

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

Rosa M. Boixareu

El present article està concebut en dues parts a partir del marc dibuixat en l'escrit anterior (Cultura, preocupació social i salut-I). En aquesta primera part, es recorda la inevitabilitat de la dimensió social de la salut agafant com a referent relacional la comunicació: els conceptes de diferència, de desigualtat i d'alteració ressalten i amaneixen les seves particularitats.

Tot això, però, no és sinó una mena de coixí en i a partir del qual es para atenció al concepte "estil de vida" com una realitat que es troba en la cruïlla de les relacions humanes, les representa, les construeix i, alhora, es construïda per elles mateixes. Salut i estil de vida són dues realitats que es corresponen; l'estil de vida l'entendem, també, com una responsabilitat (i un compromís) particular i col·lectiu.

23

LA SALUT, QÜESTIÓ SOCIAL?

La societat és una xarxa de relacions personals, organitzades, institucionalitzades; no és quelcom de definició abstracta. La xarxa estable d'aquestes relacions és el que, en una primera aproximació, anomenem "estructura social". Això no impedeix que hi hagi peculiaritats i interessos individuals que actuen i condicionen, en major o menor intensitat, l'estructura social, i a l'inrevés també. La interrelació que hi ha entre grups constitueix una macroestructura sense que necessàriament impliqui la pèrdua d'identitat o la dissolució del petit grup, ni de les peculiaritats perso-

nals: en tot conjunt social es dóna una pluralitat d'individus que cooperen en un mateix marc amb diversitat de relacions, funcions i beneficis.

Tota estructura social cal entendre-la dins un procés històric, així els conceptes de canvi, transformació, participació, conflictivitat... formen part de la descripció de les seves característiques fonamentals i de la dinàmica de relacions que es donen. El concepte de classe social es refereix a la diversitat de grups i a les peculiaritats que els acompanyen, suggereix els conceptes de diferència, de desigualtat i d'alteració: són algunes de les seves representacions.¹ Ho veurem.

La influència dels factors socials en la salut d'una població ve de lluny.² Parlar de factors socials, vol dir fer-ho d'influències, i entendre aquestes com a causa de salut, de patiment i de malaltia. L.R. Villermé (s. XVIII), R. Virchow (s. XIX), J.P. Frank (s. XVIII), A. Grotjhan (s. XIX-XX), T. Parsons (s. XX) són alguns autors "recents" que fan de la salut una preocupació de tipus sociològic. Més a prop en el temps, altres autors reelaboren els seus plantejaments i descobreixen en el dia a dia motius de preocupació (de reflexió), d'inquietud, així com un pou de possibilitats gairebé inexhaurible tant en l'àmbit de la salut com del patiment i de la malaltia. En aquests temps (s. XVII-XIX), de la preocupació per la salut col·lectiva neix una nova disciplina que, en termes generals, anomenem "salut pública", afavorida per les condicions socials, econòmiques i polítiques de l'època.³

¹ La sociologia cerca els fonaments dels processos socials. Amb el coneixement dels fonaments (de les peces ocultes de la realitat) apareixen els motius dels processos de socialització (per exemple, els motius d'una institució, d'un sistema social...), i els seus interessos: per entendre el present cal mirar els fonaments del passat, això no exclou la innovació o, fins i tot, la ruptura: en el camp de la salut, la innovació és constant. Sobre l'estructura social vegeu, C. LÉVI-STRAUSS, *Antropologia estructural*, Paidós, Barcelona 1995 (1987) (sobretot, pp. 19-120); una perspectiva d'alguns fenòmens socials podeu trobar-los a J. FRIGOLÉ, X. ROIGÉ, J. CONTRERAS, M. DELGADO, *Antropologia social*, Proa, Barcelona 1995: l'obra està dividida en quatre parts, a) visió culturalista de la diversitat humana, b) antropologia econòmica, c) qüestions sobre antropologia del parentiu, d) una darrera part dedicada a l'antropologia de la religió. També, *Ars Brevis* 5(1999) p. 70.

² Per exemple, a la Grècia antiga, la convivència de la ciutat és el mirall on es contemplen els condicionants de la salut en termes col·lectius i particulars; recordem, l'escola hipocràtica reconeix la influència de factors mediambientals en la salut de les persones. També les expressions religioses manifesten a través dels ritus la dimensió social d'un tipus d'experiència. Vegeu el nostre article, "La salut en el pensament dels clàssics grecs" dins *Ars Brevis*, 4(1998) pp. 27-43.

³ MARSET, P., SÁEZ, J.M., "La evolución histórica de la salud pública" dins AAVV, *Salud Pública*, McGraw-Hill-Interamericana, Madrid 1999, pp. 1-24.

Aquest camp de reflexió sociològica és tan immens com complex. És per això que necessàriament hem d'acotar la nostra aproximació, i per fer-ho ens remetem a l'esquema expositiu que vam fer servir a l'article anterior: les representacions, els significats i les expectatives.⁴

1. LES REPRESENTACIONS I ELS SIGNIFICATS SOCIALS DE LA SALUT

A partir de les representacions de la malaltia, hom pot comprendre quins són els significats de la salut: allò que el grup construeix per a fer front a la malaltia, de fet, és un factor potencial generador de salut.⁵

Solament a tall d'exemple, E.H. Ackerknecht⁶ parla de les configuracions culturals com un sistema integrat en les creences i en les pràctiques d'un grup: la medicina primitiva considerava la malaltia integrada en un sistema magicoreligiós, la manera de fer-hi front s'enquadrava en aquest sistema. La salut també. No transgredir l'ordre d'un sistema o de l'altre comportava certa garantia de no emmalaltir; alhora, la malaltia era contemplada com la conseqüència d'una transgressió que repercutia directament en la salut particular, però que la seva influència anava més enllà: afectava les relacions del grup a diferents nivells, ja sia pel paper passiu que el malalt assoleix dins la comunitat, com pel moviment de cohesió que aquesta mateixa comunitat fa en relació a la cura, o al rebuig, de la persona malalta.

En aquest marc de representacions, la salut és això: no estar malalt, o no ser reconegut com a tal. Però ja veiem que aquesta

⁴ Id., "Cultura, preocupació social i salut" (I) dins *Ars Brevis*, 5(1999) pp. 59-79.

⁵ Sobre el tema de les "representacions" vegeu, C. HERZLICH, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1996 (reimpr. 1a ed. 1969): hom està malalt per si mateix, però també per a la societat i en funció d'aquesta; les representacions socials són variables segons la cultura, i estan lligades al sistema global de valors de la societat.

