

L'ANTROPOLOGIA DE LA SALUT. CULTURA, PREOCUPACIÓ SOCIAL I SALUT (II-B)

Rosa M. Boixareu

L'article anterior feia una aproximació a la dimensió social de la salut. Aquesta segona part s'interessa per la dimensió social de la malaltia, abordant el tema des dels "models" com a representacions significatives. Sobre aquesta qüestió, se segueix, fonamentalment, F. Laplanche, per la seva peculiar trajectòria a l'hora de construir uns models: el relat literari és el testimoni de la persona malalta.

La comprensió de la malaltia com a qüestió social ens porta a tractar el tema des de la sociologia de la malaltia, que també podem anomenar sociologia de la salut. A partir d'aquí, l'article vol ressaltar el paper dels factors socials que intervenen en la malaltia i els patiments que es desencadenen. El darrer apartat, sobre "la protecció social", s'enceta amb un interrogant: Per què en una determinada societat sorgeix la necessitat d'una protecció social? Interrogant que convida el lector a elaborar la seva pròpia resposta.

A l'article anterior, fèiem referència a la inevitabilitat de la dimensió social de la salut agafant com a referent relacional la comunicació. A partir d'aquí, ens fixàvem en el concepte "estil de vida" entenent-lo com una realitat que es troba en la cruïlla de les relacions humanes: les representa, les construeix i, alhora, es construeix per aquestes relacions. Salut i estil de vida es corresponen. Dèiem, també, que el camp de reflexió sociològica sobre la salut, el

patiment i la malaltia, és immens i complex tant pel procés de construcció de l'estructura social com pels factors socials que hi influeixen. Aquestes qüestions han estat plantejades per diversos autors¹. És, doncs, a partir del marc de consideració sociològica exposat a l'article anterior que encetem la reflexió sobre la dimensió social de la malaltia.

LA MALALTIA, QÜESTIÓ SOCIAL?

La malaltia és una qüestió social. En parlar dels clàssics grecs, ja fèiem esment a la dimensió social de la salut i de la malaltia²: tant en relació amb la idea de l'harmonia en la convivència i la salut com *isonomia*, com en la recerca de les causes naturals de la malaltia per part de l'escola hipocràtica; sense oblidar les condicions físiques i les influències de diversos factors de l'entorn, i l'atribució de l'origen diví d'algunes malalties amb la consegüent càrrega moral que això suposa³.

Tot això dibuixa les característiques de l'espai de convivència humana: harmonia participativa, qualitat de l'entorn físic i social, preocupació sanitària, desenvolupament de la protecció social, al costat d'un concepte de bé i de benestar en el qual s'integra la responsabilitat moral.

Entendre la salut i la malaltia com a qüestió social ve de lluny, amb una continuïtat discontinua al llarg de la història. La descripció del mapa del progrés humà al llarg de la història posa en evidència els seus límits i les seves dificultats: els conceptes de diferència i de desigualtat sovint qualifiquen diversitat de patologies amb arrels i conseqüències socials. Per exemple, la pobresa és un lloc humà considerat clau per al desenvolupament de la "mala salut": als països anomenats "pobres", hi ha un ventall de malalties que causen autèntics estralls perquè les condicions naturals, les possibilitats de promoció del país, l'èxit de la promoció de la salut i la intervenció eficaç en la malaltia són escassos. Pobresa i malaltia constitueixen un "cercle viciós"⁴.

¹ *Ars Brevis* 6(2000)23ss.

² *Ars Brevis* 4(1998)27-43.

³ Tot això, d'acord amb les particularitats de l'organització social a la Grècia clàssica.

⁴ La literatura publicada sobre aquest tema és nombrosa i ja ens hi hem referit en articles anteriors d'*Ars Brevis*. També els mitjans de comunicació fan ressò d'aquesta qüestió que plantejem. La fam i la misèria són autèntiques epidèmies a nivell mundial que, alhora, afavoreixen el sorgiment d'altres o l'agreujament d'un tipus de malalties que, en un altre ambient socioeconòmic, tindria una incidència menor, o

1. Les representacions i els significats de la malaltia

Ens apropem al tema de "les representacions i els significats de la malaltia" assumint el dit en articles anteriors⁵.

Ho sabem: la malaltia és un procés complex i la seva interpretació escapa als motius o causes estrictament biològiques. Intentar llegir la convergència de factors que es veuen implicats en el fenomen de la malaltia ens ha portat a cercar uns perfils de referència anomenats "models de malaltia" a través dels quals es pot dur a terme una lectura universal, i particular, d'aquesta: és a dir, la malaltia es representa i és representada com a fenomen pluri-dimensional de diversos significats.

a) Els models

En el nostre cas, entenem que els "models" són uns esquemes generals que ens permeten veure l'estructura inicial del procés de la malaltia: l'estructura d'allò que emergeix que altera significativament les funcions de la persona, del seu organisme, que li impedeix relacionar-se i desenvolupar-se en el seu medi i que li provoca danys de diverses característiques i consideració. Quan parlem de "model" de malaltia, parlem d'allò que el concerneix. De cap manera es vol domesticar el discurs ajustant-lo a una estructura fixa: el "model" és actiu, ha de ser capaç de transformar-se amb la realitat. Per a aquest propòsit, hem triat seguir els quatre models base de F. Laplantine, i completar-ne l'exposició amb els comentaris de C. Casalone sobre el particular⁶.

- La construcció del "model"

bé altres possibilitats de resolució. Per exemple, considerem la incidència que tenen, als països rics o als països pobres, les patologies infeccioses o parasitàries. En aquest sentit, el cas de la tuberculosi és paradigmàtic: el nivell socioeconòmic del país, o de la persona afectada, influeix en l'accés a un tractament i en la perseverança en aquest; semblantment, en tota mena de discapacitats. Les possibilitats són distintes segons el nivell particular o de país; llavors, la diferència marca una desigualtat punyent. Entre altres, vegeu M.T. ALGADO, "Vida y Muerte en el Mediterraneo. Algunas claves sociológicas sobre sus poblaciones" dins *REIS*, 87(1999) pàg.117-143.

Hi ha, també, altres abordatges del tema com, per exemple, el de V. PEDRAZA, "Formación médica y necesidades sociales" dins *Medicina Clínica*, 116 (2001) pàg. 658-663: els canvis socials i l'evolució de les necessitats de salut conviden a reconsiderar el concepte de "servei" introduint nous objectius i responsabilitats, especialment en l'àmbit de l'ensenyament universitari (allà on l'article parla d'àmbit de la medicina, nosaltres llegim dels "professionals de la salut").

⁵Ars Brevis 5(1999)59-79, i Ars Brevis 6(2000)23-41.

