



Sabers i pràctiques profanes en un servei d'urgències de Catalunya: una perspectiva antropològica

Rita Prat Caballol

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI

**Sabers i pràctiques profanes en un servei
d'urgències de Catalunya: una perspectiva
antropològica**

Rita Prat Caballol

Tesi doctoral

Tarragona, 2020

Rita Prat Caballol

**Sabers i pràctiques profanes en un servei
d'urgències de Catalunya: una perspectiva
antropològica**

Tesi doctoral

Dirigida per:

Dr. Angel Martínez Hernáez

Dra. M^a Antonia Martorell Poveda



**UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI**

Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social

Tarragona, 2020



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

FAIG CONSTAR que aquest treball, titulat "**Sabers i pràctiques profanes en un servei d'urgències de Catalunya: una perspectiva antropològica**", que presenta **Rita Prat Caballol** per a l'obtenció del títol de Doctora, ha estat realitzat sota la nostra direcció.

Tarragona, agost de 2020

El/s director/s de la tesi doctoral

Dr. Angel Martínez Hemáez

Departament d'Antropologia
Filosofia i Treball Social

Dra. Maria Antònia Martorell Poveda

Departament d'Infermeria

A la meva família

Muchas veces nos daremos cuenta de lo equivocados
que estábamos en conceptos, que de tan sabidos,
eran parte nuestra y automática de nuestros conocimientos.

Muchas veces tendremos que cambiar nuestros conceptos,
no solamente los generales, los conceptos sociales o filosóficos,
sino también, los conceptos médicos.

Y veremos que no siempre las enfermedades
se tratan como se tratan en un hospital.

Ernesto "Che" Guevara

El problema no es lo que hacer
sino cómo empezar.

Wilhelm Reich

Agraïments

Aquesta tesi té un llarg recorregut. Ha estat possible gràcies a les aportacions de moltes persones que han compartit amb mi les seves vivències, inquietuds, creences i coneixements sobre el món de la salut i la malaltia. La meua total gratitud per totes elles.

En primer lloc, moltes gràcies a tots els informants entrevistats per cedir-me una part del seu temps; alguns, a més, per obrir-me casa seva per a tenir-hi una entrevista sincera i distesa. També a les persones malaltes i els familiars que he atès al llarg de la meua vida professional: en els moments més punyents en seu patiment m'han aportat les seves experiències i les seves visions; de tots ells he après i segueixo aprenent cada dia, ells són les arrels i fonaments d'aquest treball. Moltes gràcies a tots, sense ells no hauria estat possible aquesta tesi.

Vull donar les gràcies a tots els companys del món sanitari, de totes les professions i categories, també el servei de neteja. Els seus comentaris, les seves observacions i les discussions que hem tingut m'han ajudar a comprendre el funcionament i les arrels del sistema, tan amb els que coincidíem més ideològicament com amb els que érem més distants. Moltes gràcies a tots ells, i de manera especial a l'Ana, la Dolors, la Conxi, la Paqui, la Lidia, la Dolors, la Merche, la Marta, l'Esther, la Pilar, l'Isabel, la Mònica, la Míriam, l'Anna, la Filo, la Loli, el Juanma, la Maria, la M. Carme, l'Antonio, la Maite, el Pepe.

Agrair a les persones de la institució que m'han facilitat els permisos adients. Vull donar les gràcies de manera especial a la doctora Iglesias per obrir-me les portes a fer una investigació d'aquest tipus en un espai poc procliu en aquests aspectes com és un servei d'urgències hospitalari. També a l'Alfons, el supervisor d'infermeria del servei, que ens va deixar quan, en la visió humana, encara no tocava; que la terra et sigui lleu, Alfons. També vull donar les gràcies al servei de documentació, especialment a la Sandra, la secretària.

Moltes gràcies al professorat de la Universitat Autònoma de Barcelona: varen ser tots ells que, en la formació de grau i posteriorment en el curs de doctorat, varen despertar el meu interès en l'antropologia. Vull donar les gràcies especialment al professor Joan Muela, qui em va fer veure el context sanitari com a qüestió etnogràfica. També vull donar les gràcies al professorat de la Universitat Rovira i Virgili, que en les conferències i seminaris han seguit despertant-me l'interès en la

disciplina. Vull agrair especialment al doctor Xavier Allué, que em va dirigir en els primers passos d'aquesta tesi.

Gràcies a les companyes que vàrem iniciar juntes antropologia i que posteriorment hem continuat, dins el món sanitari, el debat antropològic; especialment a l'Ana, la Dolors, l'Esther, la Isabel, la Lluïsa i la Roser. Moltes gràcies a totes.

Vull donar també les gràcies a la meva família. Als meus pares, per tot el que m'han donat, també als germans. Gràcies Joan, per haver estat el company de la meva vida i pel que m'has ensenyat, sé que em segueixes acompanyant; gràcies també als meus fills, el Pau i l'Albert, per tot el que m'ajudeu. Tots tres m'heu animat i encoratjat en tot moment, moltes gràcies a tots.

Per últim, però no menys important, agrair al Dr. Angel Martínez i a la Dra. Maria Antònia Martorell la direcció d'aquesta tesi. Ells m'han animat i donat suport en tot moment, ajudant-me en les correccions necessàries; sense ells no hagués estat possible dur-la a terme. Moltes gràcies.

TAULA DE CONTINGUTS

PRIMERA PART	15
APUNTS TEÒRICS I METODOLOGIA	15
CAPÍTOL 1. INTRODUCCIÓ	16
1.1. UN RELAT DE LLARG RECORREGUT	17
1.2. ESTRUCTURA DE LA TESI	23
CAPÍTOL 2. BASES TEÒRIQUES	24
2.1. INTRODUCCIÓ AL MARC TEÒRIC	25
2.2. CONCEPCIONS, CAUSALITATS I PRÀCTIQUES EN SALUT I MALALTIA	26
2.2.1. Les concepcions sobre la salut i la malaltia	27
2.2.2. La complexitat de les causalitats	33
2.2.3. Les pràctiques i els comportaments en salut i malaltia	39
2.3. DETERMINANTS SOCIALS DE SALUT	43
2.3.1. El segle XX: els informes	44
2.3.2. Social support-stress-disease	48
2.4. EL SISTEMA MÈDIC OCCIDENTAL I LES PROFESSIONS SANITÀRIES	50
2.4.1. El model biomèdic hegemònic	51
2.4.2. La professió mèdica	55
2.4.3. La professió infermera	58
2.4.4. Els estudis universitaris compartits	62
2.5. PODER I BIOMEDICALITZACIÓ	64
2.5.1. Control i poder	65
2.5.2. La perspectiva social de la medicalització	67
2.5.3. La medicalització des del camp biomèdic	70
2.5.4. Prevenció, factors de risc i sobrediagnòstics	74
CAPÍTOL 3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓ	79
3.1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓ	80

3.2. OBJECTIUS I HIPÒTESIS	81
3.3. DISSENY I TÈCNIQUES DE LA INVESTIGACIÓ	82
3.3.1. Metodologia de la investigació	82
3.3.2. Tècniques d'investigació	85
3.3.2.1. Entrevistes semiestructurades	85
3.3.2.2. Qüestionaris al servei d'urgències	89
3.3.2.3. Entrevistes informals als professionals	92
3.3.2.4. Observació	92
3.3.2.5. Anàlisi de fonts documentals	92
3.3.2.6. Codificació dels informants	93
3.3.2.7. Anàlisi	94
3.3.3. Algunes consideracions	95
3.3.4. Pacients, malalts, usuaris	97
3.4. CONTEXT GEOGRÀFIC I UNITAT D'ANÀLISI	100
SEGONA PART	104
L'ETNOGRAFIA I LA SEVA ANÀLISI	104
CAPÍTOL 4. ELS ESPAIS I ELS PROFESSIONALS	105
4.1. INTRODUCCIÓ AL CAPÍTOL	106
4.2. SITUACIÓ GEOGRÀFICA	106
4.3. L'HOSPITAL PER DINS	108
4.3.1. Els espais compartits	108
4.3.2. Els espais professionals	110
4.3.3. Les sales d'espera. Espais de suport	112
4.3.4. Estructura social, <i>communitas</i> i rituals	114
4.4. ELS PROFESSIONALS SANITARIS	116
4.4.1. Relacions, conflictes, jerarquies, rols, lideratges	116
4.4.2. Feminització de la sanitat i rols de gènere	127
4.4.3. La queixa: <i>i a nosaltres, qui ens cuida?</i>	132
4.5. RESUM DEL CAPÍTOL	134

CAPÍTOL 5. EL SERVEI D'URGÈNCIES HOSPITALARI (SUH).	136
ANÀLISI QUANTITATIVA I ETNOGRÀFICA	136
5.1. INTRODUCCIÓ AL CAPÍTOL	137
5.2. INICIS I EVOLUCIÓ DELS SUH	137
5.3. DADES QUANTITATIVES D'ASSISTÈNCIES ALS SUH	139
5.4. URGÈNCIA, GRAVETAT I UTILITZACIÓ DELS SUH	143
5.4.1. Què és <i>urgència</i> i <i>gravetat</i>	143
5.4.2. Motius de la utilització dels SUH	148
5.4.3. Assistències al SUH relacionades amb l'entorn	161
5.5. LA FREQUËNTACIÓ ALS SUH	163
5.5.1. Algunes dades de l'alta freqüentació	163
5.5.2. Els freqüentadors entre els freqüentadors	165
5.6. ANÀLISI I CLASSIFICACIÓ ASSISTÈNCIES AL SUH	171
5.7. ADEQUACIÓ, COL·LAPSE I FUGUES DEL SUH	173
5.8. LA IMMIGRACIÓ USUÀRIA DEL SUH	177
5.9. ELS ROLS DE L'HOSPITAL I DEL SUH	180
5.9.1. Un lloc de descans per als sense-sostre o desemparats	180
5.9.2. Els hospitals com a lloc de descans familiar	182
5.9.3. Els SUH: <i>un mini hospital</i>	185
5.10. RESUM DEL CAPÍTOL	186
CAPÍTOL 6. SALUT I MALALTIA: PERCEPCIONS, VIVÈNCIES, SIGNIFICATS I INTERPRETACIONS	189
6.1. INTRODUCCIÓ AL CAPÍTOL	190
6.2. CONCEPCIONS I VIVÈNCIES EN LA SALUT I LA MALALTIA	190
6.2.1. Un cos físic necessari, la <i>disease</i> , però no només	191
6.2.2. Dolor i patiment. Placebo i nocebo	196

6.2.3. La salut i la malaltia: del bo i millor al dolent i pitjor _____	198
6.2.4. Déu i espiritualitat. Sort i destí _____	203
6.2.5. Un món i un munt d'emocions, sentiments i experiències ____	206
6.2.6. Un món de pors _____	215
6.2.7. Perills, riscos i vulnerabilitat _____	223
6.2.8. Estrès, patiments i lluites _____	226
6.2.9. El cos com una màquina _____	228
6.2.10. Normalitat, equilibris i reptes _____	229
6.2.11. La malaltia afecta tot l'entorn: <i>estem malalts</i> _____	234
6.2.12. Les etiquetes: <i>m'han dit que estic malalt</i> _____	235
6.2.13. Salut i qualitat de vida _____	238
6.2.14. Vivències i experiències de dos casos _____	239
6.3. VALORACIÓ DE L'ESTAT DE SALUT PERCEBUT _____	243
6.4. RESUM DEL CAPÍTOL _____	247
CAPÍTOL 7. CAUSES I DESENCADENANTS DE LES	
MALALTIES _____	249
7.1. INTRODUCCIÓ AL CAPÍTOL _____	250
7.2. CAUSALITATS GENERALS DE LES MALALTIES _____	251
7.2.1. Causalitats biomèdiques _____	251
7.2.2. Causalitats relacionades amb el sistema _____	254
7.2.3. L'entorn social i estils de vida _____	255
7.2.4. L'entorn natural _____	258
7.2.5. El món mental i interior _____	259
7.2.6. La bona sort i la mala sort, el destí o l'atzar _____	260
7.2.7. Déus, religió i espiritualitat _____	264
7.2.8. El bé, el mal. Culpes i tabús _____	267
7.2.9. De <i>no en sabem les causes</i> a les multicauses _____	272
7.2.10. Els inicis _____	274
7.3. CAUSALITATS RELACIONADES EN MOMENTS O FETS	
CONCRETS _____	275
7.4. LES CAUSES <i>FOLK</i>: EL MAL D'ULL _____	281
7.5. MULTICAUSALITATS QUE PERDUREN _____	288
7.6. RESUM DEL CAPÍTOL _____	290
CAPÍTOL 8. PRÀCTIQUES EN SALUT I MALALTIA ____	292

8.1. INTRODUCCIÓ AL CAPÍTOL	293
8.2. CONEIXEMENTS I PRIMERS PASSOS	293
8.3. RECURSOS SANITARIS UTILITZATS	299
8.4. ADHERÈNCIA I COMPLIMENT TERAPÈUTIC MÈDIC	301
8.5. PLURALISME ASSISTENCIAL. LES MEDICINES I TERÀPIES ALTERNATIVES O COMPLEMENTÀRIES (MAC)	307
8.6. LES PRÀCTIQUES I TERÀPIES <i>FOLK</i> O POPULARS. EL CAS DEL MAL D'ULL	314
8.7. ESCOLLIR ENTRE LA BIOMEDICINA O LES MAC	319
8.8. RITUALS I EFICÀCIES EN LES PRÀCTIQUES I TERÀPIES	323
8.9. RESUM DEL CAPÍTOL	325
CAPÍTOL 9. EL SISTEMA SANITARI	327
9.1. INTRODUCCIÓ AL CAPÍTOL	328
9.2. CONSUM EN SANITAT: LA LÒGICA DEL MERCAT	328
9.2.1. El sistema sanitari: la visió dels professional i dels usuaris	329
9.2.2. El colesterol com a exemple	336
9.3. MITJANS DE COMUNICACIÓ I INTERNET	338
9.4. RELACIONS, COMUNICACIÓ I INTERACCIONS ENTRE PROFESSIONALS I MALALTS	343
9.4.1. La complexitat de les relacions	344
9.4.2. Poder professional i paternalisme	352
9.4.3. La informació mèdica	357
9.5. RESUM DEL CAPÍTOL	360
CAPÍTOL 10. CONCLUSIONS	362
CAPÍTOL 11. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	372
ANNEXOS	399

Annexos 1. Gràfics, taules i il·lustracions _____	400
Taula 6. Assistències al SUH per anys _____	400
Gràfic 4. Flux d'assistències durant les hores del dia _____	400
Gràfic 5. Assistències per dies de la setmana _____	400
Gràfic 6. Assistències per mesos _____	401
Taula 8. Utilització SUH segons la proximitat del domicili 2006-2010 _____	401
Taula 10. Percentatge i relació entre assistències i habitants sobre 1000 _____	401
Taula 11. Nombre d'assistències per persona per any _____	402
Taula 12. Nombre d'assistències per persona i any _____	403
Taula 13. Usuaris altament freqüentadors segons residència 2006-2012 _____	404
Taula 14. Usuaris altament freqüentadors per país origen, 2006-2012 _____	404
Taula 15. Població de residència altament freqüentadors, 2006-2013 _____	405
Taula 16. País origen usuaris més altament freqüentadors, 2006-2013 _____	405
Gràfic 8. Alta freqüentació per grups d'edat i sexe _____	406
Taula 17. Relació entre alta freqüentació i proximitat del domicili _____	406
Gràfic 9. Els freqüentadors entre els freqüentadors segons edat i sexe _____	407
Taula 18. Perfil dels freqüentadors entre els freqüentadors _____	407
Taula 19. Relació de la immigració a Catalunya i assistències al SUH _____	411
Taula 20. Relació d'assistències en les persones immigrades _____	411
Gràfic 10. Població espanyola usuària del SUH per edats _____	412
Gràfic 11. Població immigrada usuària del SUH per edats _____	412
Taula 21. Procedència immigració al SUH, nombre absolut, 2006-2013 _____	413
Taula 22. Estadades llargues a SUH, segons de residència i immigració _____	413
Gràfic 12. Relació d'assistències totals al SUH per especialitat i sexe _____	413
Gràfic 13. Estadades superiors de 24h. al SUH per especialitats _____	414
Gràfic 14. Estadades superiors a 24 hores per edat i sexe _____	414
Il·lustració 6. Manifestacions de l'ansietat _____	415
Il·lustració 7. Contextos de la por _____	415
Taula 24. Relació entre el nivell educatiu i creença del mal d'ull _____	416
Annexos 2. Guió entrevista informants freqüentadors _____	417
Annexos 3. Qüestionari xarxes _____	419
Annexos 4. Document consentiment informat entrevistes _____	420
Annexos 5. Document consentiment informat qüestionaris _____	421

PRIMERA PART

APUNTS TEÒRICS I METODOLOGIA

CAPÍTOL 1. INTRODUCCIÓ

Cap relació mai és una pèrdua de temps.

Si no et va portar allò que volies
et va ensenyar allò que necessitaves.

Sherezade (dona nagual)

1.1. UN RELAT DE LLARG RECORREGUT

En aquestes alçades de la vida, passats els seixanta i laboralment amb una jubilació parcial i a prop de la definitiva, escriure una tesi doctoral sovint causa estranyesa en el meu entorn sobre quins són els motius i objectius que em porten a realitzar-la en aquest moment. Tanmateix, aquest interrogant, en ocasions també me'l plantejo jo mateixa. Soc infermera amb estudis d'antropologia, el meu camp professional és i ha estat l'assistència directa en els espais hospitalaris, són ja quaranta-sis anys de contacte amb malalts. El fet que la professió infermera socialment continua sent considerada una professió secundària i de suport a la mèdica propicia que "encara" en l'imaginari social d'alguns sectors es cregui que no pot aportar "gaire res" al coneixement, ni intel·lectualment ni científica. Segurament, això contribueix que no es compregui gaire el fet d'escriure una tesi, i més encara en un moment que ja no té rellevància per al currículum en l'àmbit professional.

Quan una, en aquests moments de la vida, en fa un repàs, es pregunta el perquè de molts esdeveniments que han anat succeint, com els ha afrontat i sobre allò que està fent. No és fàcil trobar-hi respostes, ni segurament cal buscar-les; senzillament, la vida sovint ens porta a transitar per camins en els quals hi ha una part que, segurament, no hem escollit de manera "conscient i lliure"; ens trobem caminant i continuem fent camí. He arribat a aquest punt amb el bagatge de la vida i de la professió.

Aquest treball és fruit d'inquietuds que m'han acompanyat i s'han anat travant al llarg de la vida. Des de ben petita em preguntava per què estàvem malalts, per què unes persones estaven sempre malaltes i altres mai. Però els meus interessos en els estudis i les meves aficions no anaven pel camí de curar o cuidar, sinó per altres de ben diferents. La meva passió a l'adolescència eren les matemàtiques, la física i la natura; observava el cel, als estels i als núvols tota mena de formes fascinants. Tanmateix, l'ésser humà forma part de la natura i de l'univers, hi està integrat; no en va, la màxima "som pols d'estrelles". El fet, però, és que em vaig trobar estudiant infermeria, en aquell moment Ajudant Tècnic Sanitari (ATS).

Tots aquests anys he treballat en diversos àmbits hospitalaris, sempre al costat de les persones, de la malaltia i del patiment, al costat del camí de la vida. En aquests espais hi apareixen infinitat d'interrogants, reflexions, experiències, desitjos, creences i vivències al voltant de la salut i la malaltia. Moltes no et deixen

indiferent, tot al contrari, t'ajuden a reflexionar profundament sobre allò que les persones viuen i expliquen. En aquests espais s'hi pot observar com un procés, que es cataloga com a idèntic, és resolt de manera totalment oposada en unes i altres persones, com succeeixen esdeveniments totalment inesperats en sentit positiu o negatiu. Uns fets que no són aïllats però sí inconnexos entre si a simple vista esdevenen habituals i passen a ser integrats i acceptats en l'imaginari professional i social. D'altra banda, també són habituals els interrogants o exclamacions com: "per què m'ha tocat a mi?", "per què em passa sempre a mi?", "per què m'ha passat en aquest moment quan millor estava i després del patiment que hem passat abans?", o "què he fet jo per merèixer això?", que les diuen malalts, familiars i professionals. Amb el pas dels anys entens que no són solament frases retòriques, sinó veritables interpel·lacions; hi ha una qüestió de fons que som incapaços de comprendre els humans. Aquestes preguntes i exclamacions solen anar lligades al factor *sort* i *atzar*, que tan sovint s'esmenten en els espais assistencials per part de tots els actors. Tanmateix, no hi ha una explicació plausible.

Una altra qüestió és com no totes les persones afronten el procés de la malaltia de la mateixa manera; hi ha elements compartits però també moltes diferències. Aquest fet s'evidencia més en els processos "aparentment" semblants, però les vivències i percepcions cadascú les explica de manera personal i intransferible; allò que és important i transcendent per a una persona per una a altra és irrellevant. Aquestes diferències també emergeixen en les pràctiques o tractaments terapèutics, que van des de la línia oficial fins a ben dispars, "xocants" o "passats de moda", amb resultats tant positius com negatius en uns i altres.

Un altre punt és que t'adones que les persones malaltes no solen expressar tot allò que pensen, creuen o els preocupa, ni tampoc allò que fan en relació amb pràctiques o tractaments, en especial si es fan fora de la línia oficial o contravenen les ordres establertes, siguin mèdiques, familiars o socials. L'experiència et corrobora que si com a professional et mostres obert a escoltar, "sense judicis ni prejudicis", deixant expressar la persona lliurement i inspirant-li confiança, apareixen inquietuds que en primera instància no es manifesten. Un fet que també et porta a la reflexió.

Les incomptables conversacions amb malalts i familiars em van anar obrint una nova porta, al principi amb dubtes, fluctuacions, perplexitats, inseguretats..., però que a poc a poc vas admetent. Seguint Jacques Derrida, vas desconstruint el que has après i et vas desfent de tot el que has admès com a certesa absoluta, i llavors

comences a construir un imaginari nou. Per tot això, ja des d'un inici, les contradiccions, dissociacions i dissonàncies entre la teoria, la pràctica i la realitat varen començar a formar part de la percepció i visió en aquest món, amb dubtes, inseguretats, alts i baixos i molts interrogants. Uns interrogants que t'acompanyen tota la vida, que segurament mai es resoldran, però el que no es pot fer és obviar-los o negar-los.

La professió m'ha aportat moltes coses des del punt de vista professional i personal; ha estat una lliçó de vida. M'ha permès estar en contacte amb les persones malaltes i aprendre a través d'elles i del seu patiment, de les seves ganes de viure o de la seva intuïció d'haver arribat al final del camí vital, de les seves opinions i dels seus punts de vista en què m'he pogut endinsar en aquest món i analitzar-los. Ser infermera m'ha permès conèixer millor des de dins un camp tan complex com és el sistema sanitari, el qual et dona accés a situacions que, d'altra manera, seria més difícil; hi estàs al cor, en ocasions enmig de les bambolines i en d'altres al darrere.

Ja en la maduresa de la vida vaig decidir ampliar els coneixements cursant estudis d'antropologia. L'antropologia em va captivar i fascinar, em va obrir una finestra a un món nou, diferent i crític. Em va ajudar a comprendre la nostra societat, veure les relacions i interrelacions entre els diferents àmbits i esferes socials. Són molts els autors que des del camp antropològic, ja des del primer moment, em van influenciar i aportar una nova visió: Marvin Harris, Victor Turner, Clifford Geertz, Claude Lévi-Strauss, Erving Goffman, Mary Douglas, Eduardo Menéndez, Lluís Mallart, Michel Foucault o Iván Illich, per anomenar-ne solament alguns. A més, infermeria i antropologia ja fa anys que fan passes juntes, que es complementen, com defensa Madeleine Leininger, la infermera i antropòloga més destacada, a *Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend* (1970). Leininger (2002) sosté que no es pot cuidar bé si no es coneix el que la persona sent, pensa, creu, vol o desitja, cosa que se li ha de permetre expressar per generar espais de confiança.