⁶ E.H. ACKERKNECHT, *Medicina y antropología social*, Akal, Madrid 1985: l'autor desenvolupa una investigació sobre la natura de les medicines primitives (els xeianes, els dobu, els tonga); a través d'aquesta investigació coneixem l'ús d'un tipus de medicines i mètodes terapèutics que són actuals, la comprensió magicoreligiosa de la malaltia, així com el seu abast i influència social. Un clàssic, T. MCKEOWN, C.R. LOWE, *Introducción a la medicina social*, Siglo Veintiuno editores, Madrid 1989: un estudi dividit en tres parts: a) aproximació als problemes de la societat; b) estudi de les necessitats mèdiques; c) els serveis socials organitzats segons les necessitats dels diferents sectors de la població. Vegeu, també, G.L. ALBRECHT, R. FITZPATRIC, S.C. SCRIMSHAW, *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, SAGE, London 2000: un recull d'articles d'interdisciplinarietat social sobre la salut, els editors el divideixen en tres seccions: a) fonaments socials i culturals; b) l'experiència de la salut i la malaltia; c) els sistemes i les pràctiques de salut.

afirmació és el resultat de tot un procés en el qual intervenen varietat de factors que s'afecten els uns amb els altres: factors culturals, condicionats per l'època, per les tradicions, per les creences, pels recursos... també per allò de creatiu que aporta l'experiència personal que el mateix grup acumula: arriba un moment que aquesta vivència personal aglutina, en un moment de canvi, la transformació d'una manera d'entendre el moment present. Buscant una imatge propera, podem al·ludir al moment en el qual el fruit és prou madur, està en condicions de ser consumit agradablement i amb naturalitat.

Des d'aquesta perspectiva, el "sentiment" (el *pathos*) personal està a cavall de la pròpia percepció i d'aquella que li ofereix l'entorn. Pot donar-se una tensió entre l'una i l'altra: allò que hom viu entra en contradicció amb allò que els altres perceben: entenem que aquesta és una de les representacions del sofriment. Però aquesta tensió és gestionable, ha de ser possible un tipus d'estratègies que facin de la contradicció un lloc de diàleg, de comunicació, entre el pacient i l'entorn, entre el pacient i el sofriment, entre el pacient i qui l'assisteix (qui en té cura).

a) La comunicació

És a partir d'allò que entenem per diàleg que parlem de la comunicació com una de les representacions socials de la salut, del patiment i de la malaltia. La comunicació, el diàleg, sempre es dona entre realitats culturals diferents: el diàleg interpersonal posa en evidència afinitats i discrepàncies de diferent nivell i intensitat, però també mostra maneres de fer i de ser particulars. No s'exhauïren aquí ni l'espai ni les formes de comunicació, aquest "parlar" pot esdevenir representatiu no tant de qui parla, com en nom de qui o de què ho fa. Institucions, ideologies, creences, costums, disciplines, grups socials... es van donant a conèixer i, alhora, es coneixen entre ells quan fan de la comunicació un mitjà transmissor de coneixement i de construcció, no un combat on es cerca vèncer o convèncer.

Anem a veure, doncs, com organitzem el tema de la comunicació com a representació social en relació amb el nostre àmbit d'interès, la salut. Ho farem a partir dels conceptes de diferència, desigualtat i exclusió, i alteració. Ens valdrem de l'escenificació social com a llenguatge.

La diferència és en relació amb. Hom difereix dels altres en uns aspectes, mai del tot. Hi ha quelcom de comú, com una mena de "matèria prima", que permet localitzar semblances en les diferències. Alhora, hi ha quelcom de distint que permet fer-nos

adonar dels diversos nivells, i intensitats, de la diferència. Tots som diferents, complexos. Tots som semblants, en tensió constant. La diferència és una qualitat, no un retret.⁷ Una altra cosa és el grau de sintonia que hom té respecte a les diferències. Una altra cosa és quan la diferència esdevé destructora, no constructora; manipuladora, no administradora; impositora, no educativa⁸; quan hom fa de la seva diferència un dret particular que no inclou el dels altres.

La noció de diferència⁹ és important en el tema de la salut; les mateixes definicions sobre la salut posen de relleu les diferents maneres d'entendre-la: representen allò d'específic que l'una té respecte de l'altra, també allò que tenen en comú. En el tema de la comunicació, la diferència determina en què difereixen un interlocutor de l'altre, així, per exemple, en la relació professional de la salut-pacient, el que pretén el diàleg és posar en relació dos móns, dos llenguatges amb els seus contextos i valors específics, és a dir, dues cultures¹⁰: la del professional i la del pacient, a fi de facilitar la comprensió, l'apropament, de l'una a l'altra i així obtenir un benefici (la "guarició"¹¹) per al pacient.

De la diferència pot sorgir un model de comunicació que podem anomenar "intercultural". La comunicació està molt lligada a la identitat, a la manera de ser de cadascú, com allò que ens dis-

⁷ En aquest sentit, vegeu X. MARÍN, "Reconèixer-se en l'immigrant" dins "Opinió". *Butlletí Blanquerna* 45(1999-00) p. 4, un escrit breu però intens.

⁸ Entenem que la noció d'"educació", si més no, vol dir mostrar tot un món de realitats i possibilitats, ensenyar a utilitzar tot un ventall de recursos, descobrir a qui s'educa les capacitats de coneixement i de recreació que hom té, així com les possibilitats de gaudir-ne.

⁹ En la reflexió sobre la diferència hem tingut en compte l'article de J. FERRATER MORA, "Diferencia" dins *Diccionario de Filosofía*, Alianza Editorial, Barcelona 1984. En relació amb el mateix tema, vegeu J. PRAT, A. MARTÍNEZ (ed.), *Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*, Ariel, Barcelona 1996, cap. II "Estudio de la salud i la diferenciación social" (sobretot, O. Romaní, "Antropología de la marginación", pp. 303-318).

¹⁰ Sobre què entenem per cultura vegeu *Ars Brevis* 5(1999) p. 59-79. Podem parlar de la realitat personal com una realitat cultural: es construeix basant-se en uns pressupòsits donats (culturals, socials, biològics...), i, amb ells, es va construint al llarg de la vida junt amb altres influències. Hom interpreta la vida i el món des de les categories culturals que li són pròpies, però també des d'allò que un mateix ha anat construint o destruint.

