jacobinas, el Estado no efectuará más que algunos ajustes, pero no una política sanitaria franca. Y ello tanto por la limitación de sus recursos financieros, como por su debilidad ideológica, que impide una laicización seria del aparato administrativo. En esas condiciones, la Iglesia lejos de disminuir su poder en el sector asistencial, va a verse confiados, por el propio Estado, inmensos sectores del mismo, como por ejemplo, buena parte de la asistencia psiquiátrica¹¹. La consecuencia más grave, es que una gestión religiosa impediría implantar las concepciones positivistas de médicos o alienistas, de tal manera que se conculcaba la posibilidad de implantar un sector asistencia, alineado, como mínimo con los principios de su tiempo (Cf. Comelles, 1981)¹².

Esta serie de cambios no deben entenderse como una sucesión mecánica de estadios evolutivos, sino como una estructura mucho más compleja. La idea subyacente es la de señalar que el modelo de práctica en cada momento histórico no es una realidad autónoma, sino la consecuencia de determinaciones económicas, políticas e ideológicas, sin las cuales no es posible comprender ni la sucesión de las situaciones, ni ellas mismas. Modelo construido por la proyección de unas líneas de fuerzas macrosociales, que desbordan las fronteras estatales y que corresponden a los determinantes del modelo de estado de que se han dotado los países occi-

dentales tras las revoluciones del XVIII, pero modelo también adaptado a las evoluciones respectivas, a las adaptaciones concretas, ajustado microsocialmente en las distintas áreas de cada uno de ellos¹³.

El modelo que sostenemos y que se funda en este esquema deriva de las orientaciones de la historia social, más cercanas a la Antropología, cuyos pioneros caba hallarlos entre los Braudel, Foucault o Vilar, y que en todo caso han supuesto un diálogo extraordinariamente fructífero para el desarrollo de las Ciencias Sociales.

Nuestro punto de partida hay que situarlo, sin embargo en el libro clásico de Foucault (1976) sobre la locura, en el cual, su autor, al margen de una disquisición de naturaleza filosófica, presenta un excelente panorama de cómo abordar el problema que supone la historia de las ideologías en lo que hace referencia al ámbito de la enfermedad como construcción ideológica, como proyección de opciones socio-políticas.

Los sucesores de Foucault, menos implicados en el discurso filosófico de éste sobre el poder, han contribuido a despejar el terreno y a clarificar las relaciones, muchas veces intrincadas, entre poder, Estado, ideología, profesionales, salud y enfermedad, y han permitido diseñar, al menos para el mundo occidental contemporáneo, un esquema operativo al cual únicamente haremos referencia sucinta aquí¹⁴.

Establecidas esas premisas, vamos a presentar con suma brevedad cuál es el modelo operativo que proponemos, y que tiene como objetivo el desarrollo de un programa de investigación en Antropología de la Medicina en Cataluña. Entendemos que la tarea del antropólogo en nuestro ámbito es la de examinar los fundamentos ideológicos del fenómeno sanitario, las creencias al respecto, los conjuntos de rituales, signos y símbolos que son manejados, y que para ello, dada la

realidad social de Cataluña en 1981 no es posible limitarlo al estudio de los residuos de lo que fuera medicina "folk", sino que debe abarcar los distintos ámbitos a que hacíamos referencia.

Con el objeto de delimitar una unidad de estudio asquible a un programa dilatado de investigación, partimos de dos conceptos, el de asistencia y el de asistible como núcleos vertebradores.

El concepto de asistencia (Cf. Comelles et alii., 1981) tiene la ventaja de que hace referencia a actitudes y a una praxis, y que, por sus mismas connotaciones, aparece enmarcado en una ideología que tiene un indudable peso histórico en el mundo occidental, pero que al mismo tiempo ha ido sufriendo una serie de transformaciones ligadas a los grandes cambios históricos. La palabra asistencia hace referencia por ende, a un conjunto de actos o instituciones que tiene por objeto asistir o atender a categorías definidas de personas: la asistencia de la comadrona a la partera, de los vecinos a los familiares de un moribundo o de un difunto, la asistencia del médico o del curandero en la enfermedad, el papel asistencial del hospicio, del asilo o del hospital moderno.

El concepto de asistencia implica la existencia de una categoría de población asistible que puede ser determinada con precisión y que pone en función el dispositivo de asistencia. El concepto de categoría que aquí se utiliza es el que propone Lorrain (1975: 65 y ss.):

"una red de objetos relacionados con otros por un conjunto de morfismos (relaciones) los cuales están provistos de una ley de composición."

Dicho de otra manera, para la definición de categoría, se hace indispensable la definición de los objetos y el es-

tablecimiento de una regla, y ambos no son el fruto de opciones innatas, sino la consecuencia de opciones sociales coyunturales.