⁶F. LAPLANTINE, *Anthropologie de la maladie. Étude ethologique des systèmes de*

La noció de malaltia i la pràctica terapèutica són una producció social culturalment determinada: és a dir, són una construcció humana dins unes categories de pensament forjades en el marc d'una cultura. La noció de malaltia i la pràctica terapèutica són una manera de representar la realitat, una realitat que es veu així en un lloc i en un moment determinat, no pas a esquena de diverses influències de tot tipus: religiós, polític, econòmic, tradicional... Per exemple, segons l'enfocament que l'autor li doni, la història de la medicina ens presenta la malaltia com un esdeveniment biològic: com un conjunt de símptomes i manifestacions de les lesions de l'organisme, o bé com una alteració fisicoquímica d'aquest, o bé com un esdeveniment capaç de posar en qüestió el sentit de la pròpia existència⁷.

És d'importància cabdal els elements que es fan servir i el procés que se segueix en la construcció de la noció de salut o de malaltia, així com la definició del nucli d'interès d'aquesta: humanitzar l'atenció al malalt (és a dir, humanitzar la terapèutica a

représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine, Payot, Paris (1992); i C. CASALONE, *Medicina, Macchine e Uomo. La malattia al crocevia delle interpretazioni*, Gregorian University Press, Roma (1999). Per a una informació més acurada sobre el tema, cal consultar aquestes obres.

⁷ L'enfocament que dona cada autor a allò que descriu, i relata, és important a l'hora de fer una aproximació als fets. Per exemple, citem solament alguns autors recents:

· E.H. AKERKNECHT, considerat el creador de "l'antropologia de la medicina", és un historiador de la medicina que estudia i analitza la natura de la medicina primitiva en si mateixa: aquesta apareix més com una funció de la cultura que com una funció de la biologia (és la societat qui decideix que el canvi biològic és malaltia; per tant, la malaltia compleix una funció social).

· H. SIGERIST fa una lectura de la història de la medicina des d'una aproximació a les ciències socials: cultura, tecnologia, economia...

· H. FÀBREGA intenta combinar el paradigma biomèdic i la perspectiva sociocultural amb la qual cosa es posa en qüestió la utilització d'indicadors globals de salut-malaltia.

· P. LAÍN ENTRALGO és un autor molt proper al pensament grec, al discurs filosòfic de X. Zubiri i a la relació de la pràctica clínica amb l'ètica: el seu objecte d'atenció és la medicina i la pràctica que se'n deriva.

· E. FREIDSON contribueix al desenvolupament de la sociologia de la Medicina. Analitza, des d'un punt de vista teòric, la professió mèdica (avui, nosaltres, en diríem: les professions relacionades amb l'àmbit de la salut i les seves àrees d'acció).

· E. DE MARTINO, etnògraf, a partir d'allò que observa en la pràctica de la medicina, construeix un coneixement i un discurs en el qual intenta un diàleg entre la medicina, la filosofia històricocultural i l'etnografia: el seu objecte de treball no és la medicina, sinó la societat. Cerca el lloc de la medicina en la societat.

· M. TUBIANA, autor d'una història del pensament mèdic: des del rigor intel·lectual i metodològic, cal que la medicina individual i guaridora esdevingui col·lectiva i preventiva.

seguir) vol dir reconèixer l'existència humana com l'esdeveniment preeminent. D'aquí es deriva que la malaltia s'insereix en un context ple de sentit humà.

Junt amb les precomprensions de la malaltia, actualment es produeix una reconceptualització d'allò que s'entén com a tal i de la pràctica terapèutica que se'n deriva; a tot això, no li és aliè el reclame de recordar les "humanitats" en les anomenades disciplines científicotècniques⁸. La percepció de la malaltia des del món mèdic i científic no és l'única. Per exemple, la sida ha contribuït a entendre la relació entre els factors biològics i els socioculturals en la malaltia; la sida, avui, ha posat de relleu la importància del cos com a sistema simbòlic d'expressió i de representació d'una salut i d'una malaltia entesa més enllà dels paràmetres biomèdics⁹. Emmalaltir té conseqüències personals úniques que destorben les relacions de la persona malalta amb el seu entorn, també poden enriquir-les.

Val a dir que tampoc és la mateixa la percepció subjectiva que la persona malalta té de la seva malaltia i aquella que en té l'observador, sigui professional de la salut, familiar o entorn social. Cal distingir una bona colla de matisos que no sempre coincideixen: una cosa és el discurs del malalt; una altra, el discurs del professional, i una altra, el discurs de l'entorn. Pensem que una bona manera d'apropar-se a la realitat de la malaltia és a través de diverses lectures o a través de la diversitat d'expressió artística: la literatura, la pintura, l'escultura, el cinema..., ja que poden ser un mitjà molt eficaç per connectar amb una realitat que té un camp d'expressió i de significació extraordinari i divers¹⁰.

És a partir d'una concepció de salut que el grup social percep i avalua l'emergència d'un fenomen anòmal que podem anomenar malaltia. En aquesta percepció, no hi són aliens els factors polítics, econòmics, religiosos, sanitaris... com tampoc hi és aliena la variabilitat de referències que es fan servir a l'hora de construir el "model" i amb quins criteris s'organitzen. Per exemple, l'antropologia de la medicina fa èmfasi en la consideració de les relacions

⁸ No solament creix l'interès per les "humanitats" sinó que, actualment, sembla que sorgex un interès per la presència acadèmica de la reflexió teològica a les universitats públiques. Una mostra n'és el Secretariat Teologia a la Universitat, promogut per diverses institucions teològiques de Catalunya.

⁹ La sida també ha posat de relleu com d'importants poden ser les aportacions econòmiques per a la investigació si l'afectat és el món ric.

¹⁰ P. SANDBLOM, *Cómo influye la enfermedad en la literatura, la pintura y la música*, FCE, México 1992. L'autor mostra la influència de la malaltia i del sofriment en la creativitat d'alguns artistes. La malaltia i el sofriment com a font d'inspiració i de creativitat.

entre medicina i cultura: és a dir, entre els factors biològics i els altres. Nosaltres, l'entonació, la posem en les persones i des d'elles obrim el ventall d'influències i d'interaccions recíproques¹¹ Entenem que ambdues perspectives es complementen.

Tot plegat no és una qüestió de menor importància perquè se'n deriva un "model" de cura i de guarició: un model d'atenció. Per exemple, si la malaltia és compresa en termes de representació magicoreligioses (la malaltia com a càstig de les forces sobrenaturals o de la divinitat), el model de cura i de guarició es construirà a partir de la comprensió del malalt com a culpable mereixedor de punició; llavors, la teràpia s'orientarà principalment vers unes formes ritualitzades segons les creences o el marc religiós¹².

El "model"

Un "model" és una construcció teòrica elaborada a partir d'allò observat i viscut, que posa en evidència allò que, a vegades, els discurs oblidia: el "model" representa una sensibilitat. Els models no són part d'una història, pretenen abraçar tota una història: per exemple, els models de malaltia volen representar tot un món d'experiència, fins i tot allò que aquesta experiència calla.