¹¹ Si estar malalt implica dir "no puc", està guarit vol dir "poder de nou"; un "poder" distint, d'una altra manera, potser no com abans, però sí d'una manera real. Vist així, podem parlar d'un malalt guarit quan la malaltia no abandona la persona però aquesta troba en la seva situació un motiu i un sentit de vida. En definitiva, estar guarit vol dir trobar sentit a la vida i viure-ho així. També, LL. DUCH, *Simbolisme i salut*, Publicacions de l'Abadia de Montserrat, Barcelona 1999, sobretot pp. 332-334.

tingeix com algú original en un món plural.¹² Des de la perspectiva de la salut, a través de la comunicació es facilita la comprensió d'allò que hom entén per salut i com es viu, també es facilita la interpretació de les necessitats del pacient i s'afavoreix la comprensió de la intervenció professional.¹³ Pot donar-se el cas d'una distància profunda entre percepcions, distància que entorpeix el diàleg, la comprensió, fins dificultar la gestió de la salut tant del professional com del subjecte.¹⁴ Per exemple, davant un diagnòstic inquietant, hom pot optar per dissimular la situació i amagar al pacient quelcom que li pertany: la seva malaltia. La situació, però, també pot donar-se a l'inrevés: quan hom amaga la pròpia malaltia a causa del rebuig o del prejudici social. Tant en un cas com en l'altre, el pacient és el personatge no participatiu d'un procés que l'afecta vitalment; se li arrabassa la possibilitat de conèixer, avaluar i gestionar quelcom que li afecta: en el primer cas, l'àmbit professional (o bé, l'àmbit familiar, més íntim) imposa unilateralment els seus criteris sobre la salut i la malaltia recolzant-se en la seva capacitat d'influència i de decisió, en el seu prestigi, en els seus sabers... no hi ha ni oferta, ni intercanvi, ni relació, o bé aquesta sofreix reconegudes mancances; en el segon cas, l'entorn social no solament s'ha erigit en definidor de la salut i de la malaltia, sinó també dels judicis de valor sobre aquesta: l'acceptació o el rebuig del pacient està en funció de l'etiquetatge social, i oblida, si més no, que el pacient i els seus patiments són la imatge de qui som i de qui són aquells que són com nosaltres.

Entenem que, en l'àmbit de la salut, comunicar vol dir informar i facilitar recursos de benestar: és un itinerari d'ajuda, d'assistència, és un lloc terapèutic, un lloc educatiu. Seguint el fil de l'exemple proposat, comunicar vol dir oferir la co-gestió de la malaltia (de la salut), és a dir, l'acompanyament professional d'aquesta.¹⁵

La *diferència* és un concepte relacional, remet a la *comparació* i necessita de la *reflexió* (preocupació) per a poder dur-la a terme. La reflexió és una aposta per la flexibilitat i el canvi, admet

¹² *Ars Brevis* 2(1996) pp. 13-29.

¹³ D. LUPTON, *Medicina as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies*, SAGE, London 2000 (1994): l'autora examina les relacions professional-pacient des d'una perspectiva sociocultural.

¹⁴ En aquest sentit, la pel·lícula *Lorenzo's Oil* és prou il·lustrativa: hi ha una distància profunda entre percepcions: Odone-classe mèdica, Odone-associació de pares afectats, mare-pare-germana, mare-professionals de la salut...

¹⁵ El lector sap molt bé que el tema de la comunicació és més ampli i més complex; per exemple, també pertany a aquest tema l'anàlisi dels grups d'ajuda mútua, de les associacions d'afectats, de l'autoajuda... com a formes de comunicació.

la noció de possibilitat com a quelcom implícit en qualsevol realitat. La dimensió creativa de l'ésser humà flueix a partir de la seva capacitat per integrar l'experiència en la seva vida, és a dir, som creatius perquè som reflexius. Dit d'una altra manera, podem mirar, veure, optar, canviar, i tot això ho podem viure: estem parlant de la consciència, de sentir la diferència. Estem parlant de l'experiència.

Ja veiem que, en tot aquest procés, els sentits i les sensacions hi tenen a veure: la modulació de la veu, el gest, la mirada... la impressió que això fa a l'interlocutor i com ho interpreta; per exemple, la representació social del pacient posa en evidència les diferències de classe i els desajustos de les estructures socials en les quals hom viu. Però hi ha més, també posa en evidència plantejaments, capacitats i oportunitats particulars que tant poden ser causa com conseqüència d'allò que, en termes generals, anomenem injustícia social.

Diferència, preocupació (reflexió) i comparació són conceptes que incorporem al que podem anomenar "comunicació intercultural", tant si es refereix a algú en particular, com si ho referim a quelcom més ampli (un grup, una institució, un sistema social...). Ho repetim: els sentits i les sensacions influeixen en la percepció que hom té de la realitat; influeixen en la percepció que el professional de la salut (el cos sociosanitari) té del pacient i de la seva situació.

Desigualtat i exclusió. Som desiguals perquè som diferents. El procés conceptual que hem recorregut a l'apartat anterior ens mostra la necessitat de la desigualtat. Per exemple, una mateixa malaltia pot ser descrita a la literatura científica amb uns signes i uns símptomes que gaudeixen de certa universalitat, però l'expressió i la vivència d'aquesta és particular, diferent. El tractament, també? S'haurà de veure quins matisos, o canvis, introdueix el pacient en la descripció i en la vivència del seu patiment que el fa ser no igual a altres ja coneguts. Podem dir que la gènesi de la desigualtat és la diferència; la història ens pot oferir nombrosos exemples, però la desigualtat que centra la nostra atenció és aquella que provoca un risc de qualitat, de sentit, de benestar, particular i social: a igual oferta, desigualtat d'accés als recursos, al benestar, al sentit, si més no. La desigualtat pertany al terreny de la normalitat,¹⁶ però aquesta no exclou la patologia, i aquest risc, a què hem

¹⁶ Oferim un ordre de lectures sobre el tema, R. LINTON, "Cultura y normalidad" dins P. Bohannon, M. Glazer, *Antropología. Lecturas*, McGraw-Hill, Barcelona

al·ludit, l'entendem com a introductor d'una desigualtat patològica: és una amenaça vital, i es viu com a tal.

Si en l'apartat sobre la diferència, el punt d'inflexió el situàvem preferentment en els beneficis de la *comunicació interpersonal*; ara, en parlar de desigualtat, el situem en els beneficis de la dinàmica comunitària com a forma d'acció que afavoreix una desigualtat que no es ni marginadora ni excloent. La *comunicació (el diàleg) comunitària* no està exempta de problemes i de dificultats: demana autonomia, consens de criteris, avaluació de competències i de necessitats, serveis, capacitat de negociació amb diversos interlocutors, iniciativa... és tot un repte de decisió, de participació i de construcció social que no pot oblidar la connexió amb el gran grup social en el qual s'insereix.

Entenem que una comunitat està formada per un grup de persones vinculades per uns interessos i unes inquietuds comunes que es plantegen en un espai físic concret, estableixen canals de relació amb altres grups semblants i es refereixen a un de més gran, si més no. Ni tots els interessos, ni totes les inquietuds són comunes, però, en algunes de puntuals, hi ha un consens explícit de participació comuna. L'espai físic és el lloc on es poden compartir i assajar respostes i noves formes de normalització de la desigualtat patològica: els problemes relatius a aquest tipus de desigualtat poden trobar una via de solució de les carències i de les necessitats concretes en la intervenció des del grup petit. Podem dir que la comunitat és el lloc de la prevenció d'aquests tipus de desigualtat que pot arribar a ser excloent,¹⁷ també és el lloc de la promoció de la diferència.