El criterio de asistibilidad (la ley de composición) - en las diferentes dimensiones a las que haremos referencia, más adelante, no supone una definición como consecuencia de un hecho biológico sino que deriva de lo estrictamente cultural, de tal manera que va mucho más allá de la esfera de una enfermedad cuyo discurso sea el fruto de una determinada ideología, para situarse entre los determinantes sociales del conjunto de la estructura social (Cuadro núm. 1).

Pongamos un ejemplo convencional. Supongamos un individuo afecto de un resfriado común, provocado por un virus conocido, y que tiene una sintomatología banal: nariz obstruida, mocos, a veces escozor en la faringe, dolor de cabeza y embotamiento, ocasionalmente fiebre y tos. En épocas invernales tropezamos constantemente con ese tipo de personajes, o nosotros mismos sufrimos ese cuadro. A esa persona que va al trabajo, al cine o al concierto no se le considera enfermo, si acaso tiene un resfriado, y como mucho, si dice que está muy mal, se le considera un exagerado. En esa misma línea, únicamente si tiene fiebre se aceptará que se encame y que pueda ser considerado un verdadero enfermo. ¿Por qué la fiebre y no los otros síntomas?. ¿Cuál es el signo que establece la discriminación?. No es el conjunto de signos biológicos sino los signos sociales: el no poder andar por la calle, el no poder trabajar, que le acreditan como verdadero enfermo. Automáticamente, el enfermo es sometido a un reajuste en su rol y se ponen en marcha dispositivos de asistencia complejos que incluyen intervenciones domésticas, ocasionalmente vecinales y que en función de una evolución que va a ser controlada por los allegados, podrá motivar la intervención del especialista o el recurso a una institución.

La delimitación de la unidad de estudio parte de esa construcción de categorías que va a ser el anclaje, aunque

no necesariamente el elemento central del proceso asistencial. De ahí que surjan dos modelos de trabajo: uno de ellos que incide en los criterios generales de determinación de la asistibilidad y de los asistibles y que es de orden macrosocial, y otro que se refiere a la práctica de la asistencia y eventualmente de la terapéutica. El acceso al primero deriva de dos modos de aproximación: el estudio del marco general del modelo de asistencia en el área de estudio; el otro, de la interacción entre éste y su inducción concreta a las distintas capas sociales.

La razón de esto está en que si bien, en un cierto sentido, el fenómeno asistencial parece dirigido de arriba a abajo, existe como elemento fundamental del mismo, un proceso de realimentación. En efecto, entre el nivel ideológico y la práctica concreta se establece un mecanismo por el cual la ideología informa la práctica, y esta práctica induce a su vez transformaciones en las instituciones o en el propio modelo ideológico.

Con todo esto, lo que presentamos no es más que un modelo que se propone a la consideración de los lectores como una alternativa que posibilite romper la coraza en la que - el empirismo atóxico, o los modelos derivados del estudio de las sociedades mal llamadas "primitivas", han conducido a este tipo de estudios. Se trata, en todo caso, de una propuesta que debe ser discutida, y desarrollada en muchos de sus extremos, a fin de perfilar su grado de entidad y sus posibilidades de aplicación.

NOTAS

- 1.- La bibliografía sobre este tema es abundante. Existen una larga serie de guías bibliográficas (Cf. Comelles, 1976), la más importante de las cuales es la elaborada por Driver (1972). Como introducciones suscitamos recomendamos Genest (1978), y de un modo menos satisfactorio Lisón (1974) y De Miguel (1980). Sobre los tópicos clásicos de este campo puede verse también Loudun (1976) y Meyer Fortes (1976). Para la Península Ibérica veáanse también los aludidos Lisón (1974), y De Miguel (1980) así como Valdés (1976).
- 2.- Estas hipótesis son provisionales. Darán lugar a una serie de publicaciones que precisarán los distintos conceptos.
- 3.- Hablar de "urbano-industrial" es otro reduccionismo inaceptable, pero que nos permite una cierta aproximación a nuestro propio mundo.
- 4.- Nótese que existe una Historia de la Medicina como un campo diferenciado, mientras que no existen al mismo nivel una Historia de la Física o de la Química.
- 5.- Ambos artículos son discutibles pero suponen una aproximación -asequible y reciente a este campo.
- 6.- En un artículo reciente, algunos de nosotros intentábamos cuestionar este campo, podíamos desmontar las insuficiencias del mismo, pero éramos incapaces de hallar una salida (Cf. Prat, Pujadas y Comelles, 1980).
- 7.- Esto se ve claramente en Lisón (1974), Valdés (1976) y en buena parte de los textos recogidos en Kenny y De Miguel (1980).
- 8.- Como referencia anecdótica, la mejor pieza escultórica hallada en la ciudad grecorromana de Emporion es precisamente una estatua de Esculapio.
- 9.- La hospitalidad como práctica está muy presente en todo el área mediterránea. Implica cuidados solícitos hacia el huésped por parte del anfitrión. Pléñese en los rituales de lavado y de cuidado de heridas que pueblan la literatura popular, los cuentos y las leyendas.
- 10.- El caso del Hospital de Sant Pau en Barcelona, es muy característico a este respecto. Pocos legados se producían en Barcelona que no incluyesen al Hospital (Cf. Comelles, 1979). Sobre este tema o similares puede verse el refranero (Cf. Pujadas, Comelles y Prat, 1980).
- 11.- El caso más importante es el de la Orden Hospitalaria, (Cf. Comelles, 1981).