Les classes d'Antropologia de la Salut amb el professor Joan Muela em van continuar obrint un món fascinant. Hi trobava respostes a les preguntes en relació amb la salut/malaltia, però a la vegada m'obrien interrogants nous i interessants que mai s'acabaven. En aquestes classes vaig començar a comprendre molts dels significats d'allò que establíem rutinàriament, sense ser-ne conscients. A l'antropologia, i en especial, a les classes d'Antropologia de la Salut, vaig "comprendre" el significat de la visió holística de la persona; mai ho havia acabat

de fer del tot des del camp de les professions sanitàries. Vaig comprendre com la visió holística, sobretot en la malaltia, es considera el subjecte com un "tot" i no les parts del cos per separat; això vol dir posar el subjecte davant de tot amb totes les seves dimensions.

També vaig comprendre que la salut, la malaltia i el seu tractament depenen, en una part, de la cultura pròpia i del context històric en què es viu, que cada cultura té la seva manera d'emmalaltir i disposa de pràctiques per curar; algunes són compartides arreu, però no sempre són homogènies. En un primer moment aquesta idea et causa un xoc. Si cada cultura té unes malalties pròpies, vol dir que aquestes malalties no depenen "només" del cos biològic, sinó que hi estan involucrats altres factors, i això causa impacte. Al principi és difícil d'entendre-ho, però encara ho és més d'acceptar-ho: és més, es nega. Immersa com estava en el món biomèdic, veia que les malalties afecten un cos físic/biològic i que amb un tractament extern "a vegades" es curen, "no sempre". Però aquests "a vegades" o "no sempre" en aquests espais no tenen valor, queden diluïts i esborrats, et quedes amb la idea que les malalties es curen amb un tractament extern. Assumit com tenim en el nostre context que les malalties són universals, als professionals sanitaris no ens és fàcil canviar i sobretot acceptar una possibilitat distinta a allò que sempre se'ns ha inculcat i hem integrat bé. És més, els professionals sanitaris hem rebut l'enculturació de l'entorn social del qual formem part, hi estem sotmesos; però, també creem cultura. L'antropologia em va fer entendre millor el nostre entorn, i en el meu cas particular, l'entorn sanitari com a qüestió etnogràfica.

La perspectiva antropològica de l'Altre m'ha estat cabdal professionalment per aprendre a escoltar les persones amb la profunditat que vol dir escoltar, i sobretot a acceptar allò que diuen, ajudant-me a desprendre'm de prejudicis i de judicis, dins dels límits en què m'ha estat possible o he estat capaç de fer. Escoltar i acceptar que allò que manifesten els malalts és la seva percepció i vivència, és la seva part de veritat. Potser la veritat no pertany solament al camp d'allò que en diem ciència, atès que no tot es pot explicar a través d'aquest paradigma com ens mostra, per exemple, Robert Bobrow a *El médico perplejo*. Vull esmentar dues obres escrites als inicis del segle XX que al llegir-les em van impactar i les vaig veure premonitòries del que ha esdevingut a finals de segle, i encara més als inicis del segle XXI, en el camp biomèdic, les quals em varen ajudar a comprendre el moment actual. Una és l'obra de teatre que va escriure Jules Romains el 1924 *Knock o el triomf de la medicina*. L'obra gira entorn d'un petit poblet on tots els habitants estan plens de

salut, i el nou metge aconsegueix que tots se sentin malalts en un temps rècord, de manera que converteix tot el poble en un hospital. Aquesta obra és un preludi d'allò que succeirà en les dècades posteriors. L'altra és la novel·la d'Aldous Huxley escrita l'any 1932, *Un món feliç*, que s'avança al que posteriorment serà el camí de la biotecnologia, en què les persones són màquines i autòmats dirigits pel poder governamental.

Aquesta tesi és una etnografia sobre el sistema sanitari en l'àmbit de Catalunya. L'objectiu principal és conèixer les vivències i percepcions de les persones en relació amb els processos de salut/malaltia i les atencions, com els viuen, quines en són les percepcions, angoixes, preocupacions, afliccions i experiències en el món de la malaltia. També on situen les etiologies de la malaltia, i quin és el motiu per acudir al serveis d'urgències hospitalaris, així com les pràctiques que es duen a terme quan apareix un trastorn en la salut. I, per acabar, s'analitzen les relacions de poder dins del sistema sanitari biomèdic, un model que està incardinat en els dominis del món econòmic capitalista neoliberal.

El nucli principal d'aquest treball és un servei d'urgències. He escollit aquest servei perquè es tracta d'una de les portes d'entrada al vast món del sistema sanitari, i segurament és també un dels màxims exponents de la immediatesa amb què es viu al món en general, també en el sanitari. Tanmateix, he intentat copsar i analitzar el món de la salut i la malaltia més enllà d'un servei específic o d'una malaltia. Aquesta tesi abasta més enllà d'aquest servei i de les entrevistes que s'hi van dur a terme, ja que la pràctica professional, les observacions, les conversacions i les opinions dels malalts obtingudes en aquesta esfera, sovint a peu de llit, també formen part de l'etnografia: aquí és on es va gestar el treball. He intentat combinar elements dels dos camps, del sistema sanitari i de l'antropologia.

Aquesta tesi és àmplia, i això propicia que els temes que s'hi exposen no poden tenir la profunditat que permetria si se centrés en un tema més concret. Tanmateix, intento donar una visió general de la complexitat del sistema. Això és degut, principalment, al fet que molt sovint les conversacions sobre salut/malaltia no es limiten solament en aquest punt concret, també impliquen el sistema i els professionals, i és molt difícil separar-ho. El sol fet de preguntar a una persona què li ha succeït o com es troba ja pot desencadenar una vasta explicació que inclou tot el sistema, no quedant-se solament en la pregunta inicial, o ni tan sols es contesta.

Fent un paral·lelisme, podria dir que aquesta tesi fa una radiografia del sistema sanitari biomèdic.

Un altre objectiu d'aquest treball és contribuir a evidenciar alguns aspectes del sistema sanitari que poden afectar, en ocasions, de manera negativa les persones malaltes. Es mostren algunes actituds dels professionals que alguns les poden considerar xocants: no estem avesats a mirar des de dins, amb perspectiva crítica i des d'un altre prisma, les nostres actuacions. Les referències i l'anàlisi dels professionals de cap manera en són cap culpabilització, l'enculturació social ens afecta a tots. El sistema sanitari forma part del sistema capitalista neoliberal que domina actualment, i en aquesta esfera hi trobem les arrels de molts problemes. Tanmateix, tots en formem part i tots en som partícips, malgrat que l'enculturació també afecta els professionals i els malalts. En moltes ocasions els professionals no som del tot conscients d'allò que fem ni de les repercussions de les nostres paraules i actuacions; els professionals no hem estat formats en aquest sentit.

He pogut observar de primera mà els canvis que hi ha hagut en el camp sanitari al llarg dels més de quaranta-sis anys que hi porto immersa, uns canvis que no sempre han afavorit l'individu "subjecte". Tanmateix, he de dir que hi ha moments en què sento nostàlgia que s'acabi la meua vida laboral per no poder continuar aprenent tant de prop amb els meus companys i els malalts. No puc deixar de dir que cada dia continuo aprenent de tots ells. Aquesta tesi no hauria vist la llum sense la seva immensa ajuda. Tot el que escric ho dec a ells, a les seves observacions, als seus comentaris i a les seves opinions; he après de tots ells, dels que hi tinc més afinitat i dels qui menys: tots m'han aportat idees. Aquest treball recull tot això; per això he de dir i vull remarcar que es podria escriure tot, gairebé, en lletra cursiva: ells en són els actors principals.

1.2. ESTRUCTURA DE LA TESI

Aquesta tesi es divideix en dues parts: en la primera s'exposen les bases teòriques i la metodologia, i en la segona els resultats i l'anàlisi.

La primera part consta de dos capítols. El capítol 2 es dedica a les bases teòriques en les quals se sustenten els resultats i l'anàlisi etnogràfica; i el capítol 3 es dedica a la metodologia, com s'ha realitzat el treball i les eines que s'han utilitzat.

La segona part és l'etnografia i exposa els resultats obtinguts; es divideix en 6 capítols. En el capítol 4 s'analitzen espais assistencials i els actors: els professionals. El capítol 5 es dedica al servei d'urgències, s'hi analitzen les dades quantitatives de les assistències al servei, s'estudien els conceptes d'urgència i gravetat i els motius que porten a acudir al servei. El capítol 6 està dedicat a les concepcions, percepcions, vivències i experiències de les persones sobre la salut i la malaltia, com viuen i com perceben el fet d'estar sanes o estar malaltes. El capítol 7 es dedica a les causes o desencadenants que els individus atribueixen a estar sa o malalt. El capítol 8 està dedicat a l'exposició i l'anàlisi de les atencions i les pràctiques terapèutiques que duen a terme les persones quan els apareix un trastorn en la salut. En el capítol 9 s'hi analitzen les relacions entre el sistema sanitari biomèdic i els individus. Finalment, en el capítol 10 s'hi exposen les conclusions del treball.

CAPÍTOL 2. BASES TEÒRIQUES

La ciència i la tècnica, al servei dels interessos de poder,
conduiran al món a formes socials de dominació absoluta,
a institucions opressoras a les que res quedarà al marge,
de les que ningú escaparà.

Aldous Huxley

2.1. INTRODUCCIÓ AL MARC TEÒRIC

El marc teòric s'ha estructurat en els quatre apartats que es presenten a continuació.

En el primer apartat (2.2), en el primer punt, s'exposen aportacions teòriques sobre les concepcions en la salut i la malaltia. A continuació s'analitzen els diferents tipus de causalitats que s'atribueixen a les malalties, en el nostre context geogràfic i en altres indrets. I per acabar s'exposen alguns comportaments i pràctiques terapèutiques davant del procés de la malaltia.

En el segon apartat (2.3) es fa una aportació de la salut i la malaltia des de la perspectiva teòrica del camp social, quins són els factors més rellevants que aquest camp considera determinants en la salut/malaltia.

El tercer apartat (2.4) es dedica al model biomèdic i a les professions sanitàries. En un primer punt s'exposen les arrels de l'actual sistema biomèdic, i una anàlisi des de la perspectiva crítica. Els dos apartats següents es dediquen a com estan estructurades les dues professions majoritàries en el sistema sanitari: la medicina i la infermeria. I el quart i últim punt es dedica als estudis de les professions de l'àmbit sanitari i al poder que la biomedicina hi exerceix.

El quart i últim apartat (2.5) està dedicat a la biomedicalització. En el primer punt es descriuen quins són els centres de poder que dicten les polítiques sanitàries i les influències que exerceixen per convertir en malaltia tot allò que ateny i envolta a la persona. El segon punt es dedica a la perspectiva social de la medicalització; i el tercer, se centra en com l'entén la mateixa biomedicina. I a l'últim es tracten alguns dels factors més rellevants en què se centra la biomedicina per crear dependència cap al sistema.

Parteixo de la idea que les concepcions, percepcions i definicions de salut i malaltia són heterogènies, fins i tot contradictòries; aquest fet l'he pogut constatar al llarg de la meua vida professional, ja abans d'iniciar aquesta tesi. També les causalitats que s'atribueixen a les malalties o les pràctiques que es duen a terme van més enllà del camp biomèdic i són diverses. Per aquest motiu incorporo idees, definicions i proposicions d'autors procedents de diversos camps teòrics, per donar cabuda a aquesta premissa inicial.

2.2. CONCEPCIONS, CAUSALITATS I PRÀCTIQUES EN SALUT I MALALTIA

Des dels seus orígens i en totes les societats, l'ésser humà s'ha preocupat per la salut i per les malalties, els ha donat significat d'acord amb la societat i el moment històric, n'ha buscat les causes i els ha aplicat tractaments. Fetillers, bruixots, xamans, sacerdots o curanderos han interpretat les malalties i catàstrofes, i hi han donat sentit, han buscat els mecanismes per curar-les, evitar-les o pal·liar-les, mitjançant tractaments, tècniques o procediments rituals. Rivers (2010) mostra com s'han compartit algunes pràctiques en indrets geogràfics ben diferents i al llarg de la història. Hi ha evidència de tècniques que ara utilitza la biomedicina que ja s'empraven d'antuvi, com els embenats, la reducció de fractures, els tamponaments nasals, les extraccions dentals, les amputacions o les pròtesis; també s'han trobat trepanacions cranials datades de molt antic¹.

Les construccions i la definició del que és malaltia no es decideix per la presència d'un canvi biològic, sinó que s'accepta allò que la societat considera com a tal, (Ackerknecht, 1971; Illich, 1975; Parsons, 1951). En aquest sentit, amb relació als sistemes de sanitat per donar atenció a les malalties, Gervas, Pérez-Fernández, Palomo-Cobos & Pastor-Sánchez (2005) defensen que:

"La historia es básica, pues los sistemas sanitarios no son productos del simple azar ni de la voluntad de algunos, sino expresión de una cultura y de una sociedad, de unos valores y de una organización que tiene sus raíces en lo más profundo del devenir de los tiempos" (Gervás *et al.*, 2005, p.14).

La nostra dimensió històrica i cultural té les arrels en les cultures de l'Orient Mitjà, Grècia i Roma. A la Bíblia hi trobem referències relacionades amb el món de la salut i malaltia que diversos autors han evidenciat i estudiat (Szasz, 1999; Le Breton, 1999; Siles, 1999). Als pobres, pecadors, dèbils, malalts i incapacitats, se'ls considerava éssers que havia de protegir qui tenia el do i la capacitat de fer-ho, com els sacerdots o metges, basant-se en la premissa "d'ajudar els necessitats".

Foucault (2007) es pregunta si no són els metges els nous sacerdots del cos. Explica com ja Sabarot de L'Avernière² veu en els sacerdots i metges els hereus naturals de

¹ A Babilònia es duien a terme operacions de cataractes, transfusions sanguínies i sagnies, el Codi d'Hammurabi mostra descripcions de l'època. Al temple de Kom Ombo a Egipte hi apareixen diversos instruments quirúrgics, alguns semblants als actuals, també a l'antiga Grècia i Roma.

² Foucault, 2007, p.43, a Sabarot de L'Avernière: "El alma no podría considerarse separadamente de los cuerpos animados, y si los ministros de los altares son venerados y

les dues missions més visibles de l'Església, com són consolidar les ànimes i alleugerir el patiment. També autors com Comelles & Martínez (1993) i Illich (1975) sostenen que la medicina ha agafat el relleu de l'Església i dels sacerdots, la qual cosa és un factor important per al procés de secularització que es vincula amb l'evolució de l'estat modern.

2.2.1. Les concepcions sobre la salut i la malaltia

Seguint allò que exposo en la introducció al capítol, per a una anàlisi sobre les concepcions i les vivències en salut i malaltia, en el nostre context fortament dominat per l'hegemonia del paradigma biomèdic, incorporo alguns significats de la salut/malaltia d'aquest camp, a més del camp social i antropològic. La premissa bàsica de la biomedicina és que les malalties són fenòmens de disfunció o alteració dels òrgans biològics. Segons Foucault (2007), tenen el seu inici en el moment que aquest camp va adoptar les teories positivistes i va definir els conceptes de salut/malaltia en termes materials, objectivables, mesurant-los quantitativament. En canvi, l'antropologia entén la salut i la malaltia com a fets lligats a la cultura i a la societat, i no solament com a fets biològics; per tant, susceptibles de ser canviants i multidimensionals.

L'Institut d'Estudis Catalans (IEC) defineix la salut com³: "Estat de l'organisme lliure de malalties, que exerceix normalment totes les seves funcions", en primera accepció, altres són: "Plenitud de la condició humana" i "Estat de gràcia espiritual, el fet d'escapar de la mort eterna". El mateix diccionari, defineix la malaltia com⁴: "Alteració en l'estat del cos o d'algun òrgan que interromp o pertorba les funcions vitals, pertorbació de l'estat de salut". El diccionari de la Real Academia Española (RAE) defineix aquest dos vocables en uns termes semblants, així com el diccionari anglès Collins. En les llengües catalana i castellana el vocable *salut* té les mateixes arrels etimològiques que *salvar* o *salvació*, amb èmfasi en la salvació divina de l'ànima.

perciben del Estado una renta conveniente, es preciso que los de vuestra salud reciban también un sueldo suficiente para alimentarse y socorrerlos. Ellos son los genios tutelares de la integridad de vuestras facultades y de vuestras sensaciones" (Vue de Législation médicale adressée aux États généraux, 1789, p.3)

³ <https://dlc.iec.cat/results.asp?txtEntrada=salut&operEntrada=0>

⁴ <https://dlc.iec.cat/results.asp>

La concepció mèdica positivista i centrada en els aspectes biològics va començar a rebre crítiques, i, amb l'objectiu d'esmenar-ne les esclertes, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va introduir una idea més holística en la definició de *salut*:

"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades. La posesión del mejor estado de salud que se es capaz de conseguir constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económico social" (Carta Fundacional de la OMS, 1948).

Una altra definició cèlebre en el nostre país sobre la salut, que també introduïa valors més qualitius, és la del X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, celebrat a Perpinyà l'any 1976: "La salut és aquella manera de viure que és autònoma, solidària i joiosa".

No obstant aquestes definicions, la biomedicina no profunditza en aquest camp i entén la salut, bàsicament, com una normalitat, i la malaltia com una anormalitat. Aquests termes són utilitzats principalment pels professionals; tanmateix, els considero importants per comprendre alguns dels significats de *salut* i *malaltia* en una anàlisi etnogràfica. En aquest sentit, és interessant l'aportació de Canguilhem (1971), el qual sosté que *normal* és allò que fa referència a la *regla* o *regular*, que també pot ser definit com la *norma*. En les dues accepcions, regla i norma, en primera instància podem veure-hi semblances, però *regla* es refereix a la mitjana, a allò quantificable, i *norma* seria un estat ideal que es vol restablir. El problema deriva del fet que ambdós termes, amb significats diferents, han confluït en un de sol. Aquest fet ha contribuït que la tradició positivista de la medicina comporti la dicotomia normalitat/anormalitat; la normalitat és el que és *sa*, i l'anormalitat el que és *patològic*. És a dir, com dos estats contraposats:

"Definir la fisiología como la ciencia de las leyes o de las constantes de la vida normal no sería rigurosamente exacto, por dos razones. Ante todo porque el concepto de normal no es un concepto de existencia, susceptible de por sí de medición objetiva. Y luego porque lo patológico tiene que ser comprendido como una especie de normal, puesto que lo anormal no es aquello que no es normal sino aquello que es otra normalidad" (Canguilhem, 1971, p. 155).

Quan la biomedicina fa aquesta separació entre normalitat/anormalitat o sa/patològic, deixa de banda la globalitat de l'individu i veu solament una part de l'ésser, la part biològica, la que es pot quantificar i que presenta uns valors alterats en el període de malaltia respecte a una "suposada" normalitat. Aquest plantejament, que posa l'èmfasi solament en la part afectada, ha contribuït que per la medicina existeixin malalties i no malalts, en contra del llegat hipocràtic que defensava que no hi havia malalties sinó malalts.

L'antropòleg i metge Arthur Kleinman va ser un dels autors pioners a treballar els conceptes de *disease* i *illness*, integrant la visió mèdica i la del malalt. Kleinman (1980) planteja els *Explanatory Models* (EMs), o models explicatius per explicar tot el procés d'un episodi de malaltia; engloben el conjunt de concepcions sobre l'episodi i l'analitzen en cinc punts: etiologia, simptomatologia, fisiopatologia, evolució i tractament. Per Kleinman, aquests cinc punts són compartits per tots els actors: professionals, malalts i família; tanmateix, amb diferències entre ells. Pels professionals, allò realment important són els processos clínics i biològics que succeeixen durant tot el procés, la *disease*, allò que afecta el cos biològic. En canvi, els EMs en els malalts i famílies analitzen com construeixen i quin sentit li donen a l'episodi de malaltia amb relació als cinc punts anteriors. Alguns dels punts que tracten d'estudiar són: amb què es relaciona i com ha aparegut la malaltia, quines dimensions tenen més importància, com es viu la simptomatologia i quins significats pren, quines són les expectatives al voltant del tractament i de la de curació. En definitiva, quines són les experiències i vivències al voltant de tot allò que els individus viuen, la *illness*.

Com deia, les ciències socials s'interessen per les concepcions, sensacions i vivències que té l'individu al llarg del procés anomenat malaltia. En aquest sentit, són interessants les aportacions del camp de la fenomenologia de Merleau-Ponty. L'autor defineix com a fenomen tot allò que és percebut per la consciència, atribuint-li un sentit en el moment de la percepció. Per Merleau-Ponty (1993)[1945], el subjecte obté l'experiència de les percepcions manejant el propi cos, busca comprendre l'experiència del món viscut i la seva expressió en el seu cos. Per l'autor, tota consciència és consciència d'alguna cosa. Considera que el cos és el vehicle de ser-del-món, posseir un cos és connectar amb un medi definit, confondre's amb projectes i comprometre-s'hi contínuament. Aquest ser-del-món, Merleau-Ponty l'exemplifica i el descriu com l'amputació d'un membre corporal, en les percepcions i sensacions que el subjecte té respecte a la part del cos que li manca.

Csordas és un altre autor que ha teoritzat sobre la corporalitat i les sensacions que es perceben a través del cos. Csordas (1994) en la teoria de l'*embodiment* (in-corporació, corporització o corporalitat), descriu com l'experiència i les emocions ens permeten connectar la vivència de la pròpia existència amb el món que ens envolta. Per tant, l'*embodiment* és la condició existencial del cos, és on es viuen les experiències i les emocions, és la manera de relacionar-se, d'estar i de percebre el

món, i subratlla que pel subjecte, l'*embodiment* és una representació de ser-en-el-món. A més, l'autor sosté que el cos no és solament un objecte per ser estudiat amb relació a la cultura, sinó com a àmbit propi, atès que és la base existencial de la cultura. Per l'autor, el cos amb les seves experiències són un camp per l'anàlisi i un autèntic lloc o camp de cultura: "This approach to embodiment begins from the methodological postulate that the body is not an object to be studied in relation to culture, but is to be considered as the subject of culture, or in the other words as the existential ground of culture" (Csordas, 2002, p. 58).

Com ja s'ha dit, el cos biològic és on es perceben i on succeeixen les experiències de l'individu; sense el cos l'ésser humà no existiria. L'existència de l'ésser és corporal i aquest cos és imprescindible; no obstant això, no és suficient per donar sentit a l'existència, necessita la ment que el faci sentir i experimentar. Le Breton (2012) mostra com al llarg de la història i de les cultures, l'ésser humà, subjecte i objecte, formava un tot totalment integrat a la natura i a l'univers vegetal. Le Breton sosté que ha estat recentment, en la modernitat i amb l'ascens de l'individualisme a l'Europa occidental, que els dos elements s'han separat i han donat lloc a la dualitat entre el cos i la ment, entre el subjecte –entès l'ésser en la seva globalitat– i l'objecte, que és el cos. Aquest dualisme no s'ha construït des d'una perspectiva religiosa, sinó en el pla profà, i ho ha fet al mateix temps que la dessacralització de la natura. L'autor defensa que la invenció del cos occidental implica una mutació de la situació de l'ésser humà, la qual ha portat a considerar el cos com una màquina, deslligant-lo de la seva essència, de forma que l'home occidental té el sentiment que el cos és d'alguna manera una cosa diferent a ell. A més, l'ésser humà, remarca l'autor, sent la necessitat de ser solidari amb tot allò que l'envolta al llarg de la vida. Le Breton sosté que en els moments de malaltia, discapacitat, cansament i vellesa és quan es nota més aquesta dualitat, i apareix amb més força el sentiment que el cos s'escapa.

Tot i la tendència a l'individualisme que ens mostra Le Breton, paral·lelament, l'individu està en contínua interacció amb tots els qui l'envolten i en les relacions socials que s'hi estableixen; això vol dir que les seves vivències prenen significat dins el context social i familiar on viu, i a la vegada emergeixen d'aquest context. Byron Good va treballar els significats i les narratives de la malaltia, ja entrada la segona meitat del segle XX, en contextos geogràfics i socials diferents, i observa com en cada context les narratives, les representacions, els significats, les creences, les tradicions o la semiòtica al voltant de la malaltia prenen característiques

particulars. Aquests treballs porten Good a definir la malaltia: "como un "síndrome de experiencia", "un conjunto de palabras, experiencias y sentimientos que suelen concitarse respecto a los miembros de una sociedad" (Good, 2003, p.28). Una altra proposta de Good (2003) són les "xarxes semàntiques de la malaltia". Des d'aquest punt de vista, sosté que la malaltia no és sols aquell procés que pren significat a través de les representacions en el cos, sinó un producte d'interconnexions, d'experiències, de paraules, de sentiments o d'accions, que tenen lloc en el si d'una societat, i ho defineix com un procés social.

Una altra proposta interessant és la de Michel Taussig (1995) sobre el concepte de "reificació o cosificació". L'autor defensa que la biomedicina tracta els símptomes i els signes que es presenten en una malaltia, així com les teràpies, de manera aïllada i individual, com si posseïssin entitat pròpia i sentit en si mateixos, fins al punt que els considera separats i descontextualitzats de la globalitat del cos talment com si fossin "coses o meres mercaderies". Així, Taussig sosté que es tracta de la mateixa manera els malalts i la salut que, per exemple, els cotxes en una cadena de producció, on tot són peces separades. En canvi, l'autor defensa que les malalties i tot allò que les envolta no són coses en si mateixes, sinó que són signes de relacions socials, si bé disfressades de coses naturals. L'autor sosté que la medicina considera la persona deslligada del seu l'entorn social; en canvi, defensa que les connexions entre les relacions socials i esdeveniments materials afecten directament el camp de la salut i la malaltia, i la por exercida pels poders dominants paralitza, crea odi i té efectes en les persones. Per Taussig, es considera la salut com una mera mercaderia preempaquetada, la qual subministren els que anomena "proveïdors de salut". A més, en aquest context, la persona malalta es troba immersa en un remolí de preguntes com, ara "per què a mi?" i "per què en aquest moment?", preguntes que no es responen; i, a més, els malalts sovint no les plantegen per por que se'n riguin i se'ls consideri ignorants.

Per a l'anàlisi de les concepcions, percepcions i vivències en salut/malaltia, incorpore el concepte d'eficàcia simbòlica que va proposar Claude Lévi-Strauss. En un món dominat pels aspectes tecnològics es tendeix a creure que l'eficàcia simbòlica pertany al món "primitiu"; tanmateix, continua sent interessant actualment la proposta de l'autor:

"La eficacia simbólica consistiría precisamente en esta 'propiedad inductora' que poseerían, unas con respecto a otras, ciertas estructuras formalmente homólogas capaces de constituirse, con materiales diferentes en diferentes niveles del ser vivo:

procesos orgánicos, psiquismo inconsciente, pensamiento reflexivo" (Lévi-Strauss, 1987, p.225).

Lévi-Strauss (1987) assenyala que el poder de la paraula, la forma suggestiva d'imposar i la manera d'exercir el poder mitjançant els instruments i les persones, són alguns dels elements necessaris que actuen en la relació curador/malalt, en què les paraules, els gestos, la indumentària i els espais prenen significat i faciliten la curació. L'eficàcia simbòlica de Lévi-Strauss apel·la a la fe per entendre els fenòmens de la cura ritual que es du a terme amb la paraula. Es cura un problema real a través d'un simbolisme, però aquest ha de ser necessàriament compartit per tots els actors: per l'especialista que fa la cura (sigui xaman, curandero, metge al làpata o qualsevol altre terapeuta), pel malalt i pel grup social.

En les concepcions, percepcions i vivències de la salut i la malaltia també és interessant l'anàlisi d'Otegui (2002), que les descriu a partir de la definició d'estils de vida. Diferencia l'ús que se'n fa d'aquest concepte des de l'antropologia i la medicina: mentre que la medicina ho considera una elecció individual i més o menys racional dels subjectes, per l'antropologia té un caràcter més ampli, que abasta totes les variables socioestructurals. Otegui en fa una classificació en quatre tipus:

- La *salut/malaltia*, és la concepció hegemònica biomèdica, s'instaura a partir dels anys 40 del segle passat; aquí el cos humà és una màquina perfecta en equilibri en la qual hi ha salut o hi ha malaltia.
- La *salut com instrument*, aquesta concepció està vinculada a l'economia tradicional, amb els treballs manuals i l'esforç físic. Es concep la salut com un capital que s'ha d'incrementar, sobretot durant la infància amb "nens sans i forts", per utilitzar-lo al llarg de la vida per poder treballar; tanmateix, el treball diari l'anirà desgastant.
- La *salut producte* és la concepció més moderna i va més lligada al medi urbà, està dirigida principalment cap a les classes mitges, i es correspon amb la ideologia neoliberal que pregona que els subjectes són responsables del seu destí. Està vinculada a l'esport i al consum de productes naturals i sans, que sovint són industrialitzats per les grans companyies i es troben en els supermercats en llocs ben visibles. Aquí és la persona la que s'ha de cuidar i ser responsable, el menjar sa i aliments naturals, i els gimnasos i saunes, són alguns dels eixos d'aquesta concepció.

- La *salut institucions/medi ambient*, aquesta concepció contempla la salut com un patrimoni col·lectiu en el qual els problemes de salut no són individuals sinó del grup, i les institucions sanitàries són les que els han de gestionar. Aquí no és tan prioritària la pràctica d'accions individuals saludables sinó que es potencien les polítiques educatives poblacionals.

Una altra anàlisi interessant és la que fa Canguilhem (1971) a partir de tres concepcions: *la ontològica, la dinàmica i la social*:

- La concepció *ontològica* contempla la malaltia com una entitat amb existència independent que té la capacitat de produir un mal, la divideix en tres tipus: les màgiques, les religioses i les bacteriològiques. Les màgiques són el resultat de forces o esperits malignes. Les religioses vénen donades per la vinculació de la salut a la religió com un “do” i la seva pèrdua és deguda a les transgressions, la qual cosa provocarà un càstig diví. Les bacteriològiques són conseqüència de l'enfocament biologista i individualista que se li dona a la salut a partir de meitats del segle XIX.
- La concepció *dinàmica* és naturista, contempla la salut com el resultat d'una relació harmoniosa entre les persones i el seu entorn i ambient, té els orígens a la Grècia Clàssica de Hipòcrites.
- La concepció *social* té els orígens a meitats del segle XIX quan es va començar a apuntar les causes socials com a factors que predisposaven i afavorien les malalties, moment en què es va començar a veure la malaltia com un fet social.

2.2.2. La complexitat de les causalitats

Les causalitats atribuïdes a les malalties han estat diverses al llarg de la història. A l'antiga Grècia, Hipòcrites seguia el principi dels quatre elements: aire, terra, aigua i foc, en què cadascun tenia la qualitat de fred, sec, humit i calent. A partir de les combinacions es formen els quatre humors: la bilis negra, la bilis groga, la flegma i la sang. Quan estan en equilibri, l'individu té salut; en canvi, quan hi ha excessos o manca, cau malalt. En el segle XVII Thomas Sydenham (1684-1689) va proposar la teoria miasmàtica, que defensava que les malalties eren causades per l'estat de l'atmosfera i pels miasmes, un conjunt d'emanacions fèrides que emanaven del terra i de les aigües impures. També són de transcendència en els segles XVII i XVIII, els estudis de Linneo en el camp de la botànica, que va elaborar una exhaustiva taxonomia de les plantes en la qual es va basar posteriorment el

coneixement de les malalties. Aquestes causalitats encara perviuen actualment, de manera directa o indirecta.

La biomedicina defensa que els humans compartim unes mateixes característiques biològiques, motiu pel qual les malalties són universals i idèntiques. Hi ha signes i símptomes que els trobem arreu o que són compartits per diversos processos de malaltia; se'n coneixen alguns que són difícilment catalogables i, en sentit contrari, altres, en cada context cultural i geogràfic, prenen la seva pròpia forma, característica i denominació particular. Els malestars propis de zones o cultures se'ls coneix com a *culture-bound syndromes* o síndromes dependents de la cultura, i no sembla que responguin a la lògica biomèdica de la universalitat dels processos de malaltia (Martínez, 2008, p. 78)⁵.

La biomedicina es basa en el determinisme biològic, entenent-se com a tal la pressuposició que els processos biològics exerceixen una determinació gairebé absoluta en tots els aspectes de la vida humana, en especial en la salut i la malaltia, com aquestes esferes estan condicionades i determinades exclusivament per la biologia. El determinisme biològic es basa fonamentalment en la negació que els aspectes psicològics, personals i les relacions socials i culturals poden determinar aspectes com la salut o la malaltia, i sols s'accepta que aquests elements puguin ser factors de predisposició o secundaris, però no els causants o determinants principals. Aquesta visió propicia que es reculli la unicausalitat en les etiologies.

Lombrosso defensava que la conducta delictiva o criminal era conseqüència de defectes genètics, i Galton que el quocient intel·lectual era superior en uns grups humans que en altres. Tot i que alguns d'aquests plantejaments actualment no són acceptats o s'han matisat, han contribuït a aquest determinisme. En aquesta línia, Martínez (2008) assenyala que actualment són pocs els reduccionistes que defensen que es pugui llegir en les faccions i en l'estructura del crani la criminalitat, però que són molts els que afirmen que la podem trobar en els gens i cromosomes. És a dir, la idea no ha desaparegut, solament hi ha hagut un canvi d'estratègia d'acord amb els temps. Lewontin, Rose & Kamin, (2013) [1984] defensen que les teories del determinisme biològic es recolzen sobre arguments simples i de causes úniques per

⁵ Martínez cita els següents *culture-bound syndromes*: "chisara-chisara, zuwadanda, empacho, susto, aire, agua, pasmo, bilis, ataque de nervios, celos, mal de pelea, latido, cólera, koro, amok, gila merian, gila talak, gila kena hantu, otak miring, latah, bah-tsi, dhat, shen-k'uei, qissaatug, pibloktog, anorexia nerviosa, bulimia, quajimaillituq, pa-feng, pa-leng, boxi, wiitiko, tripa ida, ruden rupan, zar, wontia o espanto".

entendre fenòmens complexos com els comportaments criminals, les guerres o la propietat dels mitjans de producció. Aquests autors veuen en la simplicitat del determinisme biològic el motiu pel qual és més fàcil acceptar aquestes tesis que no les antideterministes, atès que aquestes treballen amb una perspectiva global, per la qual cosa necessiten arguments de molta més complexitat. També, pel fet que es defensen majoritàriament des del camp de l'antropologia i del camp social, camps que tenen menys pes i incidència social en aquests aspectes. Mentre que la biomedicina dona un pes important a la unicausalitat, l'antropologia i les ciències socials el donen a la multicausalitat i defensen que cal abordar-les en aquesta direcció.

També és important destacar en el camp de les causalitats i les diferents maneres d'afrontar un problema, les investigacions i aportacions que Eduardo L. Menéndez ha fet sobre l'alcoholisme des del camp de l'antropologia, en les quals integra la visió mèdica i antropològica. Aquests treballs són un dels exemples més eloqüents de com es pot abordar un problema de salut des d'una perspectiva àmplia i complexa:

"El "alcohol" constituye una sustancia química caracterizada por una serie de propiedades cuyas consecuencias y funciones operan básicamente a partir de las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que lo utilizan. Es decir, el alcohol per se puede generar algunas consecuencias patológicas a nivel físico y/o psíquico en función de las características de su consumo (cirrosis hepática, intoxicación o delirium tremens). Pero la mayoría de las consecuencias negativas serían producto no del alcohol en sí, sino de las condiciones construidas socialmente. Los homicidios, las violaciones, las agresiones intra y extrafamiliares, el ausentismo laboral, etc., no son productos necesarios del consumo del alcohol, sino que constituyen normatividades definidas por cada sociedad. La identificación y/o autoidentificación de grupos étnicos o de clase social con el "alcoholismo", así como las estigmatizaciones, son construcciones sociales generadas a partir de relaciones económico-políticas e ideológicas que instrumentan el uso del alcohol. De allí que las condiciones que caracterizan el consumo de alcohol permitirían dar cuenta de los procesos que articulan relaciones étnicas o de clase en un contexto determinado. La "patología" o "funcionalidad" deben remitir a los procesos que construyen la agresividad, la estigmatización o el reconocimiento ideológico y no al nivel manifiesto que constituye la ingestión individual o colectiva de alcohol" (Menéndez, 1991, p.13-14).

Com deia, la multicausalitat que han atribuït els individus i les diverses societats a les malalties s'ha analitzat des de l'antropologia, en especial, pels autors que han treballat en les societats "primitives". En aquest sentit, Evans-Pritchard (1977) mostra com els zande tenien en compte diferents nivells de causalitat, el *com* i el *per què* ha succeït. Evans-Pritchard sosté que els zande coneixen bé la natura, i si cau un graner i moren les persones saben que és degut a l'acció de les termites que han corcat la fusta i fan caure el graner, és el *com ha succeït*. Els zande, a més,

busquen *per què* ha succeït, i aquest *per què* el situen a la bruixeria: la lògica azande no té en compte la casualitat. Aquest fet implica diferents nivells de causes o el principi de la doble causalitat. Pels azande la bruixeria n'és la causa principal, i les termites són la causa natural i secundària. Les termites expliquen el *com* i la bruixeria explica *per què* ha succeït.

En aquest sentit també és interessant el treball que Mallart va realitzar sobre els evuzok. Mallart (1998) descriu diverses terminologies en el camp de la malaltia, com a fenòmens de la naturalesa o com una interpretació de caire social, màgica o religiosa. Els evuzok distingeixen entre les malalties simples o normals i les autòctones. Les normals les consideren un simple fenomen de la naturalesa i les autòctones tenen una interpretació de caire social, que pot ser màgica o religiosa, i a la vegada les divideixen en diürnes i nocturnes. Utilitzen dos termes, uns són descriptius i uns altres expressen una relació de caire causal o etiològic. També Turner (2005) [1969], a *La selva de los símbolos*, mostra com els ndembu consideren que la malaltia forma part del context privat, del públic i social. Associen la malaltia a diferents aspectes, com als esperits dels parents morts, a l'acció de bruixots i fetillers i a d'altres causes; els ndembu reconeixen símptomes i distingeixen diversos diagnòstics i teràpies. I Muela (2007), en un treball més recent a Lipangalala (Tanzània), mostra com en els models causals de malaltia hi continua havent la doble causalitat: els accidents i la mala sort, i aquesta última pot arribar a través de Déu o de la bruixeria, per la qual cosa molt sovint s'invoca la voluntat de Déu per a la curació.

Young (1976) proposa dues grans categories per explicar les malalties: les que les expliquen per factors interns i les que ho fan per factors externs a l'organisme. En els factors interns hi inclou els psicològics i els que es basen en els signes biològics; la idea és que la malaltia està encapsulada al cos de l'individu. En els factors externs hi situa els éssers humans i els éssers antropomorfitzats.

Foster (1976) va proposar per a la concepció etiològica de la malaltia dos sistemes: el *personalístic* i el *naturalístic* (il·lustració 1). Així es garanteix una taxonomia simple que permet classificar i ordenar la majoria de les etiologies que reconeixen els diversos sistemes mèdics, en especial els no occidentals. Per *personalistes* entén les causes en què els agents actius provenen dels humans, com poden ser la bruixeria o les causes sobrenaturals com els ancestres, els esperits o els déus. Per

sistemes *naturalistes* entén les causes que tenen origen en una falta d'equilibri entre els principis naturals.

Il·lustració 1. Sistemes mèdics segons Foster

	Personalístic	Naturalístic
Causa	Agent actiu	Pèrdua d'equilibri
Malaltia	És un cas de desgràcia	No relació amb desgràcies
Religió	Molt lligada a la malaltia	No hi ha relació amb la malaltia
Causalitat	Existeixen múltiples nivells	Existeix un sol nivell
Prevenció	Es pot neutralitzar l'agent amb acció positiva	Evitar-la
Responsabilitat	L'actor no en té el control	El control el té l'actor

Font: Foster, 1976, p.781)

D'altra banda, Idoyaga (2012) proposa una categorització d'etiologies a partir del seu treball de camp i d'una àmplia recopilació de treballs d'altres autors. Idoyaga va portar a terme aquest treball de camp en diverses àrees i grups culturals de l'Argentina: en societats indígenes, en l'àrea metropolitana, i en el nord-est i el nord-oest argentins. En aquests grups hi havia individus de les classes populars, mitjana i alta, així com de població rural i urbana. Idoyaga (2012) proposa les vuit categories explicatives sobre causalitats següents:

- a) Causes o desequilibris orgànics i altres desequilibris o factors fortuïts. L'autora inclou les causes estrictament orgàniques i altres com el clima, les dietes, els accidents, la intromissió de gèrmens estranys, els efectes col·laterals del consum de remeis i altres substàncies, l'envelliment, el contagi a través de l'aire, la influència de la biomedicina en el caràcter hereditari de les malalties i la mala sort.
- b) Causes o desequilibris emocionals⁶. Inclou les emocions fortes, les vivències de pànic, enuig i aflicció. L'autora ho exemplifica amb l'"ensurt", que és una experiència que pot incloure o no la pèrdua de l'ànima. També en els patiments que ocasionen les notícies, les experiències tràgiques com poden ser les violacions, els estats de "nervis" o tenir molts problemes. Hi inclou també l'abandonament del medi geogràfic i social, encara que l'individu migri amb la seva família.
- c) Causes socials, que al·ludeixen als conflictes familiars i socials. L'autora es refereix a conflictes familiars, com la desestructuració o desintegració de la família, com són les situacions de violència, les infidelitats, els abusos o l'abandonament del

⁶ Idoyaga remarca que parla intencionadament de causes emocionals i no psicològiques, psíquiques o trastorns mentals, atès que la divisió i oposició psique-soma és una construcció conceptual occidental.

nucli familiar. Als conflictes comunitaris, com les interaccions negatives amb el medi social, la desestructuració de les xarxes socials o el trencament dels lligams socials. I també als problemes laborals, com l'explotació del treball, un treball molt dur o a "preu fet", la inseguretat, els sous molt baixos i la precarietat econòmica. En aquest apartat hi engloba els patiments deguts a la censura moral que hi ha davant de certs comportaments, com l'alcoholisme (als quals se'ls denomina "vicis") i els excessos en el menjar en general, posant com a exemple els dolços. Un altre aspecte que hi inclou són les crisis polítiques i efectes de la immigració, i qualsevol teoria que posi l'accent en la interacció social o els canvis deguts al contacte amb altres ètnies.

- *d)* Causes o desequilibris originats pel poder d'altres persones. Es refereix a danys provocats intencionadament o no per altres individus, com la bruixeria, el mal d'ull, l'enveja, la fetilleria, les malediccions i diverses tècniques de dany que derivin en una malaltia.

- *e)* Causes per desequilibris entre les entitats que conformen la persona. L'autora es refereix a aspectes com l'equilibri harmònic entre el cos, l'esperit, les energies, les xacres o altres. Apunta que els desequilibris entre les entitats que integren la persona per si sols poden ser causants de malaltia. Fa incís en les vivències de la corporalitat que engloben el cos biològic i l'esperit. Aquestes vivències inclouen els orins, la matèria fecal, les vestimentes, els ornaments, els tatuatges, els pentinats i tots els elements que es constitueixen en missatges socials i codis que mostren la identitat de l'individu.

- *f)* Causes que es refereixen al contagi d'entitats contaminants. Aquestes entitats poden ser persones, objectes i substàncies. Es creu que transmeten impureses o estats negatius els cadàvers, els enterraments, els malalts, els ferrers, les dones quan estan menstruants; i també els objectes utilitzats en les pràctiques de fetilleria com els animals, els vegetals o la sang. En aquests casos l'aigua i el foc són elements purificadors.

- *g)* Causes degudes als espais ambientals. Aquesta classificació es refereix als espais i ambients que estan contaminats, però en aquests casos és per l'ambient que té poder negatiu per si mateix; aquí no hi entra la contaminació del medi ambient, ja que aquest efecte té lloc per causes naturals. Es considera que hi ha alguns espais que no són homogenis ni neutres, sinó que són perjudicials i propicis a emmalaltir.

- *h)* Causes mítico-religioses i rituals. En aquesta categoria s'hi inclouen les que al·ludeixen a l'acció, la intenció o l'existència de personatges mítics (incloent els morts), a preceptes i creences religioses, a la transgressió de tabús i normes morals i de comportament. El fet que la tradició judeocristiana explica la malaltia com un càstig diví a conseqüència del pecat, hi contribueix. També veu la malaltia com un dimoni que s'introdueix en el cos o el segrest de l'ànima. En aquest apartat s'hi inclouen també les concepcions cosmològiques que impliquen altres éssers, o la idea del destí.

2.2.3. Les pràctiques i els comportaments en salut i malaltia

En aquest apartat s'analitzen els mecanismes que es posen en marxa per restablir la salut quan apareix un trastorn; Eduardo Menéndez ho anomena procés de salut/malaltia/atenció. Menéndez (2005b) defensa des d'una perspectiva antropològica que les formes d'atenció dels patiments es refereixen a totes les que busquin prevenir, tractar, controlar, alleugerir o curar el patiment de l'individu, i no solament a les formes d'atenció biomèdiques. Menéndez sosté que allò realment dominant en la majoria de societats, més enllà de la situació de classe social o ètnia, és la utilització de diverses formes d'atenció; és el que es coneix com a pluralisme assistencial, i no solament per diversos problemes sinó també per un de sol.

Aquests processos de recerca d'atenció se'ls coneix de maneres diferents: una és *itinerari terapèutic*, que són les activitats i recorregut que es duen a terme de manera individual o col·lectiva, de manera conscient o no; una altra són els *illness behaviour* o *health seeking behaviour*, que són els aspectes que es refereixen al comportament de les persones davant la malaltia o la salut; i també com a *pathways*, que defineixen les passes o etapes que es van succeint durant tot el procés de la malaltia.

Young (2004), en una recopilació d'articles de diversos autors, analitza els comportaments, les influències i les pràctiques dels individus davant la malaltia i els classifica en cinc categories:

- La primera categoria és un enfocament basat en els comportaments davant la malaltia. La classifica en diversos punts: un és el *sick rol* (Parsons, (1999)[1951]⁷; un altre punt és l'adaptació que fa cada persona davant la malaltia; un altre és posar etiquetes o etiquetar un problema, que per l'autor és una forma de control social, i finalment esmenta el "Schuman Model", sobre la manera com es teixeixen les relacions entre el metge i el malalt.
- La segona categoria és un enfocament segons els models econòmics, és la manera com les possibilitats econòmiques condicionen els comportaments i les pràctiques en la malaltia.
- La tercera és des d'una perspectiva geogràfica, estudia com el factor proximitat o llunyania respecte dels serveis sanitaris pot ser una condició per a la seva utilització.
- La quarta que proposa és un enfocament sociodemogràfic, en què analitza variables com l'edat, el sexe, l'educació, el nivell socioeconòmic i l'ètnia.
- La cinquena i última categoria és un enfocament a través de les xarxes socials, sobre com la família, els amics o els companys de treball influeixen en els comportaments i pràctiques en salut/malaltia, com aquestes relacions poden incidir de manera positiva o negativa a l'hora de demanar assistència així com en les pràctiques.

Kleinman (1980) i Menéndez (1983) defensen tres models bàsics en el procés d'atenció quan se'n detecten símptomes. Kleinman (1980) els defineix en termes de *sector popular*, també anomenat profà i no especialitzat (sovint la malaltia és reconeguda i tractada en aquest sector); de *sector folk*, format pels sanadors locals i terapeutes especialitzats, no organitzats i sense empara legal; i el *sector professional*, constituït pels professionals sanitaris legalment organitzats i facultats per exercir. Menéndez es refereix a aquets tres models en els termes de *model d'autoatenció*, *model mèdic alternatiu subordinat* i *model mèdic hegemònic*

⁷ Parsons entén el "rol del malalt" o *sick rol* com un procés social acceptat pel conjunt de la societat, i que a més del propi malalt involucra altres persones. El *sick rol* implica drets i obligacions, té mecanismes establerts de legitimació i de control per la societat. El principal dret és que el malalt queda exempt dels deures i responsabilitats del treball, estudis o familiars. La principal obligació és que s'ha de recuperar el més ràpid possible, pel que té el dret i el deure de demanar i rebre assistència sanitària així com de col·laborar-hi. L'autor entén per *sickness* el rol que la societat li dona a la persona malalta.

(MMH)⁸; l'autor defensa que aquests tres models d'atenció són estructurals en totes les societats.

Quan apareix el problema de salut, s'inicia el procés d'atenció i aquest comença amb l'autoatenció, entenent-se com les actuacions que du a terme la mateixa persona, el grup familiar o el comunal, i no un curador professional; actuacions que estan encaminades a solucionar el problema i l'espai domèstic és el primer àmbit en què es configuren (Menéndez, 1983, 1984a, 2005b). L'autor l'entén com el fet de diagnosticar, explicar, atendre, controlar, aguantar, alleugerir, curar, solucionar o prevenir els processos que afectin la salut de l'individu, però sense la intervenció directa, central i intencional dels curadors professionals⁹, encara que aquests puguin ser la referència de l'activitat que l'individu porti a terme. Per Menéndez (1983), el model d'autoatenció consisteix des d'atencions "conscients" de no fer res (però encaminades a la cura, això vol dir estar pendent del que passa), fins a l'ús d'equips de determinada complexitat. Així, l'autoatenció és prendre decisions sobre allò que cal fer en cada moment del procés. L'autoatenció involucra decidir una autoprescripció; per tant, aplicar un tractament de manera autònoma o gairebé. La decisió d'anar a consultar un curador professional i una part de les activitats que es facin posteriorment també formen part de l'autoatenció, atès que el subjecte pot continuar decidint quins tractaments segueix o si consulta altres curadors i de quin camp. Una característica de l'autoatenció és que es tracta d'una activitat intermitent però constant que du a terme el subjecte mateix o el grup de manera autònoma, que té com a referència decisiva o secundària altres formes d'atenció que es coneixen (Menéndez, 2005b).

Un altre punt que assenyala Menéndez (2005b) és que la biomedicina sol confondre autoatenció amb automedicació; tanmateix, per Menéndez són diferents. Per *automedicació* es refereix a la decisió, més o menys autònoma, d'utilitzar no solament els fàrmacs de la indústria químic-farmacèutica (IQF), sinó també tota mena de substàncies com les d'herbolari, alcohol, marihuana, cataplasmes, ventoses o massatges. En canvi, l'autoatenció és un procés més ampli que engloba l'autodiagnòstic que es fa el mateix individu en el moment de detectar el problema i totes les decisions que prengui posteriorment, entre les quals l'automedicació.

⁸ El model mèdic professional s'analitza en el següent apartat d'aquest capítol.

⁹ Helman (2002) sosté que també forma part del sector popular o d'autoatenció demanar consell als professionals com els metges, les infermeres o les fisioterapeutes, però en una consulta informal.

L'autor sosté que la biomedicina i el personal sanitari entenen i critiquen l'autoatenció de manera gairebé exclusiva en termes d'automedicació.

D'altra banda, Menéndez (2005b) diferencia *autoatenció* i *autocura*; aquesta segona l'entén com les accions dels individus encaminades a prevenir en el futur l'aparició de trastorns de salut i a afavorir-ne els aspectes positius, especialment, a partir del concepte d'estil de vida defensat per la biomedicina i el salubrisme. Per l'autor, l'autocura és més individualista que l'autoatenció, atès que en aquesta última hi participa tot el grup familiar i no tendeix a ser així en l'autocura; tanmateix, l'autocura forma part del procés d'autoatenció.

En relació amb l'autoatenció, Menéndez (1983) n'assenyala que els trets bàsics són l'eficàcia pragmàtica, la concepció de la salut com un bé d'ús, la tendència a percebre la salut com una mercaderia, la participació simètrica i homogeneïtzant, la legitimitat del grup i comunal, la concepció basada en l'experiència, la tendència a l'apropiació tradicional de pràctiques mèdiques i la tendència a admetre la subordinació respecte d'altres models. Menéndez sosté que aquest model és estructural en totes les societats, i suposa en totes el seu primer nivell d'atenció. No sol incloure en un primer moment cap curador professional, però sí que es pot consultar algun membre de la família o de l'entorn.

Una altra variant d'atenció són els grups d'autoajuda. Menéndez (1983, 1984b) sosté que aquests grups són producte de diversos factors, entre els quals, el fracàs i les limitacions del MMH per solucionar tots els problemes, en especial els crònics. Un dels exemples més comuns són els grups d'Alcohòlics Anònims, que en aquesta problemàtica, especialment, considera que el MMH ha abdicat de fer-se càrrec coherentment i eficaç del problema. Altres grups d'ajuda que destaca Menéndez són els neuròtics anònims i els clubs de diabètics. Estructuralment, els grups d'ajuda plantegen elements comuns com la reciprocitat, la socialització primària no satisfeta per unes altres relacions i determinats graus de control. L'autor defensa que la majoria dels moviments autogestionats, com ho intenten ser els grups d'ajuda en salut, són fàcilment captats, utilitzats o destruïts pels sistemes mèdics dominants. Tanmateix, l'eficàcia d'aquests grups depèn dels contextos en què actuen (Menéndez, 2005b).

En relació amb el model mèdic alternatiu subordinat, Menéndez (2005b) distingeix diferents formes d'atenció. Unes són el sector "popular i tradicional": aquí hi trobem curanderos, bruixots, espiritualistes, xamans, parteres empíriques o

herboristes; en aquest sector també hi inclou el paper curatiu dels sants i les figures religioses. Unes altres formes d'atenció alternatives, que anomena paral·leles o *new age*, són les teràpies bioenergètiques o les noves religions curatives comunitàries. Un altre sector són les formes que procedeixen d'altres tradicions mèdiques acadèmiques, com l'acupuntura, la medicina aiurvèdica o la medicina mandarina entre d'altres. Alguns trets bàsics del model alternatiu són la concepció globalitzadora de patiments i problemes; que les accions terapèutiques tendeixen a l'eficàcia simbòlica i a la sociabilitat com a condicionants de l'eficàcia; la tendència al pragmatisme; l'ahistoricitat; l'asimetria en la relació curador-malalt; la participació subordinada dels consumidors; la legitimació comunal o de grup de les activitats curatives; la identificació amb una determinada racionalitat tècnica i simbòlica; la tendència a l'exclusió dels altres sabers i pràctiques curatives, i la tendència a la mercantilització (Menéndez, 1983). Menéndez recalca que molts d'aquests trets els comparteix el model alternatiu amb el MMH.

2.3. DETERMINANTS SOCIALS DE SALUT

El segle XIX va ser el de la teoria microbiana de Koch i Pasteur i va solidificar les bases de la biomedicina positivista, alhora, va ser el segle en què varis investigadors socials, microbiòlegs i metges van observar i defensar que la salut depenia en gran mesura de com vivien i treballaven les persones, establint les bases del que actualment es coneixen com determinants socials de salut.

Entre els investigadors socials destaquen Bernardino Ramazzini que ja abans, a l'any 1700, va publicar a Florència un treball titulat "De morbis artificum diatriba" en el qual examina les malalties professionals de 41 ocupacions, on mostrava la influència dels factors socials en les malalties. A meitats del segle XIX el pensador i filòsof alemany Friedrich Engels, en l'obra *La situació de la classe obrera en Anglaterra* (1845), denuncia les condicions de vida i de salut, i les míseres condicions de treball dels obrers en les fàbriques angleses, relaciona les malalties de la classe obrera anglesa amb les condicions de vida i de treball que imposa la classe burgesa. Louis Villermé (1782-1863) metge, economista i científic social, va observar que a les fàbriques tèxtils franceses hi havia més morbiditat i mortalitat entre les famílies dels obrers que entre les dels gerents, i relaciona la morbiditat i mortalitat amb la pobresa. Rudolf Virchow (1821-1902) en els seus treballs a l'Alta

Silèsia i a Berlín observa com la pobresa i les condicions de vida dels obrers eren responsables de malalties i mortalitat, i relaciona la malaltia amb la fam, i la fam amb les polítiques del govern; els seus treballs van ser decisius perquè cap a finals del segle XIX Alemanya establís el sistema de cobertura mèdica i social. I, Edwin Chadwick (1800-1890) va observar com a les ciutats industrials angleses l'esperança de vida dels aristòcrates i comerciants era diferent a la dels obrers; Chadwick va tenir un paper important en l'establiment de la medicina social en les Institucions Britàniques. També Florence Nightingale, infermera pionera i reconeguda per l'assistència als soldats britànics ferits en la Guerra de Crimea, va posar èmfasi en els aspectes ambientals i relacionals per a la recuperació dels soldats.

2.3.1. El segle XX: els informes

A mesura que avançava el segle XX es constata que no es podien controlar totes les malalties, alhora que augmentaven les cròniques: es va posar sobre la taula la qüestió de la causalitat –unicausalitat versus multicausalitat– tant per part d'autors que provenien del camp social (la sociologia i l'antropologia), com l'epidemiologia des del camp mèdic. Aquests autors incorporen els models i mètodes d'estudi de la sociologia i l'antropologia, i comencen a estudiar i a qüestionar el camp de la salut i la malaltia. Entre els metges i epidemiòlegs destaquen les obres de Geoffrey Rose, Thomas McKeown, Henry Sigerist o Lain Entralgo. Apareixen revistes com l'*American Journal of Public Health* o *Science Medicine*, que divulguen temes de medicina social que les revistes tradicionals són més reticents a publicar.

Un dels autors pioners va ser Salvador Allende, metge i posteriorment President de Xile, que el 1939 va publicar *La Realidad Medico Social Chilena*, obra en què posava clarament de manifest que el factor condicionant més important per la salut dels xilens era el socioeconòmic.

Thomas McKeown, metge i historiador de la medicina, a partir de 1955¹⁰ publica una sèrie d'articles i llibres que susciten polèmica, amb suport i controvèrsies que continuen encara fins el present (Colgrove, 2002). En aquests treballs es posava en qüestió que l'augment de la població a partir del 1750 al Regne Unit fos deguda a les pràctiques mèdiques i de salut pública; en canvi, donava valor a les millores

¹⁰ Aquest any va publicar el seu primer article: McKeown T, Brown RG (1955). Medical Evidence related to English population changes in the eighteenth century. *Popul Stud*, 9:119-41.

econòmiques. En l'anàlisi de les estadístiques de defuncions per tuberculosi pulmonar, McKeown (1979) mostra que existeix una caiguda progressiva de la taxa entre el 1838 i el 1960; les demés malalties infeccioses com la diftèria, pneumònia o escarlatina, seguien unes tendències similars. Quan van aparèixer els antibiòtics, la mortalitat a causa de les malalties infeccioses s'havia reduït a xifres ja molt baixes, pel que els medicaments només podien ser efectius en uns pocs casos. Alguns ho van atribuir a una mutació benigna del bacil de la tuberculosi, però McKeown ho rebutja, ja que aquesta disminució succeí també en les altres malalties infeccioses. Ell ho atribueix a causes econòmiques, com la revolució de la agricultura, amb la consegüent millora en la nutrició de la població, juntament amb canvis favorables en les condicions de vida, com la millora en els habitatges.

Evans (2008) sosté que les tesis de McKeown no han estat refutades però sí que han estat ignorades; a més, defensa que el nombre de metges no sempre és suficient per a que un país tingui millor salut. McKeown va escriure els seus primers articles en el moment que començava l'època daurada de la medicina, just pocs anys després del descobriment dels antibiòtics. En aquest sentit, Bynum (2008) sosté que aquest fet va posar en evidència les interpretacions històriques de l'efectivitat moderna de la medicina de varis investigadors. També Illich (1975) assenyala que quan van arribar les teràpies amb antibiòtics i les vacunes ja havia disminuït fins a xifres molt baixes la morbiditat i la mortalitat de les malalties infeccioses. També a l'Estat Espanyol la mortalitat per tuberculosi i altres malalties infeccioses va minvar, un descens que va ser acusat en el període 1900-1950, segons les dades que dona el Ministeri de Sanitat i Consum, en l'informe *Análisis de de la sanidad en España a lo largo del siglo XX* (2002)¹¹.

D'altra banda, en les dècades dels anys seixanta i setanta es publiquen una sèrie de treballs i informes que qüestionen el que s'estava fent en aquell moment, just quan el desenvolupament i tecnificació de la medicina adquiria més relleu. Són informes que analitzen les desigualtats socials, iniquitats i vulnerabilitats¹².

¹¹ <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=19/10/2012-3c0cfd4ca3>

¹² Les desigualtats socials analitzen com la classe social, la posició socioeconòmica, el gènere o el grup ètnic afecten la salut. La desigualtat es refereix a unes diferències que es poden resoldre si hi ha voluntat. La iniquitat té un significat més punyent que la desigualtat, en anglès es fa servir la paraula *inequity in health*; en canvi, en el nostre context s'utilitza poc. La iniquitat està vinculada i relacionada amb la idea de justícia social. La vulnerabilitat fa referència a l'exposició i a la indefensió que té la persona davant de fets que ella no pot controlar, com la manca de recursos materials o suports familiars o socials i que afecten o poden afectar a la seva salut; pel general es refereix, a les persones més desafavorides de la

L'informe de Mark Lalonde (1974)¹³ va ser dels primers que es van donar a conèixer, el qual correlaciona els determinants de salut de la població canadenca amb els pressupostos de salut i despesa sanitària. Aquest informe classifica els determinants de salut en quatre grups:

- La biologia humana, tant els aspectes físics com els mentals.
- Els factors mediambientals, tot allò extern al cos que influeix en la salut, com els contaminants físics, químics, climàtics, psicosocials o culturals.
- Els estils de vida entesos com a hàbits, costums, creences, actituds o conductes, allò que les persones tenen un cert control i poden escollir.
- Els sistemes d'assistència sanitària: la xarxa sanitària, els centres d'atenció primària, de rehabilitació, els professionals i altres serveis com ambulàncies o despeses farmacèutiques.

No obstant això, Lalonde observa que la distribució dels recursos no era proporcional entre allò que es considerava altament responsable de la salut i els recursos econòmics que s'hi destinaven a cada àrea, sinó que existia una diferència que qualificava d'escandalosa en els percentatges (il·lustració 2).

Il·lustració 2. Distribució de recursos i responsabilitats en salut/malaltia

Distribution of gross health expenditures, national health and welfare, fiscal years 1969-70 to 1973-74. distribution – (\$ Millions)

Any	Biologia (27%) ¹⁴	Medi ambient (19%)	Estils de vida (43%)	Sistema sanitari (11%)
1969-70	31.2 ¹⁵	21.5	12.0	1,255.8
1970-71	34.4	24.2	12.7	1,552.1
1971-72	36.1	26.3	23.3	1,903.2
1972-73	38.1	34.9	28.9	2,095.5
1973-74	40.1	38.4	45.4	2,320.4

Font: (Informe Lalonde, 1974, p. 52)

Una altra aportació rellevant va ser l'Informe *Black Report*, amb el títol *Inequalities in health* es va presentar el 1980 i actualitzar el 1986¹⁶. Douglas

societat. Són molt conegudes i divulgades les desigualtats en salut que hi ha entre els països anomenats "rics" i els anomenats "pobres", i poc les que hi ha dins els països "rics".

¹³ Mark Lalonde, ministre canadenc de sanitat, l'any 1973 va fer públic un informe que va revolucionar aleshores el món de la salut i la sanitat, va ser demolidor pel que fa a l'enfocament de la despesa dels estats per augmentar la salut de la població.

¹⁴ Percentatges que fan referència a la incidència en la salut en cada una de les esferes.

¹⁵ Es refereix als diners que es destina als pressupostos en cada una de les esferes.

¹⁶ Black. DHSS, *Inequalities in Health*, report of a research working group, London.

<https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/black-report-foreword/>

Black¹⁷ va coordinar un extens i rigorós treball a la Gran Bretanya, que tingué un gran impacte social i mediàtic, i va generar un gran estupor entre la població i el món sindical, sector que el va divulgar àmpliament. Aquest informe posava en evidència que existien profundes desigualtats de salut entre la població de les diferents classes socials. Concloïa que l'individu mitjà de les classes socioeconòmiques altes està més sa, és més alt, està més fort i viu més temps que els individus mitjans de les classes treballadores. Considerava com a principals factors generadors de les desigualtats els següents:

- Els ingressos econòmics baixos
- Una educació pobre, vivenda i entorn precaris
- Una dieta desequilibrada
- El tipus de feina i les condicions de treball

L'Informe "Black Report" mostrava que les diferències més importants es trobaven en la mortalitat infantil i en els individus més pobres. A més, demostrava que les desigualtats havien augmentat de l'any 1951 al 1971; és a dir, des del funcionament del National Health Service (NHS). Per tant, gaudir de bona salut no depenia sols del NHS, fet que reforçava les seves tesis. Si bé ja se sabia que la pobresa i la misèria generaven més malalties, va ser una sorpresa que també les diferències en les ocupacions determinessin la morbiditat i mortalitat, les quals va classificar en cinc categories¹⁸. Per poder corregir les desigualtats efectuava vint-i-set recomanacions, posant més èmfasi en les polítiques socials que en les mèdiques. A conseqüència del debat i l'impacte generat, i a contracor per part del govern conservador, es van posar en marxa algunes de les recomanacions efectuades. Aquest informe va propiciar que també altres països en realitzessin. A l'Estat Espanyol, seguint el Black Report, el govern va encarregar un informe sobre Desigualtats Socials en Salut (DSS), que es publicà el 1996 a la *Revista Española*

¹⁷ Douglas Black va realitzar el treball a petició del govern laborista el 1977, quan el va presentar al govern britànic hi havia els conservadors de M. Thatcher que van ometre el treball en un primer moment. Quan més tard es van veure obligats a reconèixer-lo i publicar-lo van canviar la paraula "desigualtats en salut" per la de "variacions en salut".

¹⁸ Les 5 categories ocupacionals són les següents:

- 1. Alts directius administratius i d'empreses, professionals, doctors, dentistes, advocats, notaris.
- 2. Directius entremetjors administratius i empresarials, professionals, professors, pagesos.
- 3. Aquesta categoria la va dividir en dues parts, per una banda els "no manuals" com els oficinistes, supervisors rasos, policies, botiguers etc., però amb habilitats manuals; i per una altra els "manuals" com electricistes, mecànics, fontaners, etc.
- 4. Els empleats que requereixen poques habilitats manuals i els camioners.
- 5. Sense habilitats manuals, com netejadors i obrers.

de *Salud Pública* (Navarro & Benach 1996). Fou anomenat "l'Informe Navarro" per ser el principal autor i coordinador. A diferència de la Gran Bretanya, l'informe no va tenir impacte mediàtic ni va generar debat.

Per últim, mencionar el treball que Marmot & Wilkinson van publicar el 1996 sobre els determinants socials de salut, on defensen que el control individual de la salut està fortament condicionat per circumstàncies socials i econòmiques; ho anomenen els “fets irrefutables” (*solid facts*). Són factors que condicionen la salut, afavorint-la en sentit positiu o negatiu, comporten més malalties i, fins i tot, la mort (Marmot & Wilkinson, 2006 [1996]). Els fets irrefutables que assenyalen són els següents:

- El gradient social; els individus que estan en els estrats socials més baixos tenen el doble de risc de patir malalties greus i mort prematura.
- L'estrès, els estats d'ansietat, inseguretat, baixa autoestima o aïllament social.
- Els primers anys de vida són decisius per la salut al llarg de la vida.
- L'exclusió social, la privació material i els problemes socials i psicològics de viure en la pobresa.
- El treball; les persones que tenen més control sobre el seu treball estan més sanes; poc control comporta més risc de malaltia.
- L'atur, els problemes materials, financers i psicològics.
- El suport social, l'amistat, les bones relacions socials i unes sòlides xarxes de suport milloren la salut.
- Les addiccions a drogues o alcohol
- Els aliments, l'escassetat i la no varietat contribueixen negativament.
- El transport, caminar i utilitzar menys el transport milloren la salut.

2.3.2. Social support-stress-disease

En les últimes dècades s'ha produït un interès creixent, en diferents àrees del coneixement, sobre com afecten les relacions i vincles socials en la vida de les persones, és a dir, entre allò biològic i allò social; és el què s'ha anomenat suport social o integració social. Per Jacobson (1987) el concepte de xarxa de suport és el conjunt de relacions socials de les quals l'individu n'obté suport. El camp de la salut és dels que pren més rellevància en l'estudi d'aquesta àrea, posant en evidència els beneficis o perjudicis que les xarxes de suport tenen en els individus. La teoria del *support-stress-disease*, tal com es coneix, es pot considerar un paradigma que

contempla la malaltia de manera complexa, en la qual hi intervenen factors socials i biològics, contempla la multicausalitat com a factor per emmalaltir.

El sociòleg francès Émile Durkheim, en la seva obra "*El Suicidio*" (2003)[1897], va ser un dels primers a demostrar que dins de la societat occidental, els fets socials i les seves connexions poden incidir de manera poderosa en la vida de les persones. Durkheim defensa que el suïcidi té les arrels i es pot explicar per raons socials, que no són raons sempre purament individuals. Mostra com en les societats de religió anglicana la taxa és més elevada que en les de tradició catòlica i mediterrània:

"Es la constitución moral de la sociedad la que fija en cada instante el contingente de las muertes voluntarias. Existe pues, para cada pueblo una fuerza colectiva, de una energía determinada, que impulsa a los hombres a matarse. Los actos que el paciente lleva a cabo y que, a primera vista, parecen expresar tan solo tu temperamento personal, son, en realidad, la consecuencia y prolongación de un estado social, que ellos manifiestan exteriormente (...). Son esas tendencias de la colectividad las que, penetrando en los individuos, los impulsan a matarse" (Durkheim, 2003, p. 326).

També Cobb (1976) mostra com un suport social adequat pot atenuar i protegir en diversos processos patològics com en la tuberculosi, l'artritis, la depressió, l'alcoholisme o les malalties psiquiàtriques, així com reduir les necessitats de medicació. Cassel (1976) relaciona la influència que pot tenir el suport social en el sistema endocrí i en la susceptibilitat de la persona a l'exposició als agents patògens ambientals. Kaplan & Cassel (1977) també relacionen el suport social com a factor protector de la salut. Jacobson (1987) sosté que bona part dels estudis de suport social deriven de les investigacions sobre les relacions entre estrès i salut, en com afecta l'estrès en la salut.

Un dels estudis pioners sobre suport social va ser el que va dur a terme Berkman en el comtat d'Alameda (Califòrnia), el qual va ser un punt de partida per altres posteriors amb resultats similars. En aquest treball, Berkman en una mostra aleatòria va entrevistar 6.928 persones sobre el seu estat de salut i la seva xarxa social, realitzant-ne un seguiment durant nou anys. I una vegada descartats factors com l'edat, el nivell socioeconòmic, la ingesta d'alcohol, l'activitat física o l'utilització dels serveis sanitaris, conclouen que les persones amb pocs vincles i contactes socials tenien més probabilitats de morir i d'emmalaltir (Berkman & Syme, 1979; Berkman, 1984).

Seeman mostra com les relacions socials i els factors estressants que se'n deriven poden incidir en forma de malalties en els sistemes endocrí, cardiovascular i immunològic, és a dir, la relació entre allò social i allò biològic:

"At this time, the strongest evidence for the effects of social integration on health, (broadly defined) appears to be the evidence for the protective effects of social integration in reducing mortality risks (...). Available data indicating links between social support, patterns of physiologic regulation, and response to challenge also are consistent with the hypothesis of fairly generalized effects of social support on a range of physiologic systems, including immune, neuroendocrine, and cardiovascular activity" (Seeman, 1996, p. 449).

Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris & Stephenson (2015) en una revisió de metaanàlisi també conclouen que l'aïllament, la soledat, viure sol i els pocs vincles socials són factors que predisposen a la morbiditat i mortalitat si es viuen negativament.

D'altra banda, Jacobson (1987) defensa que mesurar el grau de suport que es rep pot ser problemàtic, atès que el suport social té varies dimensions, com el context cultural i social, el temporal, la personalitat i altres de personals. Aquestes circumstàncies o necessitats comporten que el significat i les interpretacions de la manera de percebre'ls donadors i els receptors pot ser diferent, la qual cosa s'ha de tenir en compte. Per valorar-ne el grau, Jacobson distingeix entre suport verdader i percebut, entre dimensions objectives o subjectives segons altres autors.

Existeixen diferents tipologies de suport, però bàsicament es classifiquen en tres, (Fernández, 2015). Les tipologies que exposa Fernández són: *suport emocional*: és aquell que fa referència a sentir-se proper, valorat i acceptat per algunes persones amb les quals hom pot parlar d'un problema, que inclou l'escolta atenta per part de l'Altre (aquí el manteniment de l'autoestima és un factor important); *suport informacional*: és el procés en què unes persones donen informació, assessorament i orientació (les xarxes socials poden complir aquesta necessitat); i *suport instrumental*: també anomenat tangible o material, pot ésser ajudar a les activitats de la llar, cuidar dels nens o ajudar en el transport.

2.4. EL SISTEMA MÈDIC OCCIDENTAL I LES PROFESSIONS SANITÀRIES

El sistema sanitari es basa en el model biomèdic, també anomenat medicina al·lopàtica, tradicional, científica, occidental, formal, moderna, oficial, ortodoxa, cosmopolita o hegemònica. Al llarg del segle XX la biomedicina ha esdevingut hegemònica oficialment en el camp del coneixement i tractament de la salut i la malaltia, especialment en el món occidental. En els últims decennis ha creat moltes

especialitats noves, principalment lligades al camp anatòmic/biològic, com la epidemiologia, la salut pública i comunitària o la genètica; també relacionades a les diferents fases de la vida: infància, adolescència, reproducció o vellesa¹⁹. Però no només mèdiques, com ja assenyalava De Miguel (1976): la tendència ha estat i segueix sent la de crear especialitats abastant altres camps de coneixement. En els últims anys la mirada s'està posant en el camp social. Encara no són especialitats però se'ls dona valor a l'economia i administració de la salut, a la política sanitària, a la medicina social, a la medicina psicosomàtica, a la psicologia de la salut i psicoanàlisi, a la bioètica o a l'antropologia mèdica. També, els estudis de formació professional sanitaris han seguit la mateixa dinàmica amb la creació de molts nous programes d'estudi.

2.4.1. El model biomèdic hegemònic

Foucault (2007) fixa la data de naixement de la medicina moderna cap a les acaballes del segle XVIII o principis del XIX, coincidint amb l'inici del mètode anatomoclínic. En aquest moment, les autòpsies en cadàvers esdevenen el centre a la medicina, es creu que si es coneix allò mort es podrà comprendre allò viu. S'admet que les lesions i les alteracions funcionals dels òrgans interiors expliquen els símptomes i són els responsables de les malalties: en aquest moment l'anatomia patològica funda la clínica. Aquesta visió comporta que el mal esdevingui visible i que la mirada mèdica pugui localitzar i classificar la malaltia dins el cos del malalt. En aquest moment la mirada mil·lenària abandona el patiment de les persones i es centra en tot allò classificable i analitzable. Seguint amb Foucault, aquí també s'inicia la professionalització moderna de la medicina, es regulen els estudis i es converteix en una professió lliberal; seguint les normes d'Adam Smith, el metge ha de cobrar pels seus actes allò que val. També en aquesta època els hospitals deixen de ser benèfics, passen a servir els interessos militars en primera instància i a ser institucions al servei del govern; d'aquesta manera es manté a les persones en condicions òptimes per a ser productives als interessos i demandes de la incipient societat industrial i militar. També es comença a apartar la malaltia del seu medi natural, que és el domicili, i es traslladen els malalts a un lloc aliè com és

¹⁹ Actualment a l'Estat Espanyol hi ha 58 Programes Formatius d'Especialitats en Ciències de la Salut segons el Ministeri de Sanitat i Seguretat Social i Igualtat, i altres en procés de creació. La medicina compta amb 47 especialitats; farmàcia amb 7; biologia i bioquímica amb 5; química amb 4; 1 especialitat en física (radiofísica. Radiofarmàcia es cursa amb els estudis de farmàcia, química, biologia o bioquímica). Infermeria disposa de 6 especialitats. Disponible a: <http://www.msps.es/profesionales/formacion/guiaFormacion.htm>

l'hospital, cosa que va contribuir a fer més ampla la distància entre la medicina i el saber popular (Foucault, 2007).

El mètode anatomoclínic va deixar pas al paradigma bacteriològic al llarg del segle XIX arran dels descobriments de Robert Koch i Louis Pasteur, com a més destacats en el camp de la microbiologia, consolidant-se la teoria microbiana de les malalties. Aquí s'inicia la medicina de laboratori, els descobriments ja no es realitzen en el mateix malalt sinó en els laboratoris. Les teories de Koch i Pasteur van contribuir de manera decisiva en la consolidació de la teoria de la unicausalitat. No obstant, Koch i Pasteur varen tenir fortes discussions amb altres biòlegs de l'època, com Bechamp, els quals defensaven la multicausalitat. Bechamp i altres autors posaven l'èmfasi en el terreny, és a dir, en el cos, i no en el microbi, defensaven que quan el cos no està en condicions òptimes, emmalalteix; per tant, el microbi té una importància secundària, no és la causa principal. Conseqüentment, el tractament canvia radicalment: un requereix cuidar persona i l'altre administrar productes químics i de laboratori, amb la qual cosa en surten beneficiades les indústries, cosa que ells denunciaven.

Sense deixar l'era microbiològica –que encara actualment està fortament arrelada– a partir de la segona meitat del segle XX entrem en l'era de la biologia molecular i l'era genètica. L'any 1953 James Watson i Francis Crick van donar a conèixer els treballs sobre l'estructura de la molècula de doble hèlice de l'àcid desoxiribonucleic (ADN), i la capacitat de codificar la informació. Amb aquests descobriments de la biologia molecular es creia que es tenia la clau per entendre els secrets de la vida des de la creació de l'univers fins als nostres dies, també s'obriren les portes a la manipulació de la informació que conté la cèl·lula i de l'enginyeria genètica o biotecnologia. Martínez (2008) considera que ja no es tracta d'interpretar l'ordre de la vida, sinó de reprogramar aquest mateix ordre, així, la biologia molecular a més de ser un sistema *de la* realitat passa a ser també un sistema *per la* realitat. Es generalitza la creença que amb aquests descobriments es té la clau pel tractament de totes les malalties, que totes es podran estudiar i tractar de manera personalitzada.

Uns altres aspectes que han estat cabdals en el sistema sanitari biomèdic modern és la salut pública i la medicina preventiva. En la Declaració d'Alma-Ata l'any 1978, es van posar les bases del què haurien de ser les polítiques de tots els governs en el futur pel què fa a la salut de la població. Com a primera instància s'havia de

fomentar la promoció de la salut i la necessitat de dedicar més recursos a la salut comunitària. Aquí va sorgir la frase “Salut per tots l’any 2000”. Les principals metes que s’hi van proposar van ser:

- La promoció d’estils de vida dirigits i fent incís en l’educació.
- La promoció, la prevenció i la curació de les malalties.
- L’establiment de serveis de salut dirigits a l’atenció propera a les persones.
- Es declaren inacceptables les desigualtats de salut a nivell mundial, instant als governs a reduir-les.
- Buscar la implicació de tots els camps professionals, no sols de la medicina.

Aquesta declaració pretenia que els hospitals deixessin de ser el centre de l’escena sanitària i els únics referents de la salut. L’objectiu era que passessin a ser centres secundaris de tractament de la malaltia quan ja estava establerta, i es posés l’èmfasi en el camp de la salut primària i preventiva.

A partir de 1990 hi ha unanimitat en què s’ha de promocionar la salut i la “Nova Salut Pública” ha de tenir l’enfocament comunitari, aspectes recollits en la Carta d’Ottawa²⁰(1986). Alguns dels punts més importants són:

- Establir una política pública saludable
- Crear entorns que donin suport a la salut
- Enfortir l’acció comunitària per a la salut
- Desenvolupar les habilitats personals
- Reorientar els serveis sanitaris cap a la salut
- Potenciar la justícia social i l’equitat

La Carta d’Ottawa pretenia incidir en les polítiques sanitàries, atès que considerava que la salut és el resultat de les cures que hom es dispensa a si mateix i als altres, la capacitat de prendre decisions i el control de la pròpia vida, així com que la societat asseguri a tots els membres la possibilitat de gaudir de bona salut. Un punt que destaca és que la salut es crea i es viu en el marc de la vida quotidiana, i això implica també els centres d’ensenyament, de treball i de lleure. Com que el sector sanitari no pot proporcionar totes les condicions favorables per a assegurar la salut, es va instar que s’impliquessin els governs, els sectors socials, els econòmics i els mitjans de comunicació.

Tanmateix, el model biomèdic no ha estat exempt de crítiques per part de molts autors, com Menéndez (1983, 1988, 2005b), Illich (1975) o Freidson (1978). Eduardo Menéndez entén el MMH com:

²⁰ Font: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

"Por MMH entiendo el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado" (Menéndez, 1988, p. 451).

Menéndez (1983) sosté que el MMH s'ha anant beneficiant del model econòmic capitalista, excloent tots els altres models d'atenció. A més, aquest fet ha succeït tant en els països capitalistes metropolitans com en els capitalistes dependents o en els de l'anomenat "socialisme real", arribant a introduir-se en els llocs més remots del planeta. A més, planteja com en els nivells de decisió, ja siguin estatals, concertats o privats, els conflictes que apareixen tendeixen a ser resolts de manera que afavoreixin els processos i interessos de producció i reproducció econòmica i política, reforçant l'hegemonia del MMH. Per Menéndez la constitució del MMH va ser un producte de les necessitats assistencials i ideològiques del sistema capitalista i impulsades pels estats. En aquest sentit, Illich (1975) afegeix que aquesta expansió arreu de la medicina institucionalitzada s'ha convertit en una greu amenaça per la salut, pel control que exerceix sobre les persones, i que l'assistència institucionalitzada provoca, precisament, la negació de la salut i treu poder a les persones. Una de les característiques de la biomedicina per a assolir aquests objectius, és la constant, tot i que intermitent, modificació i canvi, i no la seva immobilitat. Però, no solament ho és en relació a les transformacions tècniques i científiques, sinó també en les maneres com s'organitza i intervé tant tècnica, econòmica, social com professionalment (Menéndez, 2005b). Navarro (1979) ha estudiat les interrelacions entre la biomedicina/sistema sanitari i el sistema capitalista en els països capitalistes, i sosté que d'aquestes relacions en surten beneficiades sobretot les classes benestants i poc les més desafavorides.

Una altra de les crítiques que més sovint ha rebut el MMH és que, malgrat els avenços de la medicina, han augmentat les malalties cròniques i degeneratives, han aparegut noves patologies i se n'han incrementat altres relacionades amb les condicions macrosocials i ocupacionals. Aquest fracàs del MMH per donar respostes adequades i efectives, tant a nivell preventiu com curatiu, Menéndez el posa de relleu en els estudis sobre l'alcoholisme a Mèxic –que ja hem vist en un apartat anterior–, on mostra les limitacions del MMH per donar resposta a les addiccions, en aquest cas, a l'alcohol (Menéndez, 1983, 2005b).

Menéndez assenyala tres submodels dins del MMH: el model privat, el model mèdic corporatiu públic i el model corporatiu privat. Tanmateix, no ho són en relació als seus postulats científics o professionals, sinó en els aspectes econòmics. L'autor sosté que tots els models d'atenció presenten unes determinades característiques. En l'apartat anterior hem vist les del model d'autoatenció i del model alternatiu; les que l'autor assenyala en relació al MMH són les següents:

"Biologismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud como mercancía (en términos directos e indirectos), relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los consumidores en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, legitimización jurídica y académica de las otras prácticas "curadoras", profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos, tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las que "medicaliza", normatización de la salud/enfermedad en el sentido medicalizador, tendencia al control social e ideológico, tendencia inductora al consumismo médico, tendencia al dominio de cuantificación sobre la cualidad, tendencia a la escisión entre teoría y práctica correlativa a la tendencia de escindir la práctica de la investigación" (Menéndez, 1983, p.5).

2.4.2. La professió mèdica

Els inicis de la professió mèdica tal com està estructurada actualment se situen a finals del segle XIX i principis del XX en els EUA, on, en aquell moment hi havia diversitat d'ocupacions dedicades a la curació de malalties, però no n'hi havia una de sola identificada com *la* medicina, el que implicava que les teràpies també eren diverses, i hi havia heterogeneïtat de teories i recursos terapèutics. De manera paral·lela, també hi havia un gran nombre d'escoles de medicina i de metges. Freidson defensa que aquest fet no era casual, sinó que obeïa a raons estratègiques:

"Hacia fines del siglo XIX, no sólo había una enorme cantidad de "doctores" en los Estados Unidos, sino también una enorme confusión enfermizamente calculada para que el público asimilara y se convenciera de los avances científicos del siglo, o para ganar su confianza incondicional" (Freidson, 1978, p.37).

L'any 1908 la Fundació Carnegie va encarregar un informe conegut com *l'Informe Flexner*, l'objectiu era conèixer la situació de les escoles de medicina als EUA. L'informe constava de dues parts. La primera feia una anàlisi històrica dels estudis i unes recomanacions per a implementar un nou pla d'estudis que el dividia en dues parts: els primers dos anys es dedicarien a l'estudi de les ciències bàsiques i els dos últims a l'ensenyança clínica. La segona part de l'informe feia una descripció de totes les escoles existents, recomanava quines eren aptes per a seguir ensenyant i quines no complien els requisits. El resultat final de l'informe va ser el

tancament de gairebé la meitat de les escoles. L'estructura dels actuals estudis de medicina tenen aquí el seu origen.

L'Informe Flexner ha estat polèmic, ha tingut tant defensors com detractors. Per Narro-Robles (2004) va suposar un mecanisme reordenador dels estudis de medicina, aplaudeix el tancament de les escoles que suposadament no complien els requisits i el considera una milloria radical per la medicina. En canvi, Berliner (1988) destaca com en aquell moment als EUA estaven agafant auge altres escoles, en especial les escoles i investigacions en homeopatia amb bons resultats, però això no va impedir que fossin tancades arran de l'informe. Altres com la osteopatia també es van tancar i relegar a un segon pla²¹. Per Berliner (1988), els paràmetres que es van fer servir pel tancament de moltes escoles van ser subjectius, arbitraris i no quedaven clars. També defensa que no són clars els motius per què la Fundació Carnegie va encarregar aquest informe, ni per què la Fundació Rockefeller va donar suport a la instrumentalització de les seves recomanacions. El resultat va ser que, fruit d'aquesta remodelació, la biomedicina va ser l'única beneficiada i potenciada. Per Freidson (1978) la conseqüència d'aquests canvis va ser un control sobre la pràctica de la curació com mai abans n'havia gaudit la medicina. En un sentit semblant s'hi refereix Pinzón (2008), que, defensa que tota la proposta de l'Informe Flexner es va centrar en el rol del metge, posant l'èmfasi en la curació de la malaltia, instaurant com a fonamental i gairebé única la dimensió anatòmica i biològica. Segons el mateix autor, aquest fet ha comportat la posterior súper especialització mèdica, on el cos cada vegada s'ha dividit en parts més petites, descontextualitzant-lo de l'ésser subjecte que és amb totes les seves dimensions.

Freidson (1978), també sosté que fins a principis del segle XX totes les ocupacions dedicades a la salut i la malaltia eren autònomes en les seves decisions, i la professió mèdica les va absorbir, desterrar o fer desaparèixer. Amb les que va absorbir va instaurar la divisió del treball dins la medicina, es van crear les professions paramèdiques per donar-li suport, on cada una té adjudicades unes funcions determinades, però sempre sota el seu control i ordres; és a dir, subordinades, el que implica que no tenen autonomia, responsabilitat, autoritat ni prestigi. D'aquesta manera, la professió mèdica es va poder erigir en el centre del sistema. Entre les professions paramèdiques hi ha diferents graus de tècnics i

²¹ A principis del segle XX als Estats Units va arrelar amb èxit la osteopatia com una alternativa a la biomedicina, la qual defensava que les malalties són causades per una integritat estructural i corregint-la es pot recuperar la persona.

auxiliars, i com a principal hi ha la professió infermera; tanmateix, l'autor defensa que hi té un status especial i no exempt de problemàtica²².

A més, Freidson (1978) introdueix dos conceptes essencials per a entendre la professió mèdica: "definitiva i autoritzada". "Definitiva" en el sentit que, el fet d'haver apartat a totes les altres professions de l'escena diagnòstica i terapèutica, es presenta com l'única que pot donar explicació a tot allò que té relació amb la salut i la malaltia. Considera que el coneixement sobre la malaltia i el seu tractament només incumbeix i n'està capacitada la professió mèdica. "Autoritzada" perquè s'ha dotat dels mecanismes legals i socials que l'avalin per dur a terme el coneixement definitiu en què ella mateixa s'ha erigit. Aquest status la converteix en autònoma dins la societat i, a la vegada, aquesta li dóna poder i legitimitat per encapçalar l'organització sanitària. Això vol dir que les professions sanitàries o paramèdiques no tenen legitimitat per elles mateixes, sols en funció de la seva dependència i subordinació a la professió mèdica, atès que és la que controla i organitza el treball de totes elles.

La característica més fonamental de la professió mèdica és la seva autonomia i la seva autoregulació professional. Té el privilegi d'haver assolit el control sobre ella mateixa, cedit per l'estat; i a més, cap altre coneixement o professió li discuteix les seves pràctiques (Freidson, 1978). Un dels privilegis és que fa d'àrbitre al voltant dels nous descobriments i de la seva aplicació, decidint sols ella si són vàlids, si s'apliquen i com s'apliquen; és a dir, controla la seva labor i els seus límits. Aquests privilegis els ha assolit de tal manera que no té parangó en cap altre professió: cap altra té veu única i sense discrepàncies al seu voltant²³.

Altrament, Illich (1975) defensa que la professió mèdica és la manifestació en un sector determinat del control que han adquirit unes elits universitàries²⁴, i com la

²² Altres professions com farmàcia o optometria no van ser completament integrades en aquesta divisió paramèdica, mantenint-se parcialment independents.

²³ Freidson (1978) justifica el privilegi en tres proclames: 1) el grau de coneixement i perícia no admet que altres professionals puguin avaluar-lo; 2) reivindica que els professionals són responsables i treballen conscientment sense supervisió; 3) confia que la mateixa professió es fa càrrec de les accions regulatòries quan un professional, rarament, no compleix amb el seu treball de manera competent i èticament. Així, ha de succeir un fet molt greu o disputes internes perquè un professional sigui denunciat pels propis companys.

²⁴ Freidson (1978) i Rodríguez (1981) sostenen que els metges són agents d'estratificació social i la majoria prové de les classes mitjanes i altes. Això ha contribuït a la seva independència, ha propiciat l'individualisme social i econòmic, i la dignitat de classe. Segons Rodríguez (1981), a l'Estat Espanyol a la dècada dels anys 80 sols un 6% dels estudiants de medicina provenien de les classes treballadores. Rodríguez & De Miguel (1990) expliquen l'evolució de la professió mèdica a l'Estat espanyol en la segona meitat del

societat els hi ha transferit el dret exclusiu de determinar què és malaltia, permetent-los el poder d'influir en les polítiques en benefici dels seus interessos, tant col·lectius com particulars. A més, Freidson (1978) assenyala que la medicina és l'única de les ocupacions tradicionals que ha tingut una connexió sistemàtica amb la ciència i la tecnologia, a diferència d'altres com el dret o la religió, amb les que compara. Segons el mateix autor és la professió que, amb molta diferència, més especialitats ha desenvolupat, més relació té amb la tecnologia i més tècnics ha creat al seu voltant, amb el fi de diagnosticar i tractar les malalties de la "Humanitat", superant a totes les altres en importància. Illich (1975) defensa que el jutge determina què és legal i qui és culpable, el sacerdot declara què és sagrat i qui ha trencat un tabú, i el metge decideix què és un símptoma i qui es troba malalt.

Així, la professió mèdica s'ha erigit com a monopoli absolut per a tractar les malalties, anul·lant a tots els altres que li fessin competència (Illich, 1975; Freidson, 1978; Menéndez, 1983, 1988). Conseqüentment, ha esdevingut hegemònica entre les professions de la salut, i ho ha fet de manera global en els termes hegemònics que defensa Gramsci. Ha obtingut consens entre totes les professions que han acceptat la subordinació, l'asimetria, l'autoritarisme i la interiorització dels seus postulats, fent-los també seus i ajudant-los a expandir.

2.4.3. La professió infermera

En català la paraula infermera deriva del català antic *infirm*, que significa *malalt o flac*; en castellà té la mateixa l'arrel en *infirmetas*. En canvi, en anglès *nurse* té els orígens en el llatí *nutrire*, nodrir. Les dues paraules defineixen bé els orígens i la professió infermera: cuidar el malalt i nodrir-lo. Aquest rol de cuidadora ha estat exempt de prestigi i allunyat del poder en contraposició al rol masculí de sanador, lligat al poder i envoltat de prestigi.

Siles (1999) des de la perspectiva de la història social, fa una anàlisi de les cures en la salut des de la prehistòria fins a l'actualitat, mostra com al llarg de la història la dona ha estat l'encarregada de dur-les a terme dins el grup domèstic; no han estat un ofici ni una professió com a tals, llevat de moments en que han tingut un paper

segle XX, com es va introduir en tots els racons de la societat i es va fer un lloc en les decisions i estructures d'estat. Segons els mateixos autors, el govern socialista després de la dictadura va intentar una reforma sanitària més orientada a les necessitats de la població, però va fracassar i es van imposar les tesis dels estaments mèdics més conservadors.

més rellevant, com ara en els períodes bèl·lics. Domínguez-Alcón (1981), des d'una perspectiva sociohistòrica, estudia la naturalesa de les cures com activitat social vinculada a la distribució sexual del treball, on mostra com les dones al llarg de la història no podien exercir les funcions de sanadores, reservades a la figura masculina dels fetitxes, xamans, sacerdots o metges. Alhora, les dones coneixien bé els remeis naturals o tècniques que aplicaven, com els purgatoris, els emplastres, els cataplasmes, els rentats amb solucions especials, l'alimentació adequada pels malalts, els beuratges, les infusions o les tècniques per a fer baixar la febre. Com diu Domínguez-Alcón: "tanmateix hi havia dones sàvies, bruixes o sanadores que posseïen remeis experimentats durant anys i anys d'ús" (Domínguez-Alcón, 1981, p.18)²⁵.

Com deia, els conflictes bèl·lics i les guerres han anat lligats a les cures, i en aquests moments han tingut un caire més professional. En aquest sentit, Florence Nightingale es considera que va marcar els inicis de la professió infermera en l'era moderna, sobretot per la seva aportació en la Guerra de Crimea en la dècada de 1850, en què va traçar una nova tendència en les cures infermeres²⁶. Un altre punt important de professionalització de les cures el descriu Siles (1999): l'autor assenyala que en el segle XIX les lluites de classes socials i el feminisme, en el marc de la societat reformista que estava millor preparada pel capitalisme, va propiciar que les activitats domèstiques experimentessin un procés de professionalització. Els nous aires econòmics i socials que transformaven la societat van professionalitzar tasques tradicionalment femenines en feines remunerades, com el cas de les cures. Continuant amb Siles, els canvis socials de finals del segle XIX i principis del XX en què la tecnologia es començava a imposar, varen propiciar que es plantegés la qüestió –sobretot per part dels metges– de qui era preferible per a realitzar les cures, si una infermera religiosa o una laica. En aquest moment, els

²⁵ Les dones tradicionalment han estat bones coneixedores de les herbes remeieres que han aplicat per a *molts mals*. A Catalunya les "trementinaires" en són un exemple, dones que podríem considerar a mig camí entre els oficis de cuidadora, metge i farmacopea, aquestes dones coneixien bé les herbes i remeis ancestrals que havien adquirit per transmissió oral. Com activitat econòmica es va iniciar en el segle XIX en les comarques de muntanya de Catalunya; tractaven les herbes i elaboraven remeis, després elles mateixes recorrien el país venent-los. Actualment en el poble de Tuixén hi ha un museu dedicat a les trementinaires i als remeis naturals.

²⁶ Les necessitats de la Guerra de Secessió dels EUA, 1861-1865, i la Guerra Hispano-Nordamericana el 1898 van contribuir a la formació d'infermeres, donant un impuls a la professió. Les autoritats americanes van crear un cos estable d'infermeres, Siles (1999). Un exemple més proper és la Guerra Civil espanyola que va comportar una expansió accelerada de la professió en el nostre país (Domínguez-Alcón, 1981).

metges preferien professionals més competents tècnicament, i veien en les infermeres laiques aquesta característica.

Altrament, Freidson (1978) defensa que les infermeres en les ordres monàstiques donaven cures en els domicilis de manera bastant independent del metge, incloent-hi objectius espirituals. Aquestes cures que donaven les monges eren respectades, i els impulsos caritatius i religiosos dignificaven el que era un treball brut; en canvi, no eren entrenades especialment en treballs tècnics, el que més diferenciava les infermeres seglars de les monàstiques era el seu respecte públic. El mateix autor defensa que a finals del segle XIX les infermeres eren una ocupació madura, que requeria intel·ligència i destresa en l'execució de les ordres mèdiques, i que havia suscitat la pregunta de "si eren subordinades o si donaven respostes intel·ligents a les instruccions". Segons Freidson, la divisió del treball mèdic i l'aparició de les professions paramèdiques, va ser el que va fer la professió infermera especialment subordinada a la mèdica.

En el segle XIX apareixen varis manuals per instruir a les infermeres (Domínguez-Alcón, 1981), però no és fins a l'any 1917 que s'obre la primera escola a Catalunya: l'Escola d'Infermeres de la Germandat de Santa Madrona a Barcelona. A Catalunya es creen escoles pioneres amb una formació de prestigi, com són l'Escola d'Infermeres Auxiliars de Medicina de la Mancomunitat de Catalunya i l'Escola de Santa Madrona, però són clausurades el 1923 per la dictadura de Primo de Rivera. L'escola de la Mancomunitat torna a obrir després de la instauració de la Segona República, per tornar a tancar durant la Guerra Civil (Siles, 1999).

L'obertura de les Escoles d'Infermeria es produeix quan la gestió dels hospitals deixa d'estar a càrrec de l'església i passa a ser-ho dels municipis o estats, i les cures passen d'estar estretament lligades a l'església a estar-ho a la medicina. Domínguez-Alcón (1981) defensa que els patrons que prevalen en les infermeres en aquesta època són "la caritat, l'abnegació i saber poca cosa", aquest *saber poca cosa* s'ha d'interpretar, sobretot, en el sentit de no prendre iniciatives. Segons la mateixa autora les infermeres havien de ser "unes col·laboradores eficaces, però persones submises, obedièntes i subordinades" de manera total i absoluta al metge, i, alhora, havien de conservar els valors religiosos que imperaven a l'època. Malgrat tot, l'obertura d'escoles d'infermeria són una oportunitat per la dona, que pot accedir al mercat laboral amb una professió que esdevé digna i respectable, on s'exalten els valors espirituals de l'època i l'altruisme; tanmateix, per la seva

condició de subordinació a la figura masculina i de poder del metge, no trenca els esquemes socials imperants a l'època.

En la dècada del 1940 es creen els Col·legis Professionals d'Auxiliars Sanitaris, i s'aprova l'Estatut de les Professions Sanitàries i dels Col·legis Oficials d'Auxiliars Sanitaris, es diferencien les professions en practicant, llevadora i infermera, i es defineixen les seves funcions i competències. El 1954 es dissolen els Col·legis Professionals de Practicants, de Llevadores i d'Infermeres, i es crea el Reglament del Consell General d'Auxiliars Sanitaris amb 3 seccions: infermeria, practicants i llevadores. Segons l'apartat del Codi de Moral dels estatuts:

"Els col·legiats han de tenir la màxima lleialtat al metge i llur missió és de ser els seus col·laboradors més fidels, talment que en tot se sotmetin a la seva orientació i criteri i s'abstinguin de tota mena de crítiques i de comentaris" (Domínguez-Alcón, 1981, p. 142).

A partir de la dècada dels seixanta es dona un pas més cap a la professionalització. Sota la denominació d'Ajudant Tècnic Sanitari (ATS) s'unifiquen els estudis de practicant, infermera i matrona, que passen a ser tècnics de grau mig. Dins la nova professió infermera hi havia les especialitats de matrona i de fisioterapeuta de dos anys de durada. L'any 1977 hi ha una altra remodelació i els estudis passen de ser tècnics a ser Diplomats Universitaris en Infermeria (DUI), cursant-se en una escola adscrita a una universitat; fisioteràpia esdevé una professió autònoma, i matrona continua com especialitat infermera²⁷.

Amb el Procés de Bolonya i la creació de l'Espai Europeu d'Ensenyament Superior a principis de la dècada del 2000, els estudis d'infermera i altres de les ciències de la salut queden equiparats amb les llicenciatures universitàries. A partir d'aquest moment esdevenen estudis de grau universitari amb els corresponents màsters i doctorats. Aquest fet ha significat un avenç acadèmic per les professions sanitàries. Conseqüentment, els estudis d'infermera que estaven sota les directrius mèdiques fins aleshores passen a ser organitzats i impartits per les pròpies infermeres.

²⁷ Segons Macia (2001) del 1957 al 1980 la titulació de ATS tenia nou especialitats: matrona, fisioteràpia, radiologia i electrologia, podologia, pediatria i puericultora, neurologia, psiquiatria, anàlisis clíniques, i urologia i nefrologia. Actualment a la professió n'hi ha set: llevadora (matrona), infermera en salut mental, infermera del treball, infermera geriàtrica, infermera pediàtrica, infermera familiar i comunitària, i infermera de cures medicoquirúrgiques. Es troben en diferents fases de desenvolupament, però cap és requisit per a exercir (ni preveu ser-ho a mig termini), excepte la de llevadora (LLIR, Llevadora Interna Resident).

2.4.4. Els estudis universitaris compartits

Good (2003) defensa que els estudis de medicina modulen els estudiants cap a una determinada manera d'entendre el món i d'actuar que inclou tots els aspectes com veure, escriure o parlar d'una determinada manera, la qual cosa propicia que es percebin dos móns diferents: un a l'inici dels estudis i l'altre al final. Un dels moments clau pels estudiants de medicina són les pràctiques de laboratori i, en especial, el pas per les sales de dissecció de cadàvers (Good, 2003; Sirvent, 2013). Aquí es generen tot tipus de sensacions, es barreja allò conegut davant d'allò desconegut i inexplorat anteriorment, aquí és on la medicina comença a construir de manera molt significativa el seu objecte i relat. Foucault (2007) també destaca la importància de la dissecció de cadàvers que a finals del segle XVII va donar lloc al naixement de la medicina moderna. El pas per aquestes sales és un "pas ritual" pels estudiants a l'estil del que defensa Arnold Van Gennep (2008), atès que els porta de ser neòfits a ser entesos i vers un nou estatus professional; és també el moment en què s'inicia l'empoderament mèdic (Good, 2003; Sirvent, 2013)²⁸.

El cos físic, anatòmic i biològic és l'eix principal d'estudi de les professions sanitàries, el seu objectiu és considerar la persona com un cos compost de peces diferents:

"El cuerpo anatómico es el lugar donde se configura y se sustenta el modelo médico. En el caso de las disciplinas observadas, de manera común en la primera etapa formativa, el cuerpo se estudia, morfológicamente, desde una perspectiva regional. Con múltiples accidentes geográficos como: hemisferios, cavidades, surcos, canales o prominencias" (Sirvent, 2013, p. 85).

Realitzar pràctiques en un cos estirat i inert com els maniquins, constitueix un món nou i diferent de la noció de cos com a categoria cultural compartida que es tenia abans d'ingressar a la universitat, noció que es va abandonant i deixa pas a una visió amb nous significats que implica la conveniència de relacionar-se amb el cos de manera diferent (Sirvent, 2013; Good, 2003). Good descriu com alguns estudiants, quan es troben pel carrer amb coneguts, poden passar a veure'ls com a anatomies i no com a les persones que realment coneixen; aquest fet al principi pot provocar idees aterrades en alguns d'ells.

²⁸ Aquest pas de ritual, Sirvent (2013) l'exemplifica amb la sorpresa que va tenir en el període observacional quan, en el primer dia de pràctiques dels estudiants de primer curs de medicina, a l'entrar a la sala de dissecció el professor va realitzar la següent exclamació: *¡Doctores ya pueden entrar en la sala!*. Sirvent defensa que l'apel·latiu no és casual, es tracta d'inculcar el nou estatus de doctor.

Sirvent (2013) exposa com en els programes d'estudi de les disciplines que va estudiar: medicina, infermeria, fisioteràpia i teràpia ocupacional, hi ha una coincidència de continguts en els blocs o àrees que tracten l'anatomia corporal i les funcions del cos. Tots els programes els diferencien en dos: els dedicats al coneixement del cos i els dedicats a la malaltia i les teràpies, i el que els diferencia és que cada disciplina utilitza algunes denominacions diferents. Aquesta coincidència de continguts és clau per reforçar la pertinència i dependència cap a la medicina de totes les ciències de la salut. En aquest sentit, Sirvent (2013) va estudiar els crèdits que cadascun d'aquests estudis dediquen al coneixement del cos i els que dediquen a la malaltia i a les teràpies aplicades, tots de formació bàsica i obligatòria. El major nombre de crèdits en totes aquestes disciplines es dediquen al coneixement de la malaltia i les teràpies aplicades²⁹. Sirvent sosté que en els estudis de medicina i infermeria el cos s'estudia bàsicament com la suma de les parts. A fisioteràpia i teràpia ocupacional, encara que tímidament, el cos és més global, malgrat que, posteriorment, en l'exercici professional, quedarà bastant diluït aquest matís.

D'altra banda, el pas dels estudis d'infermeria d'ATS a grau universitari han comportat una suposada independència per les infermeres, pel fet que les matèries les imparteixen infermeres, però no ha comportat independència respecte a les raons teòriques de fons. A Infermeria, en les classes de formació, tant en les universitàries com en els postgraus o en la formació professional continuada, es parla "d'atenció o cures infermeres al malalt respiratori, al malalt cardiològic, al malalt neurològic, al malalt traumatològic etc.". Amb aquesta terminologia, el centre de l'atenció es posa més en uns òrgans i menys en l'atenció de manera integral; és a dir, les atencions es centren molt en el cos/objecte i poc en el subjecte. També Domínguez-Alcón (1981) sosté que la infermeria se segueix definint en funció de la medicina. Aquesta coincidència de continguts en els programes d'estudi de les professions de la salut basats en el model biomèdic, és el puntal que més reforça la dependència vers la professió mèdica i anul·la la pròpia.

²⁹ Segons Sirvent, infermeria hi dedica fins a un 75% sumant les classes teòriques i les pràctiques; medicina i fisioteràpia al voltant d'un 65%; i teràpia ocupacional un 40%. En el coneixement del cos, medicina hi dedica el 31%, fisioteràpia el 28%, i infermeria i teràpia ocupacional el 7,5%. Totes les disciplines dediquen alguns crèdits a continguts considerats propis, i pocs a temes socials. El nombre elevat d'hores que infermeria dedica a la malaltia i a teràpies aplicades són degudes a les pràctiques externes, el que s'anomena el "pràcticum", que són els crèdits realitzats en hospitals i centres de salut.

Tot i això, Sirvent (2013) defensa que les professions d'infermera, fisioteràpia i teràpia ocupacional tenen una visió lleugerament diferent de la persona, però el pes i el poder de la medicina en la pràctica diària dilueix aquests matisos apresos a la universitat, encara que de manera tímida perduren i marquen la cosmovisió d'aquestes professions en alguns moments.

Good (2003) també defensa que els estudiants de medicina realitzen les seves pràctiques hospitalàries al costat de metges experts amb l'objectiu d'aprendre a construir persones malaltes i convertir-les en pacients. D'aquesta manera es reforcen els estudis que ja aporten una poderosa manera d'interpretar la nova realitat que ha de perdurar en la seva experiència professional. Des d'aquest punt de vista de Good, es pot entendre la importància que es dóna en les professions sanitàries l'elevat nombre de crèdits en les pràctiques hospitalàries, ja que el seu objectiu és construir un "pacient mèdic".

Un altre aspecte important és el llenguatge que s'utilitza. El filòsof Wittgenstein va defensar la importància que el llenguatge té en la societat, com ens defineix i la manera de parlar és la manera d'interpretar i entendre el món. Per Good (2003), aprendre el llenguatge mèdic té l'objectiu de construir en l'estudiant un món completament nou, que l'ha de visualitzar des de la perspectiva mèdica. Novament, aquí trobem com totes les professions de la salut utilitzen el llenguatge mèdic, gairebé sense utilitzar-ne de propi.

2.5. PODER I BIOMEDICALITZACIÓ

Les línies mestres sobre les polítiques de salut/malaltia es prenen a escala mundial en organismes com l'OMS i els Centers for Disease Control and Prevention (CDC) per transmetre-les i adaptar-les posteriorment als centres sanitaris de cada país. D'altra banda, el negoci de les indústries farmacèutiques i tecnològiques és objecte d'atenció i estudi, per les pressions i connexions amb els organismes oficials, les associacions científiques, els col·legis professionals i les associacions de malalts. Actualment, a la indústria quimicofarmacèutica (IQF) se la considera la tercera en volum de negoci, darrere de l'armamentística i del narcotràfic. El poder d'aquests organismes i indústries ha contribuït de manera decisiva en el fenomen de la biomedicalització, el qual s'ha analitzat des de diverses disciplines, com

l'antropologia, la sociologia, la medicina o el camp econòmic; tanmateix, s'entén amb algunes diferències des dels diversos camps.

2.5.1. Control i poder

Els centres que dicten les polítiques en salut i malaltia i les recomanacions en l'àmbit global són l'OMS³⁰ i els CDC. Altres organismes que hi tenen influència són les agències de regulació de medicaments, com la Food and Drug Administration (FDA) als EUA, l'Agència Europea pel Medicament (AEM), o l'International Conference on Harmonisation (ICH)³¹. L'Organització Mundial del Comerç (OMC) es va crear l'any 1992, també té un paper rellevant en les polítiques de sanitat, sobretot perquè aquest organisme tracta els medicaments com qualsevol altre bé de consum, sense donar-los una consideració especial (Laporte, 2005). García Blanca (2009) també assenyala les implicacions d'aquests organismes, així com les del Banc Mundial, en les polítiques de salut en l'àmbit global³².

D'altra banda, les indústries també interfereixen en les polítiques de salut i les pressionen, i es converteixen així en la peça clau, pel fet de ser sistemes de sanitat en els quals intervé el negoci, i no sistemes de salut enfocats a les necessitats de salut de la població (Blech, 2005; Jara, 2007; García Blanca, 2009; Gotzsche, 2014). Segons detallen aquests autors, algunes de les pressions que exerceixen en el camp científic són la falsificació d'estudis; l'exageració de dades en els assajos clínics; l'ocultació d'estudis que mostren efectes adversos greus, iatrogènia i morts que ocasionen; les proves inadequades per nous fàrmacs, o els conflictes d'interessos en les revistes mèdiques. En el camp social destaquen els assajos, encara més immorals, en països pobres³³; la invenció de malalties o *disease mongering*;

³⁰ La OMS en els últims anys està en el punt de mira per haver fet un viratge en les seves polítiques afavorint cada vegada més als interessos privats. El finançament prové dels estats membres, però, sobretot, de les multinacionals farmacèutiques i tecnològiques. En destaca la fundació Bill & Melinda Gates, que va fer una donació l'any 2015 de 195 milions de dòlars, 95 vegades superior a l'aportació d'Espanya del mateix any; altres donants privats són la Fundació Ikea, la Foundation for Automobile, o la petrolera Shell. Font: http://cadenaser.com/ser/2016/06/13/sociedad/1465814899_603885.html

³¹ Es va crear a iniciativa de la mateixa indústria farmacèutica l'any 1990, hi intervenen les autoritats reguladores del medicament i els fabricants de medicaments d'Europa, EUA i Japó; el fet que sigui alhora part regulada i reguladora és controvertit.

³² García Blanca exposa el paper de les indústries químiques en com han amagat, silenciats i destruït teories sobre la malaltia que requerien de molta menor intervenció, per tant, menys cost menys econòmic, amb la qual cosa en sortien molt perjudicades.

³³ L'obra de John le Carré, *El jardiner fidel*, portada al cinema, es basa en assajos il·legals de les multinacionals farmacèutiques. També Menéndez (2005a) assenyala que els que

l'apropiació de dades clíniques i confidencials dels individus³⁴; publicitat enganyosa i campanyes de promoció dirigides a la població; potenciació d'associacions de malalts per influenciar-los per al seu benefici; control sobre els mitjans de comunicació i creadors d'opinió dirigits als mitjans i a la societat. En el camp professional destaquen les ventes agressives o *ad nauseam* amb intimidació, amenaces i violència; repressió sobre professionals honestos; formació mèdica per part de la indústria; complicitat amb els metges per a l'acceptació de suborns i milers de metges en nòmina de les farmacèutiques. En el camp polític destaquen la intervenció i corrupció de les agències del medicament; compra de silencis; acords entre multinacionals i governs; finançament de partits polítics per rebre posteriors tractes de favor, o el fet de convèncer governs per a la compra massiva de medicaments, com ara el cas del Tamiflu³⁵. A més, Laporte & Bosch (2012) assenyalen que Espanya és el segon país del món on més medicaments es consumeixen –la factura farmacèutica suposa entre el 25% i 30% del total de la despesa sanitària– i remarca que les estadístiques del consum en medicaments són difícilment accessibles fins al punt que semblen un secret d'estat³⁶. En aquest context, Laporte assenjala que hi ha una construcció industrial de la malaltia: “Así, el ciudadano-consumidor-usuario es conminado, en ocasiones obligado, a considerarse enfermo y a consumir en consecuencia. En definitiva, se realiza una construcción industrial, no social, de la enfermedad” (Laporte, 2005, p. 8).

També s'han publicat articles i editorials crítics en aquesta línia que denuncien aquestes relacions entre les indústries i el món de la sanitat, (Moynihan, Heath & Henry 2002b; Moynihan & Smith, 2002a; Moynihan, 2008; Guerrero, 2004; Laporte & Bosch, 2012). D'altra banda, Jara (2011), en un treball d'investigació periodística, mostra com la indústria exerceix pressions en els professionals i en el

participen més en assajos i estudis són la població captiva (presos, soldats, nens d'orfenats) i els que pertanyen als estrats més baixos de la societat.

³⁴ Recentment la multinacional Boehringer³⁴ se l'ha acusat i investigat d'apropiar-se de les dades clíniques i confidencials de les persones, i els serveis públics de salut de ser incapaçs de protegir-les o de ser permissius. Disponible a: <http://www.nogracias.eu/2018/01/11/los-servicios-publicos-salud-incapaces-protger-los-datos-pacientes-profesionales-boehringer-investigada-haber-utilizado-informacion-confidencial-vender-pradaxa/>.

³⁵ Gotzsche (2014) ho considera el major robatori de la història en aquest camp amb diners públics, aquest medicament està destinat al tractament de la grip A, amb efectes molt dubtosos i beneficis controvertits. A més, enmig d'aquests interessos Gotzsche defensa que pocs malalts milloren amb els fàrmacs, alguns ho fan per l'efecte placebo i altres perquè ja es troben en remissió espontània de la malaltia quan se'ls hi recepta.

³⁶ Laporte & Bosch assenyalen que la despesa en medicaments representa un 1,27% del PIB, el percentatge més alt d'Europa; la mitjana de la UE15 és del 0,94%, i que la despesa hospitalària en medicaments augmenta un 20% anual.

sistema sanitari amb els visitadors mèdics en el marc de l'Estat espanyol³⁷, i Vinton (2017) explica les relacions entre metges i societat en el context català³⁸.

Per un altre costat, Shiffman (2014) sosté que el poder s'exerceix contínuament en el camp mèdic, encara que la seva presència pot ser més aparent en uns casos o en altres. L'autor assenyala que és habitual reconèixer el poder que exerceix una multinacional farmacèutica quan amenaça de no invertir en un país si creu que les lleis li poden perjudicar el sistema de patents, o que es reconegui el poder del Banc Mundial en les polítiques sanitàries dels països. Tanmateix, no se sol reconèixer el poder que pot tenir un número extraordinari de la revista *The Lancet* que promou una estratègia particular que també pot ser interessada, o les pressions dels activistes de North American AIDS per assegurar l'accés als antiretrovirals (Shiffman, 2014). Per Shiffman tots són intents d'exercir el poder per beneficiar uns sectors i interessos concrets. També Lee (2015) assenyala les relacions d'amor-odi de la medicina amb el camp de la política, i desafia a interrogar el camp mèdic sobre el paper del poder estructural i productiu que s'hi exerceix.

2.5.2. La perspectiva social de la medicalització

El camp social analitza la medicalització des d'una vessant ideològica. L'entén com el procés pel qual certs aspectes de la vida que anteriorment formaven part d'altres camps, com l'educació, la llei, la religió, o de l'àmbit familiar, han estat reconvertits i han passat a ser considerats fenòmens i problemes mèdics; en conseqüència, a ser tractats en termes de malalties. De manera gradual, qualsevol esfera i coneixement que es relacioni amb la persona ha estat acaparada per la biomedicina, i ha passat progressivament a dominar tots els camps; així, la medicina ha integrat en el seu camp, a més de la perspectiva *disease*, també la *illness*. Aquest fet ha propiciat que no hi hagi una relació d'iguals entre les diferents disciplines, els diversos sabers i els camps socials, els quals han quedat supeditats i dominats pel paradigma biomèdic. En aquest sentit, Martínez-Hernández & Correa-Urquiza (2017) exposen

³⁷ Jara ho ha investigat a través de les confessions d'alguns visitadors que expliquen les tàctiques que es fan servir pels suborns com: corrupció per la promoció de medicaments; reunions científiques falses; es paguen ponències, conferències i assistències a congressos; s'inviten a líders i creadors d'opinió; invitacions i negocis a la llotja del Bernabeu, o els regals que reben alguns metges. També els problemes que tenen els visitadors si decideixen abandonar la feina per conflicte ètic.

³⁸ Vinton descriu l'influència social de nissagues de metges catalans; els vincles de metges i famílies de metges amb destacats advocats, polítics i lobbistes. També com les empreses del sector químic-farmacèutic catalanes ocupen llocs destacats en el rànquing econòmic que ofereix la llista *Forbes*, i les connexions amb el món financer.

les dificultats que té l'antropologia –així com la visió dels profans–, per al debat social en els temes de salut i malaltia. Segons els autors el camp biomèdic no permet la discussió i no deixa espai perquè altres sabers puguin incidir en el món de la salut/malaltia, que hi tinguin veu. Així, les ciències socials sols poden actuar com a complement a la perspectiva biomèdica; en paraules dels autors les altres disciplines: "pueden discutir sobre lo ordenado, pero no sobre el ordenamiento" (Martínez-Hernández & Correa-Urquiza, p. 271, 2017), en aquest ordenat els autors es refereixen a aspectes com nosologies, protocols, clíniques, polítiques, etc.

Menéndez (1994) entén el fet d'emmalaltir i la mort com a processos que no es poden definir sols a partir d'unes professions i institucions específiques i especialitzades, tot i que una part s'organitzin professionalment, sinó com a fets socials que impliquen l'àmbit ideològic:

"El proceso salud/enfermedad/atención, así como sus significados, se ha desarrollado dentro de un proceso histórico en el cual construyen las causas específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (significados) respecto de los mismos. Este proceso histórico está caracterizado por las relaciones de hegemonía/subalternidad que opera entre los sectores sociales que entran en relación en una sociedad determinada, incluidos los saberes técnicos" (Menéndez, 1994, p. 72).

També, Freidson (1978) assenyala que les ànsies i les ambicions de la professió mèdica, tant des del punt de vista individual com col·lectiu, han contribuït de manera decisiva a la medicalització:

"La profesión trata efectivamente las enfermedades que los profanos le plantean pero también trata de descubrir enfermedades de las que el profano ni siquiera puede ser consciente. Una de las mayores ambiciones del médico es descubrir y describir una "nueva" enfermedad o síndrome y ser immortalizado por el hecho de que su nombre se use para identificar tal enfermedad" (Freidson, 1978:254).

Tanmateix, la discussió sobre la medicalització no és recent: la medicina i la política sovint han anat juntes al llarg de la història. Així, Hipòcrites en el tractat *Sobre aires, aigües i llocs*, posava en relació la malaltia amb el medi en el qual es vivia i el fet que es dictaven normes saludables, la qual cosa ja era una manera de dictar polítiques encaminades cap a una determinada visió i interessos. Però segurament mai abans com ara, els temes de salut i mèdics no havien estat tant en el centre d'atenció i debat, ni s'hi havien destinat tants recursos.

Més recentment, la industrialització hi ha tingut un paper rellevant. En aquest sentit, Foucault (2007) defensa que el naixement de la medicina moderna és una mica posterior al començament de la industrialització. Foucault determina quatre canvis fonamentals en aquest període, els quals inicien el procés de medicalització:

1) l'autoritat mèdica pot prendre decisions; 2) aparició d'un camp d'intervenció mèdica diferent de les malalties; 3) introducció de l'hospital com a aparell de medicalització col·lectiva; 4) introducció de mecanismes d'administració mèdica.

Un punt d'inflexió té lloc després de la Segona Guerra Mundial. Cap a mitjan del segle XX s'inicia el gran desenvolupament tecnològic que abastarà de manera decisiva el camp mèdic. La tecnologia creada durant la II Guerra Mundial i la Guerra Freda es va incorporar a la indústria farmacèutica i a la producció de serveis de salut. Però és a partir de la dècada de 1970, amb el començament del neoliberalisme, que la medicalització s'ha incrementat de manera més notòria.

D'altra banda, coincidint amb l'estat del benestar, també comença el què Szasz (1989) anomena "estat terapèutic", on no hi ha separació entre medicina i Estat. Szasz defensa que s'exerceix una agressió brutal a la llibertat individual i a la propietat del cos; la idea és que l'Estat ha de protegir els ciutadans i ells s'hi han de sotmetre sense llibertat d'elecció sinó per imposició.

També és important per entendre la medicalització el treball que Ivan Illich publica l'any 1975 *Nêmesis mèdica*³⁹, on critica la medicina institucionalitzada, denuncia com els poders socials de manera premeditada i oculta arravaten la salut a les persones, i converteixen la malaltia en matèria primera per a fins lucratiu. L'autor considera que la salut pot extingir-se a causa de la sobremedicació, la necessitat humana de cuidar-se per un mateix pot quedar anul·lada per uns mecanismes que creen dependència, falsos problemes i més dolor, i considera l'*establishment* mèdic com el principal enemic per a la salut, i la medicina moderna com una epidèmia.

Les connexions i influències del sistema econòmic capitalista en el camp mèdic i sobre la salut/malaltia han estat estudiades per diversos autors. En destaquen les aportacions de Foucault. L'autor sosté que el capitalisme va socialitzar la medicina, però defensa que no va ser precisament per ajudar les persones sinó perquè els éssers humans havien d'estar sans i forts per ser rendibles en el treball:

"Sostengo la hipótesis de que con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino precisamente lo contrario; el capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por

³⁹ Nêmesis és la deessa grega de la justícia retributiva, de la venjança, de la solidaritat i la fortuna, i castigava a aquells que no obeïen als que tenien dret de manar-los. Representa l'ira dels déus contra la supèrbia.

la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica" (Foucault, 1977, p. 5).

Foucault (1996) també ho defensa en termes de biopoder. Sosté que a partir del segle XVIII es va iniciar un procés en el qual el poder va passar d'estar exercit per una figura d'autoritat a ser progressivament substituït per una xarxa de coneixement i tecnologies corporals que controlen el subjecte. A més, sosté que s'han implementat discursos i pràctiques en les quals l'exercici del poder que abans es visualitzava com a autoritat ara ha quedat diluït i difuminat. Tanmateix, els discursos i el poder es continuen exercint: actualment les escoles, les presons, els hospitals o els manicomis són àmbits propicis per crear individus dòcils i útils (Foucault, 2005). També Eduardo Menéndez ha analitzat les influències dels sistemes mèdics com una manera de medicalització i de control social; a més, defensa que és un problema que apareix en totes les societats amb més o menys força:

"La enfermedad, los padecimientos y los daños han sido, en diferentes sociedades, algunas de las principales áreas de control social e ideológico tanto a nivel macro como microsocia. No es un problema de una sociedad o una cultura, sino que constituye un fenómeno generalizado a partir de tres procesos: la existencia de padecimientos que refieren a significaciones negativas colectivas; el desarrollo de comportamientos que necesitan ser estigmatizados y/o controlados, y la producción de instituciones que se hacen cargo de dichas significaciones y controles colectivos, no solo en términos técnicos, sino socioideológicos" (Menéndez, 1994, p.72).

D'altra banda, una manera més moderna de medicalització és que es passin a entendre els problemes de salut amb tècniques (Menéndez, 2005b), les quals generen expectatives i contribueixen a crear una nova necessitat. Un altre aspecte que ho propicia són les expressions a través del llenguatge (Mainetti, 2006; Good, 2003). La medicina s'ha nodrit del llenguatge d'altres camps, en especial del militar, com en les expressions "atacar" la malaltia, "combatre" o "defensar-se". Però al mateix temps també ha traslladat el seu llenguatge a altres àmbits: per exemple, es diu que un fet és "d'infart"; "estar a dieta" en un aspecte que no té relació amb l'alimentació; o en el camp de la política es parla que un país "està malalt".

2.5.3. La medicalització des del camp biomèdic

Des de l'àmbit mèdic la medicalització s'enfoca sobretot en aspectes com l'ús excessiu de pràctiques mèdiques tant diagnòstiques com terapèutiques, fer moltes

assistències als serveis sanitaris, prendre excessiva medicació, o en les modificacions dels paràmetres i criteris clínics sobre els límits de la normalitat/anormalitat; s'analitzen els canvis que s'han anat duent a terme en aquest sentit, però es tendeix a obviar l'aspecte ideològic que hi ha al darrere. Tot i així, també algun autor ho exposa amb termes semblants als del camp social:

"Podemos definir la medicalización como una forma de expansión de la medicina moderna que considera y trata como enfermedades, muchos problemas que hasta hace poco no eran considerados como tales (...). Si seguimos por este camino, podemos aventurar con cierta ironía que en un futuro no muy lejano, los países serán grandes centros asistenciales y la población se dividirá entre enfermos, trabajadores de salud o ambas cosas" (Gallardo, 2008, p.113).

Moser (1956) descriu l'aparició de diverses malalties, síndromes i sensibilitats degudes al progrés mèdic, trastorns que apareixen després d'un tractament mèdic i que afecten totes les parts del cos (òrgans, hematologia, neurologia etc.), o les intervencions quirúrgiques. Meador (1965) parla de *nondisease* per referir-se a les entitats que es poden relacionar amb signes de malalties, però que en realitat són sols aspectes personals o familiars que presenta la persona; altres factors que assenyalen són dotar d'importància uns valors numèrics que estan en el llindar dels que es poden considerar normals, errades de laboratori o la interpretació de síndromes. Meador considera que "a corollary to this rule is that for every disease there is probably a nondisease"; a més, sosté que els tractaments administrats a les *nondisease* sovint no són tampoc indicats per la seva corresponent entitat mèdica. En aquest sentit, Glasziou, Moynihan, Richards & Godlee (2013) defensen que el més important en l'expansió de la malaltia ha succeït quan han canviat les definicions i la línia divisòria entre allò que és normal i allò que és anormal. Haver modificat el llindar de la malaltia, d'aquests petits canvis en les fronteres, ha comportat que moltes més persones hagin passat del camp de la salut al camp de la malaltia⁴⁰.

Més recentment s'ha creat el terme *disease mongering*⁴¹, que fa referència a l'esforç que fan alguns sectors amb relació a la promoció de malalties, tant de les conegudes com les de nova creació. Són bàsicament les indústries farmacèutiques i tecnològiques les màximes promotores i beneficiàries de la *disease mongering*, però en connivència amb els altres poders i actors socials com els proveïdors

⁴⁰ Aquest fet ha ocorregut amb la hipertensió, diabetis, osteoporosis, nivells de colesterol, obesitat i malalties mentals, entre moltes altres.

⁴¹ La traducció en català o castellà és invenció, creació o tràfic de malalties, segons diferents autors.

sanitaris, les societats científiques i col·legis professionals, amb un paper destacat i decisiu dels mitjans de comunicació. En aquest sentit, Márquez & Meneu defensen:

"De hecho, la construcción de nuevas enfermedades es frecuentemente liderada por grupos de investigadores que tienen estrechos lazos con las empresas farmacéuticas, y las recomendaciones y consensos parten de las sociedades científicas y de los médicos líderes de opinión" (Márquez & Meneu, 2003, p.50).

Aquests autors argumenten que la medicalització adopta tres eixos: 1) redefinir les percepcions de professionals i profans caracteritzant-les de malaltia sota la mirada mèdica; 2) tenir en compte sols la part beneficiosa de la medicina i desatendre els riscos; 3) marginar les altres teràpies de provada eficàcia. En aquest sentit, Blech (2005) mostra com hi ha una pastilla per cada malaltia i, cada vegada amb més freqüència, per cada nova pastilla apareix una nova malaltia.

També és interessant l'aportació de Campbell, Scadding & Roberts (1979). En una enquesta que feren, varen mostrar com els professionals tendeixen a considerar com a malalties entitats o aspectes de la vida que els profans no les hi consideren. Smith (2002) elabora una enquesta, que publica en al BMJ, sobre les principals no-malalties, amb l'objectiu de crear debat sobre allò que es considera malaltia i el que no (il·lustració 3). Smith defineix la no-malaltia com un problema humà tractat des de la perspectiva mèdica i afirma que es tindrien millors resultats si no estiguessin considerats i tractats com a malalties. Defensa que estar etiquetat amb una malaltia pot reportar beneficis, com l'empatia cap als altres, o subsidis; però també perjudicis, com problemes en la situació laboral.

Il·lustració 3. Top 20 non-diseases

1. Ageing	11. Childbirth
2. Work	12. Allergy to the 21st century
3. Boredom	13. Jet lag
4. Bags under eyes	14. Unhappiness
5. Ignorance	15. Cellulite
6. Baldness	16. Hangover
7. Freckles	17. Anxiety about penis size/penis envy
8. Big ears	18. Pregnancy
9. Grey or white hair	19. Road rage
10. Ugliness	20. Loneliness

Font: Smith (2002) In search of non disease. BM, 324, 883-5

La medicalització està relacionada també amb la por que s'exerceix en les persones. En aquest sentit, Tizón (2011) defensa que la medicalització de la vida quotidiana és la conseqüència moderna de la por a la malaltia. I, Williams & Calnan (1996) sostenen que la medicalització ha generat persones més dependents i consegüentment més dòcils, però a la vegada considera que té límits, i aquests els han de posar les mateixes persones.

Els punts següents són un resum del que diversos autors han categoritzat com a exemples de medicalització:

- Convertir problemes ordinaris en problemes mèdics, com ara la calvície, amb campanyes en les quals s'aconsella anar a veure el metge.
- Convertir les etapes de la vida en processos mèdics: infància, adolescència o vellesa; també el cicle reproductiu i vital de la dona: menstruació, embaràs, part i menopausa.
- Presentar els problemes lleus o de poca importància com a inici de malalties més greus, com a exemple el colon irritable.
- Presentar problemes personals o socials com a problemes mèdics: infelicitat, pobresa, atur, soledat, timidesa, fòbia social, posar-se vermell, tremolar, etc.
- Qualificar de desviació i malaltia conductes poc convencionals.
- Transformar els riscos o suposats riscos en malalties, per exemple les anomenades "pre": preosteoporosi, prediabetis, precolesterolèmia etc.
- Transformar els conflictes laborals, familiars o escolars en malaltia.
- Maximitzar les estimacions d'un problema per donar-li més importància i més abast, com epidèmies de extraordinària propagació o trastorns comuns.
- Convertir símptomes comuns o passatgers en potencial malaltia, passant a ser percebuts i tractats com a malaltia.
- Introduir i inventar-se nous diagnòstics, *disease mongering*, presentant-los com a trastorns que precisen tractament.

Tots aquests aspectes es van "normatitzant" i legitimant paulatinament. Per Menéndez (1984b) "normatitzar" és proposar models controlats de conducta enfront la salut i malaltia, amb la conseqüència que suposa induir, practicar i concebre les relacions amb el propi cos a partir de fonaments mèdics.

Un altre factor que ha propiciat la creixent medicalització ha estat la classificació de les malalties. En el Diagnostic and Statistical Mental Disorders, ara en la cinquena edició (DSM-V), es consideren patologies problemes que són "corrents" en la vida de les persones; d'aquesta manera, moltes més persones són susceptibles de ser catalogades com a malaltes, i per tant, de requerir un tractament. En aquest sentit, Gotzsche (2016) recull una àmplia recopilació d'articles que posen en dubte i contradueixen la versió oficial. També la Classificació Internacional de malalties (CIE-10), que fa referència a les malalties d'ordre físic i biològic, la potencia i hi contribueix.

Un dels paràmetres per mesurar la medicalització és quantificar el nombre de professionals sanitaris que té un país. Rodríguez & De Miguel (1990) mostren com en el tardofranquisme a l'Estat espanyol el nombre va augmentar considerablement, però a partir de 1977, amb la Transició i els canvis introduïts en el sistema de sanitat, augmenta espectacularment. Tanmateix, alguns autors destaquen que no sempre es compleix la premissa que com més professionals, més salut presenta la població. Barsky (1988) introdueix el concepte de "paradoxa de la salut", en el sentit que com més nivell de salut que es considera que té una població, aquesta presenta al mateix temps més nivell de preocupació i d'ansietat respecte al fet d'emmalaltir. Sen (2002) també mostra que com més recursos destina una societat a la sanitat, més gran és la probabilitat que la població presenti més problemes de salut. També Foucault (1996) defensa la paradoxa que el nivell de consum mèdic i el nivell de salut no tenen relació directa. I Ortún (1986) sosté que un nombre més gran d'hospitals i d'activitat hospitalària no s'acompanyen necessàriament de més salut de la població.

2.5.4. Prevenció, factors de risc i sobrediagnòstics

La prevenció i els factors de risc en persones sanes són un dels punts clau per iniciar un procés de consum en sanitat i la posterior dependència del sistema sanitari. El camp de la prevenció, que posa l'accent en els factors de risc, és un dels aspectes que genera un gran volum d'assistències en els serveis sanitaris, entenent-se com una forma més i més moderna i recent de medicalització.

Els factors de risc generen controvèrsies pel fet que no poden predir amb eficàcia allò que succeirà en el futur, ni poden predir-lo amb evidència científica. En aquest sentit, cal destacar l'article que Geoffrey Rose va publicar el 1985 sobre els factors "d'alt risc", en què mostra com l'aplicació d'estratègies per minimitzar els riscos poden presentar avantatges en alguns individus amb intervencions apropiades, augmentar la motivació en els metges i oferir un cost efectiu. Però, a la vegada, presenten desavantatges i limitacions, com les dificultats i els costos en la detecció són pal·liatius i temporals, no ataquen les causes essencials de la malaltia i presenten un dèbil poder predictiu de possibles malalties futures (Rose, 1985). En aquest context, Rose defensa que hi haurà individus de risc que tardaran a presentar la malaltia o no la presentaran mai, o individus sans que la presentaran inesperadament; a més, l'autor sosté que incideixen en l'estil de vida de la persona

sense tenir en compte el seu context particular, la qual cosa també genera danys. Rose conclou que la predicció dels factors de risc ofereix beneficis escassos individualment, estan sobrevalorats i augmenten el consum de fàrmacs preventius sense seguretat que en el futur desenvolupin la malaltia. Així, es posa l'èmfasi en la correlació d'unes dades determinades i sovint abstractes; tanmateix, aquesta correlació no implica forçosament causalitat. En la biomedicina l'associació entre dues característiques o variables no implica necessàriament que aquesta tingui caràcter vinculant de causalitat, ja que la causalitat implica una relació directa entre les causes i els efectes que produeixen, i no sempre es dona. A una causa se la denomina *necessària* quan sempre precedeix l'efecte, però aquest efecte no ha de ser necessàriament produït per la causa o l'únic resultat; i se la denomina *suficient* quan inevitablement produeix un efecte, però poden coexistir o associar-se diversos fenòmens que poden tenir relació o no en la causalitat, amb la qual cosa la causa de la malaltia encara és més difícil d'interpretar. En aquest sentit se sap, per exemple, que els individus som portadors de molts bacteris i estem exposats a molts d'altres; no obstant això, les raons per què unes persones desenvolupen una determinada malaltia i unes altres no, no estan clares ni definides (Rose, 1985).

D'aquesta manera, la prevenció per detectar possibles malalties en un futur porta a fer analítiques, proves diagnòstiques i cribatges; per tant, hi ha més probabilitat d'emetre sobrediagnòstics i falsos positius, i això vol dir augmentar la multimorbiditat amb la consegüent polimedicació. I a la vegada porten a una cascada interminable de proves mèdiques complementàries, procediments susceptibles de causar nova iatrogènia⁴² (Gérvas & Pérez 2002; 2013a, 2013b, Lumbreras & Henández, 2008; Ilich, 1975). Una conseqüència significativa és el fet de posar una "etiqueta" o "etiquetar"; en el cas de la prevenció és posar nom a un signe o símptoma que presenti l'individu i presentar-lo com una malaltia que s'ha de tractar, quan no hi ha cap evidència del què succeirà en el futur. Altrament, Martínez & Ortega (2013) defensen que el diagnòstic mèdic hauria d'estar centrat en la persona, ja que és possible "etiquetar" un individu amb un diagnòstic tècnicament correcte, però inadequat per una a persona o un moment concret. Gérvas & Pérez (2014) també assenyalen que donar valor a les etiquetes és

⁴² Pérez-Fernández i Gérvas (2002) descriuen l'efecte cascada com el procés que a partir d'un trastorn que apareix, es comença a fer una gran quantitat de proves diagnòstiques, i que en un alt percentatge són innecessàries per un problema que es pot autolimitar.

contribuir al fet que es puguin interpretar com a paraules divines capaces de modificar el curs de les vides humanes en el pla clínic, personal i social.

Gérvas & Pérez (2014) sostenen que el sobrediagnòstic és principalment un error en el pronòstic: el diagnòstic pot ser encertat, però el problema no evolucionarà, amb la qual cosa el pronòstic no serà el que se li atribueix; en aquest cas la persona rebrà tot l'impacte del diagnòstic i viurà depenent d'aquest diagnòstic i de la medicació. Per Segura (2012), el sobrediagnòstic és una conseqüència indesitjable del canvi de paradigma sobre la malaltia. Gérvas & Pérez (2014) assenyalen diferents tipus o causes de sobrediagnòstic:

- Ignorància mèdica en relació a les variacions de la "normalitat".
- Els avenços tecnològics permeten ampliar el concepte de salut, l'ús excessiu diagnòstica suposats problemes que mai donarien símptomes.
- Troballes en el curs de proves diagnòstiques que afegeixen un nou diagnòstic i no aporten benefici en el futur.
- Les malalties inventades o les que modifiquen artificialment els seus límits.

D'altra banda, els cribratges preventius no estan exempts d'efectes indesitjables, directes o indirectes. Per aquest motiu, alguns autors defensen que el camp de la prevenció hauria d'estar molt més justificat científicament que el de la teràpia curativa, ja que, en un hi ha una malaltia que s'ha de tractar i l'altre sols és preventiu, sense poder assegurar benefici en el futur i sí riscos per al present (Gérvas, Pérez & González de Dios, 2007; Segura-Benedicto, 2006). A més, Segura-Benedicto (2006) parla d'inducció cap a aquestes proves, i que l'avaluació de les activitats preventives haurien de ser una responsabilitat sanitària de primer ordre, pel fet que van dirigides a les persones sanes i el resultat final és imprevisible. A més, remarca que els aspectes ètics haurien de ser de summa importància i que cal procedir als principis ètics d'autonomia, beneficència, no maleficència i justícia.

Gérvas (2007) parla de "certa malícia sanitària". Sosté que en aquestes actuacions no hi ha pròpiament engany ni mentida, porten a falses conclusions amb mitges veritats, extrapolacions atrevides, interpretacions esbiaixades, afirmacions incertes i simplificacions problemàtiques⁴³. Gérvas & Pérez (2006) parlen de "prevenció quaternària" per defensar-se del conjunt d'aquestes activitats, que consistiria a canviar la por pel benestar de saber que allò més important és la qualitat de vida.

⁴³ L'autor posa com exemple d'ètica dubtosa la que considera una epidèmia iatrogènica de "por" provocada per l'OMS (2005-2006) sobre la grip aviar.

Segons Pérez & Gérvas (2002), als metges se'ls educa en el fet que és preferible actuar, sent més convenient els errors de "comissió" que els "d'omissió". A més, els autors recorden que el jurament hipocràtic obliga a respectar el principi *primum non nocere*, és a dir, a escollir l'opció menys agressiva i simple, i que sovint la més simple i la més difícil de portar a terme pot ser "esperar i veure".

Sackett (2002) opina que hi ha tres elements de la medicina preventiva que cal considerar: que és agressiva, presumptuosa i dominant. I la prevenció es basa principalment a promoure activitats amb dubtós fonament científic; per tant, es pot parlar d'arrogància preventiva. Castel (1986) sosté que el factor de risc té un fort component ideològic i les polítiques preventives promouen una nova modalitat de vigilància, com és la detecció sistemàtica; per tant, una nova forma de control i poder:

"Un riesgo no es el resultado de un peligro concreto del que es portador un individuo o incluso un grupo determinado, sino que es un efecto de la correlación de datos abstractos o factores que hacen más o menos probable la materialización de comportamientos indeseables (...). La presencia de un conjunto o de determinados factores de riesgo desencadena automáticamente una señal. En otras palabras, un especialista, por ejemplo, un trabajador social, es enviado a visitar a la familia para confirmar o no la presencia real de un peligro a partir de la existencia probabilística y abstracta de riesgos. No se parte de una situación conflictiva observable por experiencia, sino que se la deduce, de algún modo, a partir de una definición general de los peligros que se quieren prevenir. Estas políticas preventivas promueven en consecuencia una nueva modalidad de la vigilancia: la detección sistemática" (Castel, 1986, p. 229-230).

Una altra qüestió és que, com més proves diagnòstiques, sobrediagnòstics i sobremedicació, més possibilitats de iatrogènia. Leape (1994) elabora un dels primers treballs en què quantifica el nombre de víctimes per iatrogènia sanitària, i les situa al voltant de 180.000 morts anuals als EUA⁴⁴. Altres treballs posteriors donen xifres més elevades tant a Europa com als EUA (Lazarou, Pomeranz & Corey, 1998; Pirmohamed *et al.* 2004; Gotzsche, 2014). Null, Dean, Feldman & Rasio (2005) situen en prop de 800.000 les víctimes anuals als EUA, i Flores (2011) parla d'1,9 milions de visites als serveis d'urgències hospitalaris per reaccions adverses a medicaments als EUA. En aquest sentit, la BJM Clinical Evidence va revisar 3.000 intervencions clíniques habituals i diàries, en què va mesurar-ne el valor entenent com a tal si estaven justificades científicament, i conclogué que sols en un 11% dels casos es va poder demostrar de manera indubtable que les intervencions aportaven més beneficis que danys; en la resta, el benefici va des de dubtós fins a ineficient o danyós (Gérvas, 2015).

⁴⁴ Leape ho comparava com l'equivalent a que cada dos dies s'estavellessin tres avions jumbos, xifres que han augmentat en l'actualitat.

Sovint es tendeix a responsabilitzar els professionals de la iatrogènia que es genera en el camp sanitari; per contra, Illich (1975)⁴⁵ busca la responsabilitat en el sistema *en si mateix*. Defensa que aquest és el primer nivell de responsabilitat i més important. L'autor sosté que el fet que el sistema sanitari està incardinat en les arrels capitalistes, actualment neoliberals, en què predomina el lucre econòmic, implica que s'indueixi i es potenciï la pràctica d'intervencions, però fa responsables dels errors els individus. D'aquesta manera el sistema es fa beneficiari del lucre i dels èxits assolits i culpabilitza els professionals dels errors, fet que li permet quedar indemne del debat i que no sigui gens qüestionat pels sectors socials. En aquest sentit, el sistema ha assolit la total hegemonia en els termes que l'entén Gramsci, i aquest motiu és el que propicia que no sigui debatut sinó totalment acceptat i defensat.

⁴⁵ Illich defineix i distingeix la iatrogènia en tres tipus: clínica, social i estructural. La clínica considera que és la conseqüència dels actes mèdics, siguin per mala praxis o innecessaris. La social per l'excessiva medicalització de la societat, per la dependència irracional dels metges i dels medicaments, per la baixa tolerància als processos banals, i per la desvalorització i pèrdua de les medicines domèstiques. I per estructural considera la manera com totes aquestes idees han penetrat en l'imaginari cultural, creant una societat que no accepta el dolor, la mort ni la malaltia com fets naturals, i que han comportat el complex desenvolupament mèdic, industrial i farmacèutic que ens està emmalaltint.

CAPÍTOL 3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓ

La capacitat de pensar o de percebre
de manera diferent és més important
que el coneixement adquirit.

David Bohm.

3.1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓ

Des de fa dècades hi ha una demanda i despesa creixent i contínua en tots els serveis sanitaris i tot allò que afecta el camp de la salut i la malaltia, una despesa que sembla que no té aturador. És un tema polèmic i constantment debatut. Diferents àmbits en demanen un augment constant de més i més recursos públics, reclamen i exigeixen als governs augmentar les partides pressupostàries en salut, tot i que ja és l'àmbit on més diners es destinen; segons el parer de la majoria d'agents socials i de la població, però, continuen sent insuficients i deficitàries. En canvi, els recursos a les ajudes socials també són qüestionats però en menor mesura. La salut es considera allò més important. Cal destinar-hi absolutament tot el que faci falta i ha de passar per davant de qualsevol altra esfera.

D'altra banda, la salut i la malaltia s'han vist involucrades en el procés de tecnificació que està present en tots els àmbits de la societat, i les tecnologies se'ns presenten com la resolució de tots els problemes. La línia oficial defensa que la població confiï cada vegada més la seva salut pel que fa a allò que dicten els organismes oficials i els professionals. Constantment es donen recomanacions i hi ha influències i ingerències en allò que cal fer o no fer. Tanmateix, és un sistema en el qual les queixes hi són en totes les parts; tant usuaris com professionals sovint estan descontents. Un sistema en el qual el factor immediatesa hi és present, probablement, de la mateixa manera que en altres esferes socials, junt amb una demanda d'atenció urgent, en qualsevol àmbit sanitari.

Amb aquest plantejament, aquesta tesi tracta de conèixer com s'entén i com es valora actualment estar sa o estar malalt. Quines són les creences, les vivències, les narratives, les representacions, els sabers i les pràctiques que identifiquen les persones amb relació a la salut, la malaltia i el procés d'atenció. També, es pretén conèixer on situen les causalitats i els orígens de les malalties, si concorden amb les que defineix el model biomèdic o en difereixen i en preveuen d'altres. S'analitza, així mateix, el centre sanitari per excel·lència, que és l'hospital. Intenta també identificar les pressions i polítiques que s'exerceixen des dels centres de poder, com influeixen en el sistema sanitari, com els professionals sanitaris les traslladen a la població i com aquests les perceben.

Els motius pels quals he escollit un servei d'urgències hospitalari són diversos. Un és pel fet que l'hospital és el sùmmum en l'assistència i cultura mèdica, és el "temple" social modern, i els serveis d'urgències en són un dels màxims exponents.

Aquests serveis són una de les portes d'entrada al vast sistema sanitari, i un exemple d'allò que succeeix en molts altres àmbits. Un altre motiu és pel fet que no m'he volgut limitar a una malaltia o etiqueta mèdica concreta, sinó a una visió més general de la malaltia centrada en com viu el procés l'individu, amb la intenció de no reproduir la idea i pràctica biomèdica de la divisió del cos en parts, sinó la globalitat com a persona. El fet que al servei d'urgències hi acudeixen persones amb diverses malalties o problemes de salut afavoreix l'objectiu de no centrar-me'n en una de concreta.

3.2. OBJECTIUS I HIPÒTESIS

A partir de les qüestions anteriors, plantejo els objectius i hipòtesis següents.

Objectiu general:

L'objectiu general d'aquesta tesi és construir una etnografia del sistema sanitari biomèdic, identificant les construccions i narratives de les persones sobre la salut i la malaltia, les causalitats que relacionen la salut i la malaltia, les pràctiques que es realitzen, i una anàlisi de les relacions de poder en el sistema sanitari biomèdic.

Objectius específics:

- Estudiar les percepcions, vivències, creences, significats i experiències de les persones en l'actualitat amb relació a la salut i la malaltia.
- Estudiar quines etiologies s'identifiquen com a causants de les malalties, si coincideixen amb les que proposa el model biomèdic o n'incorporen d'altres, també si es relacionen amb alguns moments o esdeveniments ocorreguts al llarg de la vida.
- Estudiar què es considera urgència i gravetat, amb què s'associa o es relaciona, i quins motius porten a acudir al servei d'urgències; també quin és el perfil dels usuaris més freqüentadors, què n'esperen i com es justifica la demanda d'atenció.
- Estudiar les pràctiques que es realitzen en salut/malaltia, per què se'n fan unes de determinades o se'n deixen de fer unes altres.
- Estudiar el poder que el sistema mèdic sanitari exerceix en les persones a través de les relacions i interaccions entre els professionals i els usuaris, i les valoracions d'aquests dos grups vers el sistema sanitari.

- Estudiar els espais assistencials hospitalaris i les relacions i interaccions entre els diversos grups professionals.

Per a aquests objectius, s'han proposat les hipòtesis de treball següents:

1. Se suposa que la idea que s'ha anat creant, segons la qual amb l'ajut de la medicació i de les tecnologies tot era curable i es podia donar solució ràpid, ha portat a no tolerar cap mena de molèstia, la qual cosa ha conduït cap a un consum en recursos sanitaris equiparable a altres aspectes del consum general.
2. Se suposa que l'increment de les pràctiques mèdiques, en lloc d'augmentar la sensació de seguretat ha tingut l'efecte contrari: ha conduït a la inseguretat i a la insatisfacció, creant dependència del sistema sanitari i dels valors del mercat davant dels problemes de salut.
3. Se suposa que les persones usuàries del sistema sanitari biomèdic en les visites no reben sempre l'empatia ni la informació suficient i adequada al problema, i aquest no es resol de manera satisfactòria a les seves expectatives. I és un motiu que porta a consultes més freqüents o a altres alternatives terapèutiques.
4. Les persones més freqüentadores als serveis sanitaris tenen diagnosticades diverses patologies mèdiques o absència de diagnòstics mèdics que ho justifiquin, però tenen una forta sensació de malestar o patiment, i l'actual sistema sanitari públic no els hi dona sempre una resposta adequada als problemes que presenten o perceben.

3.3. DISSENY I TÈCNIQUES DE LA INVESTIGACIÓ

En aquest apartat s'exposa la metodologia emprada en aquesta investigació, les diverses tècniques que s'han utilitzat, les fonts consultades per a la recollida de dades, la procedència dels informants i la presentació dels informants clau. També s'exposa com s'ha fet l'anàlisi posterior.

3.3.1. Metodologia de la investigació

Aquesta investigació és una etnografia que intenta descriure i comprendre aspectes del comportament humà, com ara creences, percepcions, vivències, experiències, significats i pràctiques amb relació a la salut/malaltia, amb mètodes propis de la

investigació qualitativa, optant per una anàlisi hermenèutica interpretativa. En alguns aspectes i moments puntuals s'ha introduït l'anàlisi estadística quantitativa bàsica, combinant així les metodologies qualitativa i quantitativa.

Sovint s'ha suscitat el debat de si l'antropologia és una ciència, sobretot pel fet que és una disciplina que es basa fonamentalment en l'observació i en la interpretació que duu a terme l'observador. El fet que les ciències naturals com la física o la química es recolzin en l'experimentació ha tendit a considerar-les "més ciències". Tot i així, Priest (2014) defensa que no sempre les ciències naturals es basen exclusivament en l'experimentació rigorosa, sinó que també ho fan en l'observació i la inferència. L'antropologia difícilment pot portar a terme l'experimentació i es recolza, sobretot, en la descripció i interpretació d'allò observat:

"Semejante concepción de la manera en que funciona la teoría en una ciencia interpretativa sugiere que la distinción (en todo caso relativa) que se da en las ciencias experimentales o de observación entre "descripción" y "explicación", se da en nuestro caso como una distinción aún más relativa entre "inscripción" ("descripción densa") y "especificación" ("diagnóstico"), entre establecer la significación que determinadas acciones sociales tienen para sus actores y enunciar, lo más explícitamente que podamos, lo que el conocimiento así alcanzado muestra sobre la sociedad al que se refiere y, más allá de ella, sobre la vida social como tal" (Geertz, 2003, p. 37).

Tal com diu Geertz, l'anàlisi d'una cultura no es pot fer com en una ciència experimental, sinó que s'ha d'anar a les interpretacions que en fan els individus, s'han de buscar els significats i com ho viuen els subjectes integrants. L'etnografia és el mètode que permet aquesta anàlisi.

L'etnografia, segons Hammersley & Atkinson (1994), és un mètode en què l'etnògraf participa, obertament o de manera encoberta, en la vida de les persones durant un període de temps. Durant aquest temps l'investigador observa, escolta, pregunta i arreplega totes les dades que puguin servir per donar llum a la investigació.

Per Fons (2002) i Mallart (1998), l'etnografia també són relacions humanes en què s'estableixen lligams i connexions que poden ser més profundes que una simple relació d'investigació. Els autors defensen que són experiències i interaccions que deixen empremta i poden perdurar tota la vida, tant en l'investigador com en els investigats. En els treballs de camp, els ndowe i els evuzok van integrar Fons i Mallart, respectivament, com a subjectes més del grup. Així, aquests autors consideren el treball de camp quelcom més que un treball d'investigació: "Estic convençut que l'etnografia és més una actitud, un art, que un seguit de tècniques

d'observació o d'enquesta. La majoria d'aquestes tècniques, per altra banda, s'aprenen soles" (Mallart, 1998, p. 45).

Per Mallart, en el treball de camp no hi ha un moment per fer etnografia i un que es deixa de fer-la; per ell tots els detalls i tot allò que succeeix al terreny, per insignificant que sembli, pot tenir importància i significat, i esdevenir una dada valuosa per a l'anàlisi.

Pel que fa a l'inici i al transcurs del treball, Hammersley & Atkinson (1994) defensen que el curs d'una etnografia no pot estar predeterminada, però això no elimina la necessitat d'una preparació prèvia; consideren que una etnografia ha de ser un procés reflexiu en totes les etapes.

Aquest treball etnogràfic té el nucli central i el punt de referència en un servei d'urgències hospitalari. De les entrevistes i observacions durant aquest període en provenen la major part dels testimonis; són els informants clau. Tanmateix, el treball abasta un període molt extens de temps. La meua vida com a professional infermera assistencial també forma part de l'etnografia, la riquesa de les aportacions de les persones ateses són d'un valor immens. En la vida professional és on es van forjant els primers dubtes i els primers interrogants, quan comences a observar disparitat de significats i representacions davant el mateix esdeveniment pels diversos actors que hi intervenen, o com el mateix actor canvia les seves interpretacions depenent del moment o del context. Per tant, també recullo aquests testimonis valuosos provinents d'aquesta dimensió. També incorporo les aportacions de les entrevistes realitzades en dos treballs més. Un és el treball per a la tesina de màster realitzat al mateix servei d'urgències, amb entrevistes a 26 persones i observació al servei⁴⁶. L'altra és un treball elaborat en un servei de cures intensives arran de l'episodi de grip A altament mediàtic l'hivern de 2009-2010, en el qual vaig entrevistar 10 persones que van estar-hi ingressades⁴⁷.

Com defensen Hammersley & Atkinson (1994), no es comença una investigació des de zero: en aquest treball hi ha hagut una preparació prèvia, amb tot allò que s'ha

⁴⁶ Per aquest treball es van dur a terme 26 entrevistes: 13 dones i 13 homes, en edats compreses entre els 24 i 79 anys, l'edat mitjana era de 52 anys. Els requisits van ser haver acudit al servei d'urgències, ser major d'edat, ciutadà espanyol i viure a la ciutat de Sabadell.

⁴⁷ En aquest episodi van estar ingressades en la UCI 14 malalts: 9 dones i 5 homes. Dels quals sols se'n va poder entrevistar a 10: 7 dones i 3 homes; 3 van declinar fer l'entrevista i un va morir a la planta d'hospitalització. Les edats dels entrevistats eren entre els 44 i 76 anys, la mitjana de 51 anys.

exposat al punt anterior; tanmateix, a mesura que s'ha ampliat la investigació, s'han anat repensant, reflexionant i incorporant nous elements.

3.3.2. Tècniques d'investigació

En aquest apartat es presenten les tècniques utilitzades per a aquesta investigació, les fonts per a la recopilació de dades i l'anàlisi posterior.

3.3.2.1. Entrevistes semiestructurades

Per a aquest treball s'han realitzat 25 entrevistes semiestructurades. Els criteris per a la inclusió han estat persones majors d'edat i altament freqüentadores al servei d'urgències hospitalari (SUH) en l'àrea d'adults, la qual atén malalts de medicina interna, cirurgia general, traumatologia i psiquiatria. Es van incloure els usuaris que hi havien acudit en dotze ocasions en almenys un any del període estudiat (2006-2013). Les entrevistes es van fer entre l'abril i el juliol del 2014. La procedència era de la mateixa ciutat o d'una població de l'àrea geogràfica que té com a referent aquest centre hospitalari.

El servei de Documentació Clínica de l'Hospital va facilitar les dades de totes les assistències al servei d'urgències de cada any. Amb aquestes dades es va contactar amb les persones per via telefònica; si no contestaven, es tornaven a trucar en alguna ocasió més, i si no responien es descartaven. Van ser pocs els informants contactats que es varen negar a accedir a l'entrevista. Alguns van al·legar que s'ho havien de pensar, algun altre que ho comentaria amb el metge que el visitava. També es va preguntar si el metge estava al corrent de l'entrevista, i una persona volia saber si tenia relació amb aspectes administratius. En aquests casos la sensació era que la persona no confiava en una trucada telefònica en què se li sol·licitava una entrevista; segurament, el fet que sigui una circumstància no habitual ja pot ser suficient per desconfiar-hi.

En el moment del contacte se'ls explicava l'objectiu del treball i se'ls convidava a participar-hi; si hi accedien es concretava dia, hora i lloc per a l'entrevista. Els participants decidien on preferien ser entrevistats: la majoria van optar pel seu domicili, vuit van escollir un bar, i en un cas es va fer a l'hospital, perquè el malalt hi estava ingressat.

Abans d'iniciar l'entrevista se'ls tornava a explicar els motius i en què consistia el treball, i si hi estaven d'acord signaven el consentiment informat. Tots el varen

signar excepte una dona, que s'hi va negar; tanmateix, ella va sol·licitar fer l'entrevista. El motiu que va al·legar va ser que estava molt dolguda amb l'hospital, pel fet que hi havia tingut problemes anteriorment; per aquest motiu desconfiava per signar i ser enregistrada, però, en canvi, sí que volia parlar d'allò que la preocupava.

Les entrevistes es van registrar totes, excepte en set informants, que ho varen rebutjar; en aquests casos es van prendre notes a mà. En tots els casos, a més dels enregistraments, es van prendre notes d'aspectes com l'espai o del llenguatge no verbal, que van ser útils per a l'anàlisi posterior.

La duració de les entrevistes va oscil·lar considerablement entre una hora i fins a més de tres. Unes set entrevistes van durar al voltant d'una hora, tretze entre una hora i mitja i dues hores, i cinc entre dues i més de tres hores. Algunes van ser ràpides, amb contestes concretes i acotades a allò que se'ls preguntava; altres van esdevenir conversacions en què les persones explicaven tota la seva història de vida, les seves malalties, les afliccions, els neguits, les preocupacions i els seus problemes.

En algunes entrevistes, en el primer moment es va manifestar recel i una certa desconfiança cap a l'entrevistadora; els informants estaven a l'expectativa d'allò que se'ls preguntava i responien amb cautela, però en la majoria va anar emergint un clima de confiança i confort. Sols en algunes puc considerar que es va tractar d'una entrevista merament formal. A tall d'exemple, un testimoni va preguntar si el metge sabia que se l'estava entrevistant i si l'informaria sobre allò que ell explicava; una vegada que va tenir la confiança que l'entrevistadora mantindria l'anonimat i el secret, i al mateix temps observava que les preguntes no tenien relació directa amb les consultes mèdiques, es va crear un ambient de confiança.

Un altre punt que cal considerar és que alguns informants van explicitar que quan s'hagués acabat l'enregistrament comentarien alguns aspectes que no volien que quedessin enregistrats, i altres, crec que intencionadament, no van comentar certs fets o opinions fins que no es va tancar l'enregistradora. Tots, però, varen donar el permís per utilitzar la informació; el que no volien és que quedés enregistrada la seva veu sobre qüestions que per ells eren sensibles i delicades; algunes d'aquestes informacions les he utilitzat, altres no.

En general vaig quedar satisfeta amb la sintonia assolida. Realitzar una entrevista és una situació que en el nostre entorn no hi estem avesats pot generar

desconfiança; a més a més, tractant-se d'una sola entrevista, pot ser poc temps en algunes persones perquè se sentin còmodes i confiades. La majoria van manifestar que mai ningú els hi havia fet una entrevista, la qual cosa els feia sentir especialment satisfets d'haver estat escollits i d'haver-hi col·laborat.

Alguns informants referien que trobaven molta solitud en el dia a dia, i l'entrevista era una manera de passar l'estona, d'estar acompanyats, que algú els escoltés o de poder explicar tot allò que en ocasions no gosen dir. Quan es donava per acabada, alguns manifestaven: *ja està?, això és tot?, pregunta, pregunta, a mi m'agrada que em preguntin*. Diverses entrevistes van tenir una durada molt més llarga del temps enregistrat: en el moment d'acabar i apagar la gravadora continuaven parlant i explicant coses; en ocasions es feia difícil trobar el moment d'acomiar-se. La sensació de la investigadora era que si havien permès envair-los l'espai personal, tot i que haguessin donat prèviament permís, una vegada obtingudes les dades que interessaven, es sentia com una "obligació moral" continuar escoltant-la; a més, per alguns era un alleugeriment dels seus problemes. També en algun cas varen demanar consell en aspectes mèdics o de cures, perquè també em presentava a com infermera de l'hospital, i aquest doble rol facilitava preguntar sobre aquestes qüestions.

Es van entrevistar 14 dones i 11 homes, en edats compreses entre els 21 i els 80 anys, i amb una edat mitjana de 46,5 anys. A la taula 1 es mostren les variables sociodemogràfiques dels informants entrevistats.

Taula 1. Variables sociodemogràfiques dels informants entrevistats

● ⁴⁸ ▲ ⁴⁹	Sexe	Edat	Situació familiar	Nivell d'estudis ⁵⁰	Situació laboral
ED01●	D	36	Separada, viu en una habitació de lloguer, 2 fills en centre acollida	Primaris	Pensió
ED02▲	D	36	Viu amb parella	Primaris	Pensió
ED03	D	44	Casada, 1 fill, viu amb el marit i fill	Primaris	Ajuda familiar
ED04●	D	36	Casada	Primaris	Atur
ED05●	H	45	Solter, viu al carrer	Secundaris	Ajuda
ED06●	D	40	Soltera amb parella, viu sola	Secundaris	