

Josep M. Grau i Pujol

**Entrevista a Josep
Barceló Prats,
antropòleg de la Selva
del Camp**

Tinet
www.tinet.cat

Nascut a la Selva del Camp, el 18 de juny de 1981, fill de Josep, empleat de banca, i Maria Carme, mestressa de casa. És el gran de tres germans, la Maria Carme (1986) i la Maria Cinta (1991), ambdues estudiants de magisteri.



—Pont-Alt. Quins estudis has realitzat?

—Resposta: Sóc diplomad en Podologia (UB) i en Infermeria (URV), llicenciat en Antropologia Social i Cultural (URV) i màster en Antropologia Mèdica i Salut Internacional (URV) i en l'actualitat curso el doctorat al Departament d'Antropologia a la Universitat de Tarragona. La tesina del màster va ser sobre la Casa de

Socors de Tarragona (1925-1982) que atenia als accidentats de trànsit, treball i domèstics a la ciutat de Tarragona.

—**P-A. Quina temàtica té la teva investigació?**

—**R.** La meva tesi porta el títol de: “Poder local i govern de l’assistència pública: el cas de Tarragona”.

Estic estudiant la xarxa d’assistència socio-sanitària a Tarragona que s’estructurava en base a diverses institucions, les més importants: Hospital de Santa Tecla i Casa de Beneficència, la darrera tenia la casa de Misericòrdia per vells i pobres i la casa d’expòsits per a orfes i fills de pares desconeguts (hospici). És a dir, a través d’un fenomen local, com es l’evolució i les transformacions de la institucionalització de la assistència a Tarragona, intento comprendre la gran varietat de fenòmens socials particulars que s’insereixen dins de processos i cojuntures més generals i que participen de la producció de la identitat col·lectiva i de consciència de *cosa pública*.

Tenint, doncs, com a eix d’estudi la pràctica política pública en salut i acció social, o sigui, com la “*res publica*” (*del llatí: la cosa pública*) gestiona la sanitat i la assistència social en la Catalunya moderna i contemporània, vaig construït com si fos un trencaclosques els diferents itineraris de la malaltia i la salut des del punt de vista de com els governants i, en definitiva, el poder local a Catalunya n’assumeix la seva gestió, bé en forma de fundacions assistencials, (hospitals, asils, “*bacins dels pobres vegonyants*”, malalts pobres, discapacitats i bojos), bé a partir de la consciència relativa a la responsabilitat individual i col·lectiva en

relació amb el que avui s'anomenen col·lectius vulnerables.

—**P.A.: Quina és la teva hipòtesi d'investigació**

—**R.** Catalunya és l'únic territori de l'Estat Espanyol que entre els anys 1812 i 1967 no té xarxa d'hospitals provincials (excepte l'hospital Clínic de Barcelona) ni tampoc manicomis provincials (excepte, també, un parell de casos que confirmen la regla). Així, per exemple, el de Joan XXIII de Tarragona no es creà fins el 1967, ja en el tardofranquisme, i el seu nom és de Residència Sanitària, no d'hospital, un eufemisme per evitar l'assimilació amb la mort que comportava la paraula hospital.

—**P.A i quina és la causa d'aquesta excepció?**

Contestar a aquesta pregunta ens remet a analitzar, amb deteniment, l'evolució de la "*cosa pública*" i dels sistemes de legitimació del poder local a escala local i destacar la seva importància per al govern de la municipalitat, entès aquest darrer com el màxim exponent del poder local. També té a veure amb el manteniment del dret civil català, que des de l'època medieval es manté a Catalunya i és el moll de l'òs que estructura i articula el poder local mantenint una singularitat catalanista.

Així a Tarragona subsisteix l'hospital de Santa Tecla, en conveni entre l'Ajuntament de la capital i l'Arquebisbat, ni les desarmortitzacions del segle XIX el pogueren fer desaparèixer, encara que si reduir els seus ingressos econòmics. L'any 1925 s'intenta convertir l'hospital local de Santa Tecla en provincial, amb la teòrica intervenció de la Diputació, però no es pot arribar a un acord a tres bandes, per la confrontació dels poders locals amb el central.

Altres hospitals existents són els de les capitals de partits judicials com Valls, Falset, Tortosa, Montblanc a més de poblacions més petites com Constantí, la Selva o Torredembarra. Catalunya té una manera de funcionar diferent d'Espanya que té molt a veure amb una consciència ciutadana i d'ajuda mútua horitzontal.

—P.A. Quins arxius has consultat?

—R. Diferents de Tarragona (de l'Arquebisbat, la Diputació, la Generalitat i l'Ajuntament), també de Barcelona (Diputació) i Sant Cugat del Vallès (ANC).

—P.A. I en l'àmbit acadèmic quines publicacions tens?