Els models permeten desxifrar i analitzar la constel·lació de factors que intervenen en la malaltia, a fi de construir un sistema "model" d'atenció i de guarició. Els models són sistemes de representació, faciliten la comparació amb altres sistemes i amb altres discursos: és a dir, amb altres sabers i altres pràctiques; amb altres respostes a la malaltia, per tant, amb altres formes de comprendre-la i d'interpretar-la. Amb altres formes de viure-la.

Els "models" són autònoms. És a dir, són l'expressió teòrica d'allò viscut i observat; per tant, hi ha diversitat de models que serveixen en funció de la legitimitat de l'experiència que reflecteixen o que els ha constituït, però això no vol dir que no s'estableixin vies de

¹¹ Solament a tall d'il·lustració i tenint en compte les interconnexions que es donen entre els diversos "corrents de pensament": hi ha un corrent antropològic crític (M. Taussing, A. Young), *fenomenològicointerpretatiu* (A. Kleinman, B. Good), filosòfic (P. Laín Entralgo, F. Torralba), ètic (D. Gràcia, E.D. Pellegrino), *simbolicointerpretatiu* (Ll. Duch), *marxista* (E. Menendez), *simbòlic* (E. Goffman), *psicoanalíticocultural* (F. Laplantine, T. Nathan), *social* (A. Grotjahn, G. Rosen), *teològic* (C. Casalone). Solament per citar-ne alguns.

¹² Com, per exemple, la *medicina primitiva*: aquesta correspon a una mentalitat que la visió general del món (d'allò natural i social) s'inspira en principis sobrenaturals, transcendents, que regeixen, orienten i justifiquen la vida i els comportaments; vist així, en la malaltia, hi intervenen causes sobrenaturals (no s'ha de confondre amb la *medicina popular*). La seva pràctica terapèutica està integrada en aquesta mentalitat.

comunicació o d'interacció entre ells ni que l'un desqualifiqui l'altre. Simplement, sorgeixen, es transformen i s'influeixen, si més no.

Una qüestió prou interessant és la comparació dels "models". Comparació que, a vegades, permet veure certes contradiccions que poden passar desapercebudes. La comparació permet estudiar les relacions, les variabilitats i les possibilitats que conté cadascun d'aquests. El seu objectiu és veure l'oportunitat d'altres recursos terapèutics fins al moment desconeguts. La comparació permet plantejar-se la reinterpretació de la malaltia a partir de categories distintes de les contemplades.

Per mitjà de la comparació, es poden estudiar els processos de transformació dels "models", analitzar l'evolució pròpia de cadascun i relacionar-la amb els altres. Això demanarà contextualitzar-los socioculturalment i impedir la desintegració d'aquest factor de les mesures terapèutiques a prendre. Avui, és gairebé impensable desatendre el context social de qualsevol "model" que es proposi, sigui quina sigui la situació a què es vol referir. Per exemple, en el cas de la sida, la comparació entre models de malaltia permetrà recontextualitzar-la i ampliarà perspectives a l'orientació terapèutica que es proposi; també permetrà prendre'n certa distància, atesa la singularitat de cada narració de la malaltia.

Per a nosaltres, és important insistir que el "model" no és una estructura fixa i acabada: el model és actiu, es transforma i evoluciona en contacte amb la realitat; més aviat, és un lloc de trobada entre allò vist i allò viscut, entre l'espai personal i l'espai col·lectiu, a cavall de la biografia i de la història. Una de les seves característiques és la reversibilitat; una altra és que el "model" no conté solucions, aquestes es proposen a partir de l'estudi i l'anàlisi d'aquest: a partir del significat que representa.

Arran de tot el dit més amunt, hem de cloure aquest breu apartat dient que el "model" ha de ser capaç de suggerir significat i sentit a l'experiència humana, ja sia com a representació de la salut o de la malaltia, perquè tant l'una com l'altra no són exclusivament una producció biològica i sociocultural: també són una construcció personal¹³.

¹³ Una altra perspectiva sobre els "models" i la seva construcció podeu trobar-la a F. FERRAN i P. MARSET, "Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: las explicaciones causales" i P.L. CASTELLANOS, "Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales" dins AAVV. *Salud Publica*,

• Els "models" de malaltia

– F. Laplantine¹⁴

Laplantine, a més d'altres materials, es recolza en testimonis literaris a l'hora de classificar i desenvolupar els "models de malaltia". Es serveix del relat literari com a intermediari entre els factors culturals i els factors biomèdics, per dir-ho d'alguna forma. El text literari és el testimoni de la persona malalta, que relata la seva experiència i el sentit d'aquesta per mitjà de la lletra escrita. L.F. Céline, A. J. Cronin, E. Ionesco, Th. Mann, F. Mauriac, M. Proust, M. Yourcenar... són alguns dels autors que treballa i utilitza aquest autor.

D'entre els testimonis literaris, Laplantine selecciona el cas típic de la mateixa manera que l'investigador selecciona el seu d'entre altres, distingint l'espai del malalt (caracteritzat pel sofriment) i l'espai del metge (del professional de la salut¹⁵), com a subjecte socialment legitimat per a dur a terme el diagnòstic, el pronòstic i el tractament. L'objectiu de l'autor és donar importància a la perspectiva del pacient, sovint prou oblidat, i posar de relleu la variabilitat d'interpretacions de la malaltia, segons sia l'experiència del pacient, segons sia la perspectiva del professional¹⁶.

McGraw-Hill-Interamericana, Madrid 1999, cap. 4 i 5, respectivament. El primer article es fixa en els principis de causalitat a partir dels quals formula teories sobre la producció de la malaltia i l'impacte que exerceix sobre l'epidemiologia. El segon article tracta de la salut pública com l'abordatge dels problemes de salut derivats de les desigualtats i l'absència d'equitat: els problemes de salut no es distribueixen per atzar entre la població, cal una resposta d'intervenció social per a modificar les causes dels problemes de salut per part de les institucions i de la societat civil. També, A.A., ABDELMALEK I J.L., GÉRARD, Sciences Humaines et Soins. *Manuel à l'usage des professions de santé*, InterÉditions, Paris 1995; P. DONATI, *Manuel de sociologia de la salut*, Díaz de Santos, Madrid 1994.

En una línia semblant, pot ser interessant, entre altres, l'article d'E. FERNANDEZ ET AL. "Desigualdades en salud según la clase social en Cataluña, 1994" dins *Atención Primaria* 25-8(2000)560-562: la persistència de diferències en l'estat de salut segons la classe social. Vegeu també, V. BORRUSO, *La malattia fra inganni e illusioni. Conoscere la malattia: un problema sospeso nello sviluppo della medicina*, Sellerio editore, Palermo 2001: l'autor reconeix la dificultat d'una classificació de la malaltia, i la sistematitza en el "model mecànic", el "model epidemiològic", el model social", el "model psicosocial"...