La feblesa econòmica (la manca de béns materials) és una de les representacions més punyents de la desigualtat que

1988, pp. 204-211. G. CANGUILHEM, *Le normal et le pathologique*, PUF, París 1999 (1966): no es tracta de fixar el sentit i la valoració del concepte "normal" sinó, més aviat, hi ha la intenció de mostrar el seu caràcter polisèmic. La significació del terme "normal" es refereix a una decisió normativa que s'entén dins un context: la malaltia seria un entrebanc que sorgeix al llarg de la normalitat d'una existència gairebé incompatible sense malaltia. L'amenaça de la malaltia forma part de la salut. Des d'una altra perspectiva, E. FROMM, *La patologia de la normalidad*, Paidós, Barcelona 1994: al concepte normalitat-anormalitat hom es pot aproximar des d'una quantificació dels fenòmens vitals que tenen lloc al si d'una població (l'estadística), i des d'una perspectiva qualitativa (l'analítica). També, *Ars Brevis* 2(1996) pp. 22-26.

¹⁷ J. LÓPEZ GIRÓN, "Comunidad" dins A. Aguirre (ed.), *Diccionario temático de antropología*, Marcombo, Barcelona 1993. Entenem la família com un grup natural de convivència, i el lloc primari de l'experiència comunitària: una agrupació reduïda d'individus amb certs trets, interessos i objectius comuns, integrats en un gran grup social, on es poden assajar formes eficaces de *prevenció i de promoció*.

marginant generant un tipus de sofriment i de dolor que té les seves arrels en les estructures socials, en els interessos, en les condicions laborals i mediambientals, en les incapacitats per afrontar problemes i generar recursos... no en un desajust biològic o funcional.¹⁸ No pretenem, ni de lluny, una anàlisi sociològica de la pobresa, però sí podem apuntar algunes pistes de reflexió sobre les causes i les conseqüències d'aquesta desigualtat: no solament provoca l'exclusió d'un confort i qualitat de vida, sinó una mancança (impossibilitat?) de sortir-se'n. Les dificultats de formació i, per tant, de promoció social són un sostre gairebé insuperable de desigualtat social¹⁹ que perjudica les classes socials més desfavorides. No hi ha una distribució equitativa dels recursos mínims per assolir el benestar, tot i que l'objectiu hauria de ser el "màxim suficient", no el "mínim necessari".

Manca un debat social que estimuli la reflexió i l'acció sobre la conveniència d'una política de salut que també entén aquesta com el resultat d'un benestar social, i això inclou no fer de l'estatus social un avantatge (o un desavantatge) en l'atenció i l'assistència sanitària.²⁰ Es tracta d'afavorir (provocar) unes condicions de vida que siguin un recurs i una acció de qualitat, de benestar i de sentit: d'això, també se'n diu política social.²¹

¹⁸ Sobre aquest tema, vegeu AAVV, *Desigualdad y pobreza hoy*, Talasa, Madrid 1995. També, DA, 1996, *any de l'eradicació de la pobresa*, Quaderns Cristianisme i Justícia, Barcelona 1996: "la pobresa no és tenir poc, és el conjunt de barreres que fan indigne la vida humana", p. 7; O. LEWIS, *Antropología de la pobreza*, FCE, México 1969; P. MONREAL, *Antropología y pobreza humana*, Los Libros de la Catarata, Barcelona 1996; M.A. DURAN, *Desigualdad social y enfermedad*, Tecnos, Madrid 1983; TH. MCKEOWN, *Los orígenes de las enfermedades humanas*, Crítica, Barcelona 1990. També, sobre el tema de les desigualtats podeu consultar, *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* (ed. española), 3(2000) pp. 1-40.

¹⁹ Sobre aquest tema, vegeu J. BENACH, "La desigualdad daña la salud de los españoles", *El País*, 14 noviembre 2000: els problemes de salut augmenten a mesura que baixa la classe social, i les desigualtats generadores de "patologies" augmenten. L'autor participa en l'informe SESPAS 2000, publicat per la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Escuela Andaluza de Salud Pública.

²⁰ Per ara, no aprofundirem en aquest tema. Apuntem algunes lectures que poden ser interessants per al lector: A. PUYOL, *Justicia i salut. Ètica per al racionament dels recursos sanitaris* (pròleg de V. Camps), Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, 1999; també A. SEN, *Nuevo examen de la desigualdad*, Alianza, Madrid 1995; C. DOYAL, I., GOUGH, *Teoría de las necesidades humanas*, Icaria, Barcelona 1982 (sobretot, cap. 11 al 14). J.M. RODRÍGUEZ, J.M. DE MIGUEL, *Salud y poder*, Siglo Veintiuno, Madrid 1990 (sobretot, caps. 2.3).

²¹ Entre altres lectures recomanem E. LESKY (comp.), *Medicina social. Estudios y testimonios históricos*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 1984: és un recull d'estudis sobre les relacions entre medicina i societat. També, D. LUPTON, o.c.: la implicació dels processos socials en la salut i la malaltia, en les seves dimensions biològiques, en l'experiència i en la comprensió biomèdica d'aquesta.

Normalitat i prevenció són termes al voltant dels quals es construeix la comunicació comunitària, podem dir que formen part dels seus objectius. La normalitat no cerca el vistiplau de l'entorn, sinó l'amable convivència des del dissentiment, si ve al cas: la desigualtat social és provocadora de patiment i de malaltia quan el diàleg social no és capaç de normalitzar-la, és a dir, de transformar-la en convivència amable.

*Prevenció i promoció*²² de la salut són dues cares d'una mateixa moneda, tenen com un dels reptes més immediats reduir les desigualtats patològitzadores sovint relacionades amb determinades situacions econòmiques considerades particularment o en grup: en el primer sentit, per exemple, podem tenir en compte aquelles persones que, per la seva situació econòmica, són més vulnerables davant un accident, una malaltia crònica o aguda, etc.; en el segon sentit, per exemple, es refereix (com a grup) a persones d'edat avançada, en situació d'atur o de precarietat laboral, certs tipus de discapacitats... Si promoció es refereix a afavorir (provocar) allò que hom entén per salut; prevenció es refereix a identificar aquells factors causals, a fi de reduir-los, eliminar-los o transformar-los. Tant la promoció com la prevenció necessiten vies de transmissió que possibilitin la reducció o l'alleujament, si més no, d'aquesta desigualtat, sense perdre de vista un tipus d'intervenció que permeti a les persones millorar la seva capacitat de resolució i de gestió particular, sense obviar els costos econòmics i altres dificultats (de finançament per exemple).