- 12.- Buena parte de los hospitales locales y comarcales eran hasta hace poco, asilos de ancianos.
- 13.- Este es el caso de la asistencia psiquiátrica en Cataluña. (Cf. Comelles, 1979, 1981 y González de Chaves, 1980).

BIBLIOGRAFIA

- COMELLES, Josep Maria.
1976 "Fuentes bibliográficas en Antropología y Sociología de la Medicina" Ethnica, 11.
- 1978 Groupes informels, coalitions et factions dans un hôpital psychiatrique. Thèse de troisième cycle. Paris. E H E S S.
- 1981 El proceso de institucionalización en sociedades complejas. El caso de la Asistencia Psiquiátrica en Cataluña. Tesis de Doctorado. Facultad de Medicina. Barcelona.
- COMELLES, Josep Maria; ABELLA; DELFI i LINARES, José Luis.
1981 "L'assistència psiquiàtrica" en: Abella, Delfí (Comp.) Psiquiatria fonamental. Barcelona. Ed. 62.
- COMELLES, Josep Maria; PUJADAS, Joan Josep; PRAT, Joan.
1981a "La Medicina Tradicional en el Estado Español y la Antropología Cultural" Actas del XXVII Congreso Internacional de Historia de la Medicina (Barcelona) II: 490-4. Barcelona. Academia de Ciències Mèdiques.
- DRIVER, E.D.
1972 The Sociology and Anthropology of Mental Illness. Massachusetts University Press.
- FABREGA, Horace.
1972 "Medical Anthropology" Biennial Review of Anthropology. Pag.: 167-229.
- FORTES, Meyer.
1976 "Foreword" en Loudun (Comp) Social Anthropology and Medecine. Londres Tavistock.
- FOUCAULT, Michel.
1976 Historia de la locura en la época clásica. 2 vols. México. F C E.
- GENEST, George.
1978 "Introduction a l'Ethnomédecine: essai de synthèse" Anthropologie et Sociétés, 2 (3): 5-28.
- GONZALEZ DE CHAVES, Manuel.
1981 La transformación de la asistencia psiquiátrica. Madrid. Mayoría.
- LORRAIN, Françoise.
1975 Reseaux sociaux et classifications sociales. Paris. Hermann.
- KENNY, Michael y MIGUEL, Jesús de (Comps.)
1980 La Antropología Médica en España. Barcelona. Anagrama.
- LIEBAN, R.W.
1973 "Medical Anthropology" pag. 1031-72. En: Honingmann (comp.). Handbook of Social and Cultural Anthropology. Chicago, Rand Mc. Nally.

- LISON, Carmelo.
1974 "Notas sobre etnomedicina" en Perfiles simbólico morales de la cultura gallega. Madrid. Akal.
- LOUDUN, J.
1976 "Introduction" en Social Anthropology and Medecine. Londres. Tavistock.
- MIGUEL, Jesús de
1978 Sociología de la Medicina. Barcelona. Vicens Vives.
- PRAT, Joan.
1977 "Una aproximación a la bibliografía antropológica sobre España" Ethnica, 13: 130-171.
- PRAT, Joan; COMELLES, Josep Maria; COMAS, Dolors y PUJADAS, J.J.
1980a "L'Arxiu d'Etnografia de Catalunya" en: Comentaris d'Antropologia Cultural, 3: 50-57.
- PRAT, Joan; PUJADAS, Joan Josep y COMELLES, Josep Maria.
1980 "Sobre el contexto social del enfermar" pag.: 43-68. En: La Antropología Médica en España.
- PUJADAS, J.J.; COMELLES, J.M.; PRAT, J.
1980 "Una bibliografía comentada sobre Antropología Médica" pag.: 323-353. En: La Antropología Médica en España.
- RIVERS, W.H.R.
1924 Medicine, magic and Religion. Londres.
- VALDÉS DEL TORO, Ramón.
1976 "La medicina popular en Cataluña" en Lisón (Comp.). Expresiones actuales de la cultura del pueblo. Madrid. Aguilar.