¹⁴Cf nt 6.

¹⁵Allà on diu "metge", llegim "professional de la salut", ja que sovint les funcions que s'atribueixen a aquell són compartides, o dutes a terme, per altres professionals de l'àmbit de la infermeria o de la fisioteràpia, per exemple.

¹⁶Les interpretacions de la malaltia es comuniquen per mitjà del diàleg entre professional-pacient. Aquesta qüestió mereix una aproximació més acurada, però avancem algunes obres a considerar respecte a aquest tema: A. KLEINMAN, *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley 1980; P. LAÍN

Laplantine construeix uns models teòrics cercant unes línies comunes a partir del que anomena "les formes elementals de la malaltia", tenint present la disparitat cultural i les variabilitats individuals que es donen en una mateixa societat. No oblidem que el model es construeix a partir dels testimonis de diversos personatges literaris. Aquests "models" responen a tres exigències principals:

1. ser distints a les normes interpretatives elaborades per les diferents cultures.
2. estar en relació amb la realitat (recordem: el model ha de posar en evidència allò que les diverses "narracions" amaguen).
3. tenir un caràcter metacultural.

A partir d'aquí, l'autor constitueix quatre parells de models combinant:

- un grup *etiòlògic*: ontològic-relacional; exogen-endogen; additiu-sostractiu; melèfic-benèfic¹⁷
- un grup *terapèutic*: al·lopàtic-homeopàtic; additiu-sostractiu; exorcístic-adorcístic; sedatiu-excitatiu.

Amb això analitza:

- a) la doble constel·lació *etiòlògica-terapèutica* que regeix els sistemes de representació de la malaltia i la guarició
- b) les convergències i divergències entre el discurs del malalt i el discurs del professional
- c) la crítica al pensament biomèdic
- d) les relacions entre malaltia i el món del sagrat¹⁸.

La complexitat de la xarxa que estableix Laplantine per a la construcció dels "models" ja indica de per si la complexitat de la malaltia i la seva guarició, tot reconeixent que la majoria de malalties participen de diverses etiologies que sobrepassen el dualisme amb què ens proposa els "models".

No es tracta d'oposar-se a uns sistemes de representació o a

ENTRALGO, *La relación médico-enfermo*, Revista de Occidente, Madrid 1964; F. TORRALBA, *Filosofía de la Medicina. En torno a la obra de E.D. Pellegrino*, MAPFRE-Instituto Borja de Bioética, Madrid 2001 (cap. 6 i 7); A. BARBOUR, *Caring for Patients. A Critique of the Medical Model*, Stanford University Press 1995.

¹⁷ L'etiologia l'entén de tipus científic, subjectiu i social, diferenciant les narracions en tercera persona -objectives- i en primera persona -subjectives.

¹⁸ Les relacions entre santedat i salut; càstig i malaltia; guarició i recompensa.

unes formes d'interpretació, sinó, com hem dit més amunt, de cercar models més àgils (flexibles) que permetin abastar al màxim la realitat del fenomen que ens interessa, desvestint-lo de pressuposts ideològics de qualsevol mena. En el nostre cas, aquest fenomen que ens interessa és la malaltia i no oblidem la triple terminologia que empra la llengua anglesa quan s'hi refereix (*disease, illness, sickness*)¹⁹.

LES FORMES ELEMENTALS DE LA MALALTIA: ELS MODELS ETIOLÒGICS

Primera reproducció: model ontològic i model relacional.

Constitueix la matriu de tots els models perquè és transversalment present a tots els altres. Es compon del model ontològic i del model relacional o funcional.

Per al primer, la salut i la malaltia tenen entitat pròpia, autònoma, respecte al seu hoste o portador. La medicina occidental s'emmarca dins d'aquesta tradició de les espècies, les lesions, les especificitats etiològiques (gèrmens, virus, microbis, la penetració en el cos de quelcom estrany).

Per al segon, la situació patològica està provocada per la ruptura de l'equilibri amb un mateix, amb el cosmos o amb l'entorn (medi social). Es pensa la malaltia i la salut com una relació pertorbadora o satisfactòria. La malaltia es considera com un desordre, ja sia per excés o per defecte. El centre d'interès és la persona malalta. És la concepció hipocràtica de la malaltia: els símptomes són l'efecte de les variacions dels "quatre humors" (recorrem: la salut és la justa proporció d'aquests "quatre humors")²⁰.

En la història de la medicina, aquests dos models han tingut una presència equilibrada, a vegades amb la prevalença de l'un sobre l'altre.

Segona reproducció: el model exogen i el model endogen.

Indica la situació recíproca de la salut i de la malaltia. D'aquesta segona reproducció, en forma part el model *exogen* i el model *endogen*.

Per al primer, la malaltia està determinada per un factor

¹⁹ *Ars Brevis* 2(1996)25, nt. 33.

²⁰ *Ars Brevis* 4(1998)36.

extern a l'organisme. La imputació etiològica tant pot ser química (per exemple, pensem que la causa d'una infecció pot ser de naturalesa bacteriana, microbiana, parasitària...), com social (la pol·lució, el soroll, l'habitatge, les condicions de vida, l'accident...).

Per al segon, el mal es desenvolupa a l'interior del subjecte. Per exemple, el caràcter, la constitució personal, les predisposicions, el patrimoni genètic.

El pas del model ontològic al relacional s'esdevé per continuïtat en les relacions i l'evolució d'aquestes dues *reproduccions*. Per exemple, en un context en el qual hi ha una explicació exògena de la malaltia, el caràcter exogen de la malaltia és, sobretot, l'estil de vida; llavors, el pas del microbiologisme al sociologisme és possible sense que la societat o els individus que la formen canviïn el sistema de representacions. Però, en un context en el qual hi ha una explicació endògena de la malaltia, el pas del model ontològic al model relacional solament pot esdevenir-se per una transformació del sistema de representació, perquè la malaltia es comprèn com a quelcom dins de l'individu i l'entorn hi té poca incidència, ja que la recerca de les causes va sempre acompanyada de representacions morals.

Tercera reproducció: el model additiu i el model sostractiu.

A la tercera reproducció trobem el model *additiu*, segons el qual la malaltia és deguda a quelcom que s'afegeix a l'organisme i l'envaïx. Aquest model és comú a la bruixeria, a algunes religions i a la medicina occidental (biomedicina): la malaltia és una presència estranya que s'introdueix dins el cos, la malaltia és vista com un enemic.

Per al model *sostractiu*, la malaltia és deguda a la manca o a la pèrdua de quelcom: l'anèmia, l'atròfia, l'amnèsia són exemples que ens poden orientar. La intervenció terapèutica és de tipus additiu o restitutiú: un tractament o un ritual de devolució.