Entenem la prevenció i la promoció de la salut com la resposta a la comunicació comunitària. Tant l'una com l'altra demanen un consens de les necessitats del grup, dels mecanismes socials que cal articular i posar en moviment a fi que estimulin la participació de les persones en un tipus d'accions que influeixen positivament en la vivència del seu benestar.²³

²² Vegeu "Educación y promoción de la salud" (monográfico) dins AAVV, *Tra-bajo social y salud*, Zaragoza, nº 35, marzo 2000: es tracta d'un monogràfic que s'enceta amb un glossari de termes bàsics de promoció de la salut, seguida de la Carta d'Ottawa (1986) i de la Declaració de Yakarta (1977); tot seguit, diverses seccions dividides en capítols al voltant del tema "educació i promoció de la salut".

²³ La dificultat de definir què és salut s'alleuja quan intentem descriure-la. L'anàlisi dels "determinants de la salut" va dur el 1974 a la construcció d'un model que es coneix com "l'Informe Lalonde". Segons M. LALONDE (ministre de Sanitat de Canadà) en el nivell de salut d'una comunitat intervenen quatre factors que s'intre-relacionen: la biologia humana, el medi ambient, l'estil de vida i els sistema d'assistència sanitària (l'assistència primària). Sobre aquest tema, vegeu G. PIÉDROLA (i altres), "La salud y sus determinantes" dins *Medicina preventiva y salud pública*, Mas-

Tots els grups són capaços de generar criteris i pràctiques pròpies de prevenció, de promoció, que responen a les seves necessitats, fins i tot amb diferències significatives respecte al grup gran, sense que tot això n'exclouï la col·laboració.

L'alteració és la capacitat de transformar-se en quelcom distint sense anul·lar la identitat. És un canvi, i suposa una pèrdua que pot entendre's com a qualitat o el seu contrari: l'alteració suggereix la presència d'una altra realitat distinta a la coneguda amb la qual hom pot relacionar-se. Semblantment al plantejament a propòsit de la desigualtat, l'alteració no té necessàriament connotacions pejoratives: les alteracions de la malaltia tant poden donar a entendre una evolució vers la salut, com a l'inrevés; les alteracions socials tant en poden significar un procés qualitatiu com una regressió. És ben cert que en el llenguatge quotidià el terme *alteració* alerta d'un canvi inquietant: hom parla de les alteracions de la salut indicant la proximitat d'una situació pertorbadora. Per exemple, el patiment (la vivència sofrent de la realitat) és una presència que l'experiència relata com un indicador de canvi: de pèrdua d'una qualitat de vida, de seguretat vital, és una amenaça que hom viu amb neguit, amb temor, amb dolor. El patiment és l'alteració de la normalitat: sense deixar de ser allò que hom és, el patiment transforma l'individu en algú diferent, en algú que es relaciona amb l'entorn des d'aquesta diferència i des d'aquesta desigualtat lacerant. És a dir, hom es relaciona des de la *preocupació* (reflexió) i des de la comparació entre l'abans i l'ara, entre la representació d'altres experiències i la pròpia: som en l'espai personal del patiment. Però hi ha la dimensió social del patiment que provoca la denúncia d'un tipus de desigualtats sense alternatives de benestar. Una denúncia que es fa explícita amb la presència històrica i

son-Salvat, Barcelona 1992, pp. 3-10. També, L. SALLERES, *Educación sanitaria. Principios métodos y aplicaciones*, Díaz de Santos, Madrid 1990, pp. 11-28. Amb tot, i seguint el patró de Lalonde, distingiríem més aspectes en cadascun dels "determinants", els introduïm amb un "però també...":

- *el medi ambient*, entès des de la perspectiva de la contaminació en sentit ampli (inclou l'ambient psicosocial i sociocultural), "però també" en sentit particular: la interioritat com el medi ambiental més proper a un mateix;

- *l'estil de vida*, entès com a conducta de salut (sana/insana), "però també" en el sentit de responsabilitat i compromís per una qualitat de vida benestant que doni sentit a l'existència particular i col·lectiva;

- *la biologia humana*, com a afavoridora, o privativa, de nombroses patologies i de discapacitats, "però també" entesa com un aspecte del tot personal;

- *el sistema sanitari*, la cobertura d'aquest a les necessitats dels grups, l'accés de la població a aquest... "però també" entenem el sistema sanitari com un aspecte del sistema social que preveu, alhora, les necessitats i l'accés al sistema educatiu, laboral, de lleure, si més no.

biogràfica d'allò que, en termes generals, anomenem pobresa, injustícia, violència... ens estem referint a l'alteració social de la qualitat, del benestar, del sentit: de la salut. El patiment és un problema de salut, la pobresa també.²⁴ Cal recordar el significat dels termes prevenció i promoció?

Hem dit, però, que aquest quelcom distint no equival forçosament a quelcom peyoratiu. *Encontre i comprensió* són dos termes

²⁴ Fem menció d'alguns estudis amb què, al nostre entendre, s'abasten àmpliament les variables del patiment, entenent que entre elles es conforma un engranatge d'influències no aïllables:

- *La variable filosòfica*. F. TORRALBA, "Antropología del sufrimiento: el rostro amargo de la vida" dins *Antropología del cuidar*, Mapfre-Institut Borja de Bioètica, Barcelona 1998, p. 267-280: es fa un recorregut pel sofriment com "epifania" de la vulnerabilitat, en paraules de l'autor. J.M. ESQUIROL, "Reflexiones filosóficas sobre el dolor y el sufrimiento" dins *Labor Hospitalària*, 257-3(2000) pp. 159-169: el sofriment com a capacitat de suportar, lluitar, esperar; com a esperança de sentit.

- *La variable personal*. M. ALLUÉ, "La douleur en direct" dins *Anthropologie et Sociétés*, 23-2(1999) pp. 117-137: La percepció del dolor i del sofriment a partir del relat autobiogràfic de l'autora, el resultat és distint si el discurs es fa des de l'experiència d'altres, o bé des de la pròpia.

- *La variable social*. A. i J. KLEINMAN, "The Moral, the Political, and the Medical: A sociosomatic view of Suffering" dins Y. Otsuka, S. Sakai, S. Kuriyama, *Medicine and the History of the Body*. Proceeding of the 20th, 21st and 22nd International Symposium on the Comparative History of Medicine-East and West, Ishiyaku Euro-America, Inc Publishers 141-155, Tokyo 1999 (traduït al castellà per A. i J. Kleinman, T. Allué, "Lo moral, lo político y lo médico. Una visión sociosomática del sufrimiento"): el sofriment social i la sociosomàtica com a categories d'una medicina social interdisciplinària, aquest estudi està inspirat en la tradició cultural xinesa. D. LE BRETON, *Antropología del dolor*, Seix Barral, Barcelona 1999: es fa un recorregut des de les experiències del dolor, passant pels seus aspectes antropològics i la recerca de significat, fins a la construcció i els usos socials del dolor.