—R. Tinc alguns articles en revistes especialitzades i he col·laborat en el llibre, *Infermeria de la persona major* (2011), he participat en Jornades i Congressos arreu l'Estat en l'àmbit de la infermeria, l'antropologia i la història de la medicina. Tinc dos estudis inèdits, un sobre l'hospital de la Selva del Camp (segles XV-XIX) i la casa de recollides de la Selva del Camp (segles XVII-XVIII) que reconduïa prostitutes i l'Arquebisbat de Tarragona tenia habilitada al Castell, era l'única de la vegueria i corregiment.

—P.A. Laboralment a que et dediques?

—R. He deixat la podologia i en l'actualitat sóc becari de doctorat, dono diferents assignatures en el grau d'infermeria i el proper mes d'octubre i fins desembre vaig a Florència en el programa Erasmus.

—P.A: Quines afeccions tens en el temps lliure?

—**R.** Sóc arbitre de fútbol de primera catalana, he estat jugador i entrenador al Club de la Selva, també corro en mitges Maratons i 10 Km.

Participo en la Representació del Misteri de la Selva del Camp, he estat membre del seu Patronat i també he col·laborat en la Passió de la Selva.

—**P.A. Com veus avui la Selva del Camp?**

—**R.** Té el perill d'esdevenir un poble dormitori on la gent no es coneix ni es saluda pel carrer, molt diferent de la societat tradicional que havia estat durant segles. La població és molt heterogènia, en certa manera ens estem convertint en una ciutat on es viu de forma anònima. No som conscients del gran volum d'habitants que té el municipi i que, de moment, no es poden o no es volen integrar en forma i manera tradicionals.

—**P.A. Com veus el sistema sanitari en l'actualitat?**

—**R.** En primer lloc és car de manteniment, sort tenim que una part de població catalana (un de cada tres catalans) es deriva a a través de mútues privades, sinó es col·lapsaria el sistema.

Al meu entendre ens han venut un model d'eficàcia terapèutica que només té sentit dins les parets d'un hospital científic-tecnològic. És a dir, en altres paraules ens hem acostumat a utilitzar una tipologia de serveis sanitaris on l'hospital és el pal de paller del sistema i funciona com una cadena de muntatge fordiana, on el malalt entra per urgències, se li fan les proves diagnòstiques convenients, el visiten els especialistes que siguin necessaris i, finalment, se li realitza el tractament que sigui necessari, sigui de caire quirúrgic o

farmacològic. Aquest sistema, molt eficaç en malalties de tipus agut, ha subalternat el sistema d'atenció primària de salut, representat pel CAP. D'aquí en deriva el fet, per exemple, que quan hi ha una epidèmia de grip la població satura els serveis d'urgències dels hospitals. La població no és tonta i prefereix esperar en una sala d'espera d'un hospital cinc hores però, a canvi, sortir amb el paquet de proves diagnòstiques al complet (analítica, hemocultius, diagnòstic per la imatge...) i de forma i manera instantània. Tanmateix, aquest model hospitalari és extramadament car i utòpic.

El context de crisi econòmica actual i, també, l'emergència en la nostra societat de malalties cròniques degut a l'envelliment de la població, per tant malalties no curables en un hospital, està fent que el model hospitalari només tingui sentit en certs tipus de patologies molt específiques que requereixen de tecnologia quirúrgica.

El pas del metge de capçalera (el que anava al capçal del llit del malalt) a un metge de família (el que visita en un CAP) no va resoldre el problema de la sanitat. Els nostres governants han de prendre consciència que, en l'actualitat, el binomi socio-sanitari és imprescindible per donar resposta als nous reptes en la salut i malaltia dels ciutadans i que invertir en sanitat sense invertir en serveis socials és un error. L'exemple el podem trobar cada dia en el servei d'urgències de qualsevol hospital on un bon percentatge dels llits estan ocupats per malalts que reingressen freqüentment, amb la conseqüent despesa monetària. A destacar, l'ancià octogenari que ingressa a urgències per ofeg. Un cop ingressat se li administra una mascareta o pipeta d'oxigen amb salbutamol i l'ancià reviscola. Se'l dona d'alta a les poques hores i al cap de

dos dies torna a ingressar pel mateix motiu, i aquest fet es torna cíclic. Què succeix? Doncs, que ningú es preocupa per l'estat d'aquest ancià a casa seva... si és vidu, si s'alimenta bé, si es pren els medicaments de forma correcta, si la pensió li arriba per cubrir les seves necessitats més bàsiques, si té fills que el puguin cuidar, etc.

Convindria, doncs, dedicar més esforços a la prevenció i promoció de la salut, amb més intervenció en l'assistència primària de la vessant social – assistencial i de figures sanitàries dedicades al cuidar i a la rehabilitació dels malalts, com poden ser infermers, fisioterapeutes, assistents socials o terapeutes ocupacionals.

Entrevista publicada a la revista *El Pont-Alt* (la Selva del Camp), 118 (2012), ps. 6-7.

Primera edició en ePUB i PDF: gener de 2013.

Publicat a www.tinet.cat.

Distribució sota llicència "[Reconeixement –
No Comercial – Sense Obra Derivada
\(by-nc-nd\) 3.0 Espanya](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/)" de Creative Commons.