Ho il·lustrem amb el següent comentari: la patologia d'altres èpoques històriques sovint estava marcada per la feblesa (constitucional), la carència (alimentària) i l'absència (d'higiene). Actualment, la patologia està marcada per un excés (d'energia, informació, alimentació, consum...). Per exemple, el càncer pot ser una representació de tot això: és la proliferació de cèl·lules malignes, un excés.

Quarta reproducció: model malèfic i model benèfic.

Aquesta darrera representació qualifica i significa les interpretacions precedents. Al costat de les representacions ja vistes, hi ha una dualitat que se situa entremig del sentit i del sense sentit, del valor positiu o negatiu de les representacions anteriors. Es tracta del model *malèfic* i del model *benèfic*.

El primer veu en la malaltia un esdeveniment nociu. Cal recordar que la malaltia no és solament una pertorbació biològica, sinó també social: el malalt es veu i és vist com un membre devaluat de la comunitat. La malaltia és quelcom indesitjable.

El segon, el model benèfic, veu sorgir de la malaltia una realitat positiva: l'experiència de la malaltia es viu com una aportació de béns. La malaltia té un valor, un sentit, és vista i viscuda com un esdeveniment que aporta "beneficis" de diversa consideració. La malaltia es viu com a experiència significativa d'una vida que fins llavors tenia un sentit indefinit. És la malaltia com a partença d'un procés de salut al qual hem fet referència al llarg d'articles anteriors.

Els models de guarició²¹

36

Tot acte professional estableix un lligam entre el model patològic i el model terapèutic, el seu objectiu és la guarició. Entenem que seria incomplet cloure aquesta reflexió sense fer referència als models de guarició que proposa F. Laplantine. Solament en farem un breu apunt.

- model al·lopàtic-homeopàtic

El model *al·lopàtic* (biomedicina) intervé quan la patologia del pacient es presenta com un conflicte que agredeix el cos del malalt: per exemple, les teràpies modernes, com els antibiòtics, la quimioteràpia o les teràpies del comportament.

El model *homeopàtic* consisteix en la prescripció d'un remei capaç de reproduir mimèticament un quadre de manifestacions

²¹ Ens remetem als "models de guarició" de F. Laplantine seguint el cos de la seva exposició, però vegeu també, si més no, la nostra ponència "El malalt i el seu entorn" presentada a la IV Setmana de Teologia *Terminalitat i sofriment: Teologia i Pastoral*. Del 6 al 9 de setembre 1999. Facultat de Teologia de Catalunya dins *Dossiers CPL*, 89, Barcelona 2001 (traduït al castellà) p. 21s. Interessant completar aquest apartat amb la lectura d'DA., "Soigner et prendre soin" dins M.A. BERNARDIS, *L'homme et la santé*, Seuil, Paris 1992, p. 194-233.

similars a la malaltia: per exemple, la sensibilització de l'organisme vers la malaltia li dóna a aquell els mitjans de defensa, com en el cas de les vacunes o el fet de comunicar la malaltia que ja és una protecció contra aquesta.

– model additiu-sostractiu

El model *additiu* i el model sostractiu estan associats a una visió ontològica de la malaltia. En el primer, l'acció terapèutica tracta d'afegir o restituir allò que ha estat sostret: per exemple, la prescripció d'un tipus d'alimentació, de mobilitzacions, o un d'acte quirúrgic. En el segon, el tractament pretén eliminar el factor que ha penetrat dins l'organisme: el rot, el pet, l'esternut són conductes corporals sostractives, com ho van ser, en les pràctiques mèdiques d'un temps, les sagnacions, els cataplasmes o un tipus d'actes quirúrgics, com l'extracció d'un òrgan o d'una part d'aquest.

– model exorcístic-adorcístic

La tercera alternativa terapèutica que proposa Laplantine és el model *exorcístic* i el model *adorcístic*. En el primer, la guarició és entesa com un combat contra la malaltia que s'ha d'extreure del cos o de l'espirit del malalt. L'adorcisme és el contrari: el terapeuta és l'acompanyant del malalt que el condueix a un procés iniciatiu o educatiu de la malaltia: la malaltia és considerada un estat privilegiat, un valor, capaç d'introduir el malalt en un nivell superior de l'existència. En un extrem, se situen un tipus de pràctiques socioreligioses amb una concepció molt particular del sagrat (xamanisme); però en un altre nivell, l'adorcisme també es pot veure com una actitud terapèutica que cerca considerar el malalt com el principal agent de la seva guarició.

– model sedatiu-excitatiu

Finalment, el model *sedatiu* i el model *excitatiu*. El primer intenta reequilibrar l'organisme inhibint, o frenant, els processos desproporcionats; per exemple, la prescripció de calmants, pràctiques de relaxació, o la sofrologia. En el segon, la situació s'inverteix: es pretén provocar l'estimulació de l'organisme o de la personalitat; per exemple, la gamma de balsàmics, afrodisíacs, hipertensius, o les teràpies de grup, amb l'objectiu d'alliberar emocions o energies bloquejades.

Hem presentat els models etiologicoterapèutics de F. Laplantine tenint al davant el comentari de C. Casalone ²². El primer els construeix, els explica i els desenvolupa; el segon els comenta des de la perspectiva de la seva obra.

Aquests models, i la interacció de les significacions que representen, són presents en la nostra cultura: des de la nostra manera de veure i d'entendre la malaltia. Per exemple, el pacient afectat d'un conflicte de tipus orgànic s'expressa en termes ontològics i cerca que el professional li repari l'òrgan o la funció deteriorada; però hi ha més, aquest pacient cerca en el professional un bon tècnic i també algú en qui confiar i que l'escolti: cerca el reconeixement de l'altre, la seva protecció i el seu saber professional. Veiem com el nivell ontològic dissimula significats més profunds: la malaltia és una experiència personal i social en la qual tant el pacient com el professional són expressió de múltiples significats.

De tot el que hem dit, en destaquem alguns punts:

- L'experiència de la malaltia fa emergir la possibilitat de diverses representacions i interpretacions d'aquesta.
- Cap "model", ni discurs, és capaç d'exhaurir la representació i la interpretació de la malaltia. El significat sempre és relatiu, segons el sistema de representació pel qual s'opta; segons qui viu la malaltia.
- El "model" és una forma de representació que vol reconstruir i integrar allò que s'interpreta. Ha de ser un instrument d'anàlisi flexible, ja que el discurs sobre el "model" reconeix una pluralitat d'experiències i d'interpretacions.
- Els "models" no es donen aïlladament els uns dels altres: hi ha una continuïtat, una comunicació, entre ells.
- Els "models" de malaltia remeten a "models" terapèutics, de guarició.
- L'estudi i l'anàlisi crítica dels models etiològic-terapèutic fa evident l'articulació de l'espai biològic-cultural-personal.
- De l'anàlisi correlatiu dels "models" proposats, es desprèn, si més no, que les causes de la malaltia són: culturals i intrínseques.
- També se'n desprèn una reassignificació de la malaltia com a fenomen pluridimensional amb variabilitat de significats, i una reassignificació del "model" terapèutic centrat en la persona i en les seves "necessitats"²³.