- *La variable cultural*. C.G. HELMAN, "Pain and culture" dins *Culture, Health and Illness. An Introduction for Health Professionals*, Butterworth Heinemann, Oxford 1998: el patiment, d'una manera o d'una altra, és quelcom inseparable de la vida; l'autor ho il·lustra a través de les següents proposicions: no tots els grups socioculturals responen de la mateixa manera al patiment, la resposta està influenciada per l'experiència sociocultural; quan hom comunica el seu patiment està influenciat per factors socioculturals. R. OTEGUI, "Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento" dins E. Perdiguer, J.M. Comelles (ed.), *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Bellaterra, Barcelona 2000: el sofriment i el dolor depenen de les relacions socials que signifiquen i donen sentit a les formes culturals de la percepció.

- *La variable teològica*. A. GONZÁLEZ, *Antes que el cántaro se rompa*, San Pablo, Madrid 1993: per a una lectura bíblicoteològica del sofriment; també, J. VICO, *Dolor y muerte digna*. Bioètica teològica, San Pablo, Madrid 1995: reflexió oberta i dialogant sobre la dimensió social del dolor des de la perspectiva teològica.

Un estudi que, al nostre entendre, inclou les variables citades, M. BIZZOTTO, *Il grido di Giobbe. L'uomo, la malattia, il dolore nella cultura contemporanea*, San Paolo, Milano 1995: és un assaig sobre el dolor de l'home d'avui, il·lustrat a partir d'autors com F. Nietzsche, A. Camus, F. Dostoievskiy. La resposta cristiana al dolor i al sofriment convida a viure'l associant-lo a l'amor (en aquest sentit, la imatge del Crucificat és la font d'aquest tipus de discurs lligat a l'experiència).

amb què acompanyem l'alteració: amb l'encontre hom descobreix la presència d'allò danyós (nociu) i intimidador amb l'oportunitat de pal·liar-ho, si més no, però també pot descobrir-hi una deu de sentit fins llavors desconeguda.²⁵ Amb la comprensió, hom aprehèn les múltiples expressions de l'entorn, i també les pròpies. Comprendre vol dir objectivar, analitzar i resoldre, dir quelcom: interpretar i explicar. Per exemple, l'encontre amb el malalt perseguix la finalitat d'interpretar la seva situació i explicar-la a fi de guarir, alleujar o millorar un moment d'alteració malestant.

Encontre i comprensió, tal com els hem dibuixat, ens porten al terreny d'un tipus de comunicació que s'implica amb l'acció. Tota comunicació és acció però, potser, l'alteració fa més viu (més explícit) aquest moviment d'involucrar activament els actors.

2. LES EXPECTATIVES SOCIALS DE LA SALUT

Recordem. Les relacions socials constitueixen un entramat de la convivència a través de diversitat de rols específics amb els quals es distribueixen les activitats i les gratificacions: la condició humana és una cruïlla on convergeixen diversitat de converses (de relacions) amb les quals es construeixen, es distribueixen, es transformen, es reproduïxen... dificultats, satisfaccions, necessitats, oportunitats... Fetes ja algunes consideracions sobre aquestes qüestions, les expectatives socials de la salut les focalitzem en un tipus d'intervencions particulars i col·lectives de les quals es pot derivar una acció de salut, de sentit. Agafant com a marc conceptual el que s'ha dit a l'article anterior,²⁶ ara ens fixem solament en un aspecte concret: *l'estil de vida*, com a referència a l'àmbit personal amb influència social, o a l'inrevés.

L'estil de vida²⁷

Entenem el concepte "estil de vida" com una manera de fer, particular o col·lectiva, que reflecteix un marc social (un ambient), unes condicions de vida, unes opcions i decisions personals i grupals.

²⁵ La literatura ens ofereix varietat d'exemples amb els quals podem il·lustrar les qualitats, i les dificultats, de l'encontre; solament a tall d'exemple, M. ALBOM, *Els dimarts amb Morrie. Un vell, un jove i la gran lliçó de la vida*, Empúries, Barcelona 1999.

²⁶ *Ars Brevis* 5(1999) pp. 69-79.

²⁷ L'ús del concepte "estil de vida" apareix per primera vegada a l'assaig de M. WEBER, "Die Wirtschaftsethik der Weltreligionen" publicat en el vol. 41 del *Archiv für Sozialforschung*, 1915 (citada per J. COREIL, J.S. LEVIN, E. GARTLY JACO, "Life Style. An emergent concept in the sociomedical sciences" dins *Culture, Medicine and Psychiatry*, 9(1985) pp. 423-437). A l'article de J. Coreil (*et alt.*) hom pot veure l'evolució del terme "estil de vida" des d'A. Adler (1870-1937) fins avui. Vegeu també E.L.

En el discurs sociomèdic, l'estil de vida fa referència a un model de comportament individual que afecta l'estatus de salut;²⁸ aquesta definició del concepte ens sembla adient si tenim en compte el que s'ha dit més amunt; és a dir, si tenim en compte les xarxes i les connexions de convivència que estableixen les persones individuals entre elles. Sovint, els estils de vida expressen l'àmbit cultural, el nivell social, la tendència econòmica, les simpaties ideològiques, les afeccions religioses... dit d'una altra manera, sovint els estils de vida mostren el temps, el context, la contingència relacional i personal del seu protagonista, sense que tot això ho puguem afirmar en termes absoluts. Alhora, podem dir que l'àmbit cultural, el nivell social, la tendència econòmica, les simpaties ideològiques, les afeccions religioses... són estils de vida de les persones que els reproduïxen.

L'anàlisi del concepte estil de vida ens remet a les ciències socials: és una construcció (un model?) que permet seguir el procés de desenvolupament de l'individu o d'un grup, així com les influències i les preferències que intervenen, i els significats de tot ordre; per exemple, la pobresa és un factor condicionant d'un estil de vida i, alhora, és la vida del subjecte: alimentació, higiene, educació... modifica la causalitat biològica de la salut, el patiment i la malaltia.

No és cap novetat recordar que en la salut, el patiment i la malaltia, convergeixen diversitat de factors, entre aquests, el factor estructural és capaç d'afavorir un tipus d'organització que limiti la capacitat de prevenció i promoció de la salut. Ara, tornariem a il·lustrar-ho amb l'exemple citat, recordant que l'anàlisi de les ins-

MENÉNDEZ, "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes" dins *Estudios Sociológicos*, México, 46(1998)pp. 37-67: les condicions de vida (els estils de vida) tenen a veure amb la causalitat, el desenvolupament, el control, la solució, dels problemes de salut; per exemple, l'estreta relació que hi ha entre un tipus de patiments i el medi social (l'alcoholisme - la pobresa). També, D. NUTBEAM, "Health Promotion Glossary" dins *Health Promotion Journal*, 1-1(1986)pp. 113-127 (la traducció al castellà: *Promoción de la salud: una antología*, Organización Panamericana de la Salud-OMS, Washinton, 557(1996)387): el terme "estil de vida" designa "una forma de vida basada en la interacció entre les condicions de vida, les pautes individuals de conducta determinades per factors socioculturals i característiques personals". Vegeu també, C. Herzlich c.a., o.c, pp. 34-43: l'autor emprà el terme "le mode de vie", i l'entén com a un element "actiu" provocador de la degradació de la salut.

Val a dir, però, que Galè (s. II dC) es refereix a la salut i a la malaltia des d'uns plantejaments que avui relacionem amb "l'estil de vida", vegeu L. GARCIA, "Galeo" dins P. Laín entralgo, *Historia Universal de la Medicina*, Salvat, Barcelona 1972, vol 2, pp. 209-267.

²⁸ J. COREIL (*et alt.*), *art. c.*

titucions pot ser molt útil per a dur a terme una anàlisi social. Sovint, els mitjans de comunicació es fan ressò de la dramàtica situació en què es troba una bona part de la població mundial, així com de la crítica que es fa des d'alguns organismes internacionals (Unicef, per exemple) a l'actuació dels governs i d'institucions que ignorant els autèntics factors de desenvolupament humà gasten els seus recursos i els seus potencials restant-los a les necessitats més urgents: aigua, alimentació, habitabilitat, sanejament, educació, promoció i satisfacció personal... és a dir, a les necessitats de salut.²⁹

Actualment, estil de vida s'empra amb certa freqüència a l'hora d'avaluar la salut d'una població, principalment en relació amb allò que podem anomenar "comportaments de risc": consum de tabac, begudes alcohòliques, activitats d'oci, hàbits alimentaris, de descans...³⁰ Un tipus de campanyes de promoció de la salut recorden a la població que alguns estils de vida són causa de patiments i malalties, indicant l'oportunitat d'assolir un tipus de comportaments amb finalitats terapèutiques o preventives. Ara bé, cal analitzar quin és el seu context, en quin tipus d'organització social es donen, quin és el marge (la possibilitat) de reconvertir els estils en hàbits de salut, si més no: les circumstàncies socials tenen la capacitat d'alterar les diferències i les desigualtats de salut. Tot això sense obviar la importància de la responsabilitat, de la capacitat personal en el canvi, o l'afirmació, d'un estil de vida.

Ara, ja estem apuntant un terreny prou complex, el de la llibertat. Una llibertat que es posa en entredit quan els condicionants socials situen l'individu, o el grup, en un carreró sense sortida: per exemple, la misèria és un atzucac per a gran nombre de persones a les quals la realitat els nega qualsevol possibilitat de qualitat de vida; dit d'una altra manera, els nega la consciència d'un dret fonamental: el poder optar per un estil de vida volgut, no forçosament esdevingut. Si més no, hi ha un altre enfocament de la qüestió: quan parlem de responsabilitat també ens estem referint a l'exigència de tenir cura de l'exercici de la llibertat dels altres; és a dir, estem dient que la responsabilitat demana impulsar unes condicions de

²⁹ Sobre el tema de les "necessitats" vegeu el nostre article, "Aproximació al concepte salut i necessitats que se'n deriven" dins *Recull Treballs d'Àrees*. EUIF Blanquerna, 2(1999-2000), Barcelona: l'anàlisi de les necessitats es fa basant-se en allò que entenem per salut.

³⁰ En aquest sentit, vegeu M.F. GUILLÉN, *Estructura social y salud*, CIS, Madrid, 22(1990)pp. 77-94.

vida que permetin posar en evidència (exercir) la capacitat de decisió i opció, si és això el que hom vol.

D'aquesta primera aproximació sorgeixen, si més no, dos nivells de consideració respecte de l'estil de vida considerant-lo més enllà del comportament personal:

a) en l'aspecte personal, com a reclam d'una intencionalitat, responsabilitat individual, que no necessàriament ha de generar una corrent culpabilitzadora ni objectiva ni subjectiva, però que tampoc l'ha d'excloure: hi ha certs estils de vida coneguts, volguts, consentits i afavorits que generen un perjudici, o benefici, personal amb repercussions socials; llavors, segons siguin les circumstàncies, no tenim cap inconvenient a recuperar el concepte de culpabilitat: per exemple, la culpabilitat d'un estil de vida personal que genera i consent un menyspreu dels drets fonamentals dels altres. Estem dient que l'ésser humà té la capacitat de "voler respondre" i d'exercir aquesta "voluntat", sense oblidar que la responsabilitat està en relació amb la possibilitat.

No podem ignorar l'existència de recursos personals que poden canviar, o transformar, una manera de fer particular; però, tenint present el que s'ha dit més amunt: ni tothom està en condicions de triar, ni sempre es pot fer; sovint, la tria individual està en funció de les circumstàncies que la possibiliten o la col·lapsen. El tema de la responsabilitat no és teòric: demana eficàcia, eficiència en l'orientació, direcció i execució de la prevenció i la promoció de la salut; sobre aquesta qüestió ens plau recordar que "la salut i la qualitat de vida són el fruit de la convergència de la responsabilitat individual, de l'acció col·lectiva i de la política pública".³¹

Tampoc podem deixar de banda la consideració d'aquells estils de vida que sorgeixen arran d'una opció personal. En aquest darrer cas, hi ha una tria conscient i el fet de voler orientar la pròpia vida vers un objectiu concret. Ho podem il·lustrar recordant les opcions per un estil de vida que s'insereix dins un marc d'afeccions i de pertinences religioses: per exemple, quan hom fa de la renúncia un itinerari terapèutic, una espiritualitat (una resposta), al servei de la qualitat, del benestar, del sentit.

Podem parlar, també, dels factors causals de la personalitat que s'insereixen en el tipus de persona que hom és i ens fa proclius a la vulnerabilitat i a la resistència. Per exemple, els factors heredi-

³¹ "Raccomandazioni di Salsomaggiore" dins M. INGROSSO, *La salute come costruzione sociale. Teorie, pratiche, politiche*, FrancoAngeli, Milano, 1994, pp. 421-424.

taris transmeten una tendència particular a uns trets, a unes qualitats, a un tipus de febleses i de malalties; també ens fan proclius a un tipus de degeneració de la personalitat, de les funcions dels òrgans, del cos: a fi d'il·lustrar-ho una mica, recordem que el procés d'envelliment és un factor genètic que, ara com ara, és comú als éssers vius: bé, l'envelliment i la vellesa formen part d'un estil de vida personal, i se'n pot fer el mirall d'una lectura social.

També, factors de desequilibri (desigualtat) entre l'excés i la manca de les necessitats i les satisfaccions personals són causa d'un deficient funcionament d'òrgans i sistemes, de capacitats i de possibilitats, que perjudiquen (a vegades, bloquegen) el bon funcionament de les facultats personals. Aquests exemples, centrats en el particular, són prou importants a l'hora de considerar l'origen, el procés i la responsabilitat de l'individu en el seu estil de vida.

b) en l'aspecte social, com a reclam d'una responsabilitat en l'organització i en la planificació d'uns serveis socials que afavoreixen la salut i cobreixen les necessitats de qualitat i de benestar de vida de la població. La seva manca hauria de generar un corrent social i una pressió de denúncia si aquests serveis no compleixen les seves funcions. És des del nivell social que es poden apuntar vies de sortida a un tipus de patiments que, a vegades, són crònics; per exemple, un tipus de violències troben el seu medi de cultiu en unes condicions de convivència (i de supervivència) marcades per les mancances de tot tipus, o bé en un tipus de convivència que fa d'allò superflu un miratge de quelcom necessari: el consumisme és un fenomen paradoxal en un tipus de societat com la nostra: per una banda, és un recurs de desenvolupament; per una altra banda, és un desafiament per a la lucidesa social.

Dins aquest mateix aspecte no volem passar per alt la consideració de l'àmbit familiar-domèstic com a lloc prioritari on s'aprenen i es recuperen uns sabers i unes pràctiques (uns estils de vida) que poden afavorir l'aplicació d'estratègies que tenen lloc en altres xarxes de relació més complexes.

No podem ignorar el factor educatiu com a element que influeix en els comportaments i els hàbits de les persones. L'educació per a la salut l'entendríem com una intervenció social d'incidència particular i col·lectiva que té com a objectiu la promoció de la salut, la prevenció dels patiments i de la malaltia, així com la seva guarició o millora, recordant l'estreta relació amb qualitat, benestar, sentit. Tota educació demana una pedagogia, un mètode i un procediment, que té en compte la qüestió en si mateixa, l'objectiu i els seus destinataris. Tota educació, tota pedagogia, opera

d'acord amb uns supòsits ideològics, o unes creences, propers a una cultura (en sentit ampli, concret i particular³²) o a un període històric. L'objectiu que es proposa l'entén com un bé concret que participa d'un complex sistema de béns generals que operen en el marc d'una societat i són accessibles. Tota educació i la seva pedagogia haurien de respectar la llibertat de l'individu i de la seva comunitat, i entendre la disciplina i l'autoritat en funció d'aquella: un dels objectius de l'educació és desvetllar i capacitar... per a poder participar en la gestió de la salut, en el nostre cas concret. L'educació pot generar canvis en el comportament de les persones, i afectarà l'estil de vida quan hom pugui avaluar (contrastar) la seva situació i tingui consciència de l'oportunitat del canvi. El mateix podem dir respecte d'un grup o una comunitat.³³

El concepte estil de vida afavoreix el desenvolupament de la concepció multicausal de la salut i de la malaltia. Situat l'individu en una xarxa d'interrelacions porta a considerar que una mateixa causa (situació) pot desencadenar diferents patiments, diferents biografies, segons les circumstàncies de cada subjecte impeditint l'homogeneïtzació de les representacions i dels significats dels patiments. Situat l'individu en la cruïlla de la seva història personal i social, parlar de causalitat històrica del procés de salut-malaltia es plantejar la possibilitat de la necessitat de no desentendre'ns del marc social a l'hora de preocupar-nos per la salut: hi ha unes peculiaritats (característiques) d'aquest marc que fan que se'l pugui entendre com a "factor fonamental" de salut o el seu contrari.³⁴

Estil de vida i risc són dos termes que es relacionen. Hi ha un tipus d'estil que és factor de risc: per exemple fumar, però també ho és respirar en una atmosfera contaminada, beure aigua infestada, treballar en condicions precàries o viure en un ambient conflictiu. Cadascuna de les situacions esmentades forma part d'estils de vida, i els configura, sense oblidar que les possibilitats personals poden estar molt disminuïdes (a vegades, del tot). També es tracta de modificar les condicions socials (d'ordre econòmic, polític, cultural, educatiu...) que limiten o impedeixen la possibilitat

³² Per exemple, en sentit ampli: la cultura occidental; en sentit concret: la cultura sanitària; en sentit particular: la interioritat.

³³ Vegeu, "Educación y promoción de la salud" dins *Trabajo Social y Salud*, o.c.

³⁴ E.L. MENÉNDEZ, *art.c.*, p. 49: l'estil del subjecte és la seva vida, i no solament un risc específic. Entendre el comportament de l'alcohòlic, com un risc, és important en relació amb una intervenció en conductes individuals, però no és suficient per entendre la comprensió del comportament en termes d'estil de vida, i en termes d'allò que entenem com "ambient patològic".

d'elecció, de promoció d'una qualitat de vida, de trobar sentit a la vida i gaudir-ne amb benestar.

El concepte *estil de vida* té la seva fenomenologia, i aquesta fa evident la difícil dialèctica entre possibilitat i oportunitat (allò que hom pot i allò que l'entorn li possibilita), entre allò que el discurs afirma i allò que la realitat concedeix. L'estil de vida introdueix en l'anàlisi de la salut les variables d'impotència, d'inutilitat... principalment quan es contempla en la seva globalitat; també introdueix la variable d'estímul i d'honestat: el seu discurs ha de ser honest, és a dir, ha de reconèixer en la realitat allò que hi ha... un immens fracàs d'allò que podria ser la convivència, les relacions personals, la construcció social, per exemple. Però és precisament quan hom reconeix allò que li manca, i està abatut (n'és conscient-responsable), que està en condicions de cercar-ho i reconstruir-ho. D'això, alguns autors ens diuen esperança. D'altres, acció. D'altres, lucidesa. D'altres, eficàcia. D'altres... Tot plegat, de què estem parlant, de salut o d'estil de vida?

Abstract

This article has been conceived in two parts starting from the framework established in the previous document (Culture, social concern and health – I). In the first part, the author reminds us of the inevitability of health's social dimension, taking communication as a relational reference: the concepts of difference, inequality and alteration stand out and are involved in its particularities.

All this, though, is just a first step to go on and pay attention to the concept of "lifestyle" as a reality that is to be found in the intersection of human relations, it represents them, builds them and, at the same time, it is build by them. Health and lifestyle are two realities that correspond; we also understand lifestyle as a private and collective responsibility (and commitment).