²² Cf. nt. 6.

²³ Sobre el tema de les "necessitats", vegeu el nostre article "Aproximació al concepte salut i necessitats que se'n deriven", dins *Treballs d'Àrees. EUIF Blanquerna*, 2(1999)81-110, Barcelona: l'anàlisi de les necessitats es fa basant-se en allò que entenem per salut. També, F. TORRALBA, *Antropologia del cuidar*, MAPFRE-Institut Borja de Bioètica, Barcelona 1998, cap. 10.

2. LA SOCIOLOGIA DE LA MALALTIA (DE LA SALUT)

Entendre la salut i la malaltia com a qüestió social ve de lluny amb una continuïtat discontinua al llarg de la història²⁴. Els inicis de la salut pública moderna es poden situar a mitjan segle XVIII, quan els estats europeus promogueren campanyes de preservació i millora de la salut dels seus habitants²⁵. També recordem el que va suposar, a començament del segle XIX, la medicina anatomoclínica i, a mitjans del mateix segle, l'anomenada medicina experimental: per a aquesta, la malaltia és deguda a alteracions funcionals que es poden arreglar. Més tard, les conseqüències de la microbiologia i l'impacte de la descoberta dels antibiòtics, juntament amb noves tècniques de diagnòstic i de terapèutica semblen enfosquir la influència i la incidència de les causes i dels motius socials de la malaltia.

Però tot aquest mapa de progrés posa en evidència els seus límits i les seves dificultats: els conceptes de diferència i de desigualtat sovint qualifiquen diversitat de patologies amb arrels i conseqüències socials²⁶.

El cos social pot emmalaltir i ser causa de malaltia, i se li poden atribuir qualsevol de les peculiaritats de què parlem quan ens referim a la malaltia en general. No es considera solament social aquella malaltia que afecta un gran nombre de persones d'una comunitat, sinó també:

- aquelles "formes" d'emmalaltir més freqüents entre els individus d'un mateix grup.
- aquelles condicions o estils de vida que influeixen negativament en la salut o afavoreixen emmalaltir.
- les polítiques sanitàries d'un país.
- el criteri de distribució de béns i beneficis d'aquest.

²⁴ Algunes lectures per a completar l'exposició poden ser: A. DURAN, *Desigualdad social y enfermedad*, Tecnos, Madrid 1983; J. ELOLA, *Política sanitaria española*, Díaz de Santos, Madrid 2001; D.S. LANDES, *La riqueza y la pobreza de las naciones*, Barcelona 1999; I. MONTIEL, *La salud en el estado de bienestar*, Editorial Complutense, Madrid 1993; J.A. RODRIGUEZ, *Salud y Sociedad*, ed. Tecnos, Madrid, 1987; M. SÁNCHEZ BAYLE, *El sistema sanitario en España. Evolución actual, perspectiva y problemas*, Los libros de la Catarata, Madrid 1996; B.S. TURNER, *Medical Power and Social Knowledge*, SAGE, London 1995; W.C. COCKERHAM, *Sociología de la Medicina*, Pearson Education S.A., Madrid 2001: sobre aquesta obra, vegeu l'apartat "Recensions".

²⁵ Vegeu, H. SIGERIST, *Hitos en la historia de la salud pública, Siglo XXI*, Mèxic, 1981.

²⁶ *Ars Brevis* 6(2000)26-31.

Per exemple, les malalties infeccioses són socials pel risc de contagi entre la població i pels factors socials que afavoreixen o agreugen la malaltia, però també són socials els estils de vida nocius per a la salut que s'adquireixen a conseqüència d'un tipus de publicitat o d'un modus de vida que fa del risc atracció i espectacle. A la nostra societat es parla de l'accident de trànsit com una "nova" epidèmia actual; l'element contagi hi és present: la velocitat, el gust per sobrepassar qualsevol límit, la seducció d'un modus de vida, l'oferta publicitària d'una eina (el cotxe) al llindar de tota possibilitat; tot això, i més, forma part d'un procés de transmissió (contagi) que sovint culmina en "l'accident, amb la diversitat de conseqüències, per tots conegudes, tant en l'àmbit particular com col·lectiu"²⁷.

La comprensió de la malaltia com a qüestió social inclou fer prevaler, al mateix temps, l'interès col·lectiu i l'interès particular de cada membre d'aquesta col·lectivitat: fer prevaler el bé comú, és a dir, el bé de les persones al servei de les persones. Ens sembla oportú recordar autors com A. Grotjham²⁸, temes com "l'estil de vida"²⁹, o bé la influència històrica del cristianisme ³⁰ per a una salut a l'abast de tots.

La comprensió de la malaltia com a qüestió social inclou considerar el conjunt de valors, de normes socials i de models de comportament que s'han elaborat i amb els quals s'orienta aquesta societat, així com quines són les respostes als interrogants i als reptes que es presenten. Tot plegat ha de tenir un significat i un sentit particular i col·lectiu al qual es refereix la persona malalta. Tot això no és pas secundari. El malalt també construeix, i viu, les pors, els neguits, les esperances, i els malestars-benestars de la malaltia segons els criteris amb què la seva societat ha construït la identitat de la malaltia i de la persona malalta.

a) Els determinants socials de la malaltia

No es tracta de substituir una explicació biològica de la malaltia per una altra explicació de tipus social. Es tracta de veure

²⁷ Per completar aquest apartat, es pot llegir P.S. SKRABANEK, *La muerte de la medicina con rostro humano*, Díaz de Santos, Madrid, 1995.

²⁸ *Ars Brevis* 2(1997)27.

²⁹ *Ars Brevis* 6(2000)35-41. També, W.C. COCKERHAM, o.c., cap. 5.

³⁰ *Ars Brevis* 1(1996)13-32, i 5(1999)72-77.

³¹ Vegeu, PH. ADAM, C. HERZLICH, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Nathan, Paris, 1994, p. 41.

l'encavalcament de l'una amb l'altra³¹ sabent que utilitzem el terme "determinant" en un sentit flexible i obert a diverses variables, com pot ser, per exemple, l'edat, el sexe, el nivell socioeconòmic, la classe social, les creences... i tot és interessant d'analitzar i de tenir en compte. De fet, quan parlem dels "determinants de la salut", ja estem parlant dels determinants de la malaltia³².

Tot plegat ens suggereix una colla de qüestions, com per exemple: Quins són els factors socials que afavoreixen que l'esperança i la qualitat de vida sigui distinta d'un país a l'altre?; L'estil de vida és pot considerar un factor de risc de causalitat social?; Podem il·lustrar la qüestió anterior amb l'atur, la jubilació, el "mobbing" (la persecució psicològica-moral), l'alcoholisme, l'estrés...?; Tenint present l'estreta relació entre factors socials i factors biològics, a què es pot atribuir la "preferència" patològica entre els sectors professionals?; Quina és la capacitat del sistema sanitari per a fer front a les mancances de comprensió sanitària de la població?

- L'epidemiologia social

Podem dir que l'epidemiologia és l'estudi de la fenomenologia de la salut-malaltia d'una població. L'epidemiologia és tan antiga com la mateixa humanitat. Quan les societats primitives cerquen i atribueixen les causes de la malaltia a les forces de la natura, enceten els primers passos d'allò que avui en diem epidemiologia. Ja Hipòcrates relacionava la malaltia amb factors personals i ambientals, amb el *lloc* en què viu l'individu, i això serveix tant en relació amb el cos com amb la ciutat o la natura.

Com a disciplina, l'epidemiologia es desenvolupa al llarg dels segles XVIII i XIX a causa de les malalties infectocontagioses i laborals. Actualment, és una àrea d'estudi i d'investigació de la freqüència, distribució i determinants relacionats amb la salut-malaltia humanes. Acull un ventall ampli de professionals més enllà dels estrictament sanitaris (per exemple, informàtics).

L'epidemiologia és una eina a través de la qual es cerca conèixer la realitat, qualificant els problemes de salut, detectant necessitats. La investigació etiològica (possibles factors causals), la descripció de la història natural de les malalties (període d'incubació, de latència...), i l'avaluació de les intervencions sanitàries, són uns dels seus usos més importants.

La determinació dels possibles factors causals o preventius

de la salut-malaltia demana conèixer la seva freqüència i distribució: qui, com, quan, on. És a dir, conèixer les variables de la persona, temps i lloc. La investigació neix de la sospita de l'existència de certes associacions entre quelcom i l'existència d'una malaltia o problema de salut, també a l'inrevés. D'aquí sorgeix la recollida i l'anàlisi de dades, els patrons i controls, la quantificació dels errors, dels biaixos, i l'establiment de relacions. Descripció, anàlisi i experimentació són les tres grans etapes del mètode epidemiològic, tenint present la importància de les variables esmentades més amunt.

La incidència ètica de la investigació epidemiològica és important: coneixement i consentiment de qui participa en l'estudi, presa de decisió sobre la conveniència, o no, de dur a terme un assaig, quantificació i qualificació dels costos, procediments, relació entre eficàcia, eficiència i equitat... Veiem com l'epidemiologia, en general i en relació amb la salut-malaltia, estudia les causes estructurals derivades del sistema polític, del sistema social, del sistema sanitari³³.

Anem veient la relació entre els factors socials i culturals en el procés salut-malaltia. Anomenem epidemiologia social la disciplina que observa, estudia i teoritza, en termes de resolució, sobre la fenomenologia de la salut-malaltia d'una població tenint en compte els factors socioculturals que hi intervenen³⁴.

El testimoni explicatiu de les persones afectades permetrà

³³ S'anomena "estadística demogràfica" la quantificació dels fenòmens vitals que tenen lloc al si de les poblacions (estadística demogràfica) i, més particularment, de les malalties i d'altres problemes de salut que les afecten (estadística sanitària). L'origen de la estadística sanitària moderna apareix lligat a la necessitat de quantificar els problemes de salut de les poblacions, en particular les conseqüències que, en termes de morbiditat o mortalitat, es derivaven de les grans epidèmies. El reconeixement de regularitats estadístiques posava de manifest la importància dels factors biològics i socioeconòmics de la mortalitat, així com la implantació generalitzada del registre civil tot al llarg del segle XIX i el desenvolupament de les estadístiques demogràfiques i les estadístiques sanitàries. El Concili de Trento (1545-1563) ordenà que els rectors de les parròquies registressin en cinc llibres (els *Quinque Libri*) l'administració dels sagraments als feligresos. Aquests llibres són la principal font per conèixer els fenòmens demogràfics a l'Europa catòlica abans del registre civil. *Les Bills of Mortality* ("Llistes dels morts"), elaborades com a conseqüència de l'epidèmia de pesta ocorreguda a Londres el 1532, és un dels primers textos d'estadística sanitària; J. Graunt el va publicar l'any 1662.

³⁴ Fem referència a alguns autors com: A. AHLBOM, S. NORELL, *Fundamentos de Epidemiología*, Siglo Veintiuno, Madrid 1992; J. BERNABEU MESTRE, *Enfermedad y población. Introducción a los problemas y métodos de la epidemiología histórica*. Seminario d'Estudis sobre la Ciència, València 1995; C.S. FOWTER, "Etnoecologia" dins D.L. HARDESTY, *Antropología ecológica*, Siglo Veintiuno Editores, México 1990; J.M. LAST, *Diccionario de epidemiología*, Salvat, Barcelona 1989; M. LIVI BACCI, *Historia*

seguir el procés biogràfic de la malaltia en qüestió (o del patiment), i situar-lo en un context concret, així s'evidencien les influències socials i les relacions implicades. A partir de les individualitats, es pot veure el procés històric de la malaltia i els recursos d'atenció que han sorgit, o que hi manquen. És clar que el procés també es pot desencadenar a l'inrevés: a partir de l'observació i estudi d'un grup, hom pot veure els motius de malaltia dels seus membres i la capacitat de resposta. L'epidemiologia social treballa a partir de plantejaments metodològics propis que s'incorporen a l'interès declarat més amunt.

E. Menéndez parla d'"epidemiologia popular"³⁵: de la participació activa de la persona afectada i del grup en la definició de prioritats i en la presa de decisions en relació amb la prevenció i la promoció de la salut. És la interacció entre la biomedicina i la sociologia tenint en compte les necessitats i les particularitats dels membres del grup.

- Els "llocs" socials de la malaltia. Les relacions socials.

Els "llocs" socials de la malaltia són tots els de la vida social. És a dir, aquells en els quals es dona la relació i la convivència: la família, el veïnatge, el treball, el lleure, l'escola, el carrer, els "llocs" dels esdeveniments de qualsevol tipus, els "llocs" sanitaris... La proximitat espacial és important en qüestió de la formació de grups o de xarxes de relació; també és important estar a l'aguait dels canvis socials ja que provoquen noves experiències i modifiquen els recursos tradicionals, es plantegen noves percepcions i nous drets socials: apareixen noves situacions que reclamen nous plantejaments. Per exemple, el concepte de solidaritat no equival a "donar a qui ho necessita", sinó comprendre la "reciprocitat universal de necessitats", i a partir d'aquí actuar en conseqüència.

Quan hom emmalalteix, es produeix un moviment de reorganització en el "lloc" en el qual es dona la malaltia, ja sia com a repartiment de tasques, com a substitució, com a absència del seu compliment, o com a qüestionament, o reforçament, dels valors: es fa socialment evident que la malaltia demana una resposta de l'entorn. La salut també, però la resposta que provoca pot passar

mínima de la población mundial, Ariel, Barcelona 1990; M. ROMERO, "Epidemiología" dins *Introducción a la bioestadística y a la epidemiología*, McGraw-Hill, Caracas 1998; G. ROSEN, *La estrategia de la medicina preventiva*, Masson-Salvat Medicina, Barcelona 1994.

³⁵ E. MENÉNDEZ, "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes" dins *Estudios Sociológicos* 46(1998)37-67, El Colegio de México, México.

més desapercebuda ja que sovint relacionem salut amb quotidià. Si la malaltia té incidència en el dia a dia, la salut també.

La malaltia fa d'enllaç entre el malalt i el "lloc" i provoca xarxes específiques de relació social que trenquen la solitud, el sentiment d'abandó i el desconcert en el qual se submergeix la persona quan emmalalteix: ens estem referint als processos socials que es desencadenen a conseqüència de la malaltia.

Aquestes xarxes específiques de relació social motivada per la malaltia són sistemes culturals d'atenció a la salut en els quals es tracta d'entendre els significats i les relacions que provoca la malaltia. Podem dividir aquests "llocs" entre els *professionals* (oficialment legitimats i institucionalitzats), els *folk* (menys professionalitzats: inclou les pràctiques no biomèdiques) i els *sectors populars* (l'autoatenció i els seus processos). Tots tenen un objectiu comú: la guarició, si més no, la millora de la situació de la persona malalta. L'ideal fóra una interactuació d'aquests "llocs" a fi d'aconseguir l'objectiu assenyalat: el bé de la persona malalta.

- La protecció social

44

Els "determinants socials de la malaltia" els confegiem a partir de l'epidemiologia i dels "llocs" socials de la malaltia. No és en va l'interrogant de: per què en una determinada societat sorgeix la necessitat de la "protecció social"? La pregunta ja suggereix un perfil de necessitats, de pors no cobertes i de mancances estructurals importants. Històricament, d'aquí va sorgir la conveniència d'oficialitzar la previsió i la protecció de la població per part de l'Estat amb la idea d'assegurar-se la pau social amb l'organització de les ciutats i la vigilància (control) sanitària de la població, principalment dels pobres i mendicants³⁶. De fet, es tracta de la institucionalització de la gestió de la salut i del reconeixement de les desigualtats socials.

Les arrels de la protecció social hem d'anar a buscar-les a la "filantropia" hipocràtica: aquella actitud d'*amor* a la persona malalta que cerca i genera la seva millora o la seva guarició³⁷. Més

³⁶ Sobre aquest tema, alguns textos d'interès: G. ROSEN, *De la policia mèdica a la medicina social*, Siglo XXI, México 1984; M. FOUCAULT, *La vida de los hombres infames*, La Piqueta, Madrid 1990; ID., *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*, Siglo XXI Editores, Madrid 1996; F. ALVAREZ URÍA, *Miserables y locos*, Tusquets, Barcelona 1983.

³⁷ Sense oblidar el precepte de "l'amor al proïsme" del judaisme i del cristianisme, que es poden entendre com una de les llavors de la protecció social: la cura per als més febles i indefensos.

a prop en el temps, aquesta filantropia es reconverteix en la beneficència cristiana i la caritat luterana que al temps de la Il·lustració es llegirà com a providència i benestar socials.

Al segle XIX, el model d'Estat social es dona a Alemanya. La seguretat social vincula la protecció social al treball: la salut estarà dirigida per l'Estat, la medicina en serà la protectora. França estableix l'assistència obligatòria als alienats, als infants abandonats, als vells, als malalts i als incurables. L'origen de les institucions de protecció social segurament cal cerca-les a partir de la II Guerra Mundial, i la seva expansió té lloc a partir de la segona meitat del segle XX, no estant deslligada d'etapes polítiques concretes i d'institucions "d'assistència alternatives" com, per exemple, el Cottolengo del P. Alegre, fundat a Barcelona amb la finalitat d'acollir i donar assistència per a la caritat pública a un tipus de malalts i necessitats³⁸.

La sociabilitat es dona quan hi ha la comprensió d'una interrelació de la responsabilitat individual respecte a l'altre com a membre de la comunitat. Si parlem de responsabilitat quan ens referim a la salut i a la malaltia personal, tampoc desestimem fer-ho quan parlem de la malaltia com a qüestió social. Així, doncs, si el bé comú l'entendem com el bé de les persones al servei de les persones, la preocupació per la salut des d'una perspectiva social l'entendem com a la preocupació de tots i cadascun dels seus membres, i per al bé de tots.

La visió de la salut i de la malaltia estan emmarcades a l'interior de la qüestió social. Són inseparables. Ho concretem:

- Tot grup social aconsegueix una funció social que opera com a constructora i com a reproductora d'estils de vida generadors de salut, de patiment i de malaltia.
- La vida social és una relació de reciprocitat amb distints nivells de capacitat per a donar i per a rebre segons les necessitats i, aquestes relacions, es mouen entre la "dependència" i l'"equivalència".
- Els "llocs" on es dona la relació són importants. Per exemple, no és el mateix un lloc urbà o un de rural, un lloc sanitari o un de civil, un lloc familiar o un de laboral.
- La consideració de la motivació social de la malaltia pretén eli-

³⁸ El Cottolengo va ser fundat a Barcelona el 1932 en memòria del jesuïta J. Alegre i Pujals (Terrassa 1875-1930) segons el model de la Piccola Casa della Divina Provvidenza, fundada a Torí per G. Benedetto Cottolengo el 1832.

minar, o pal·liar, el dany a la salut des de les causes socials que la provoquen.

– L'“estil de vida” és una variable determinant en la salut, el patiment i la malaltia. Influeix en l'estimació particular i col·lectiva de bona salut, o de malaltia.

– Actualment, la salut és un bé de consum del qual no és aliena la posició social de l'individu: el poder adquisitiu de cadascú té molt a veure amb el seu estil de vida, amb la seva salut i amb la forma d'emmalaltir.

Abstract

Her previous article represented an approach to the social dimension of health. In this second part, the author is interested in the social dimension of disease, approaching this issue from the “models” as significant representations. In this issue, she basically follows F. Laplantine for his peculiar itinerary when constructing some models: the literary essay is the declaration of the diseased person.

The understanding of the disease as a social issue leads us to deal with it from the sociology of the disease, also called the sociology of health. From this starting point, the article stands out the role of those social factors that intervene in the disease and the pains that derive from it. In the last section, on “social protection”, the author poses a question: Why, in a given society, is there the need for social protection? A question that invites readers to elaborate their own answer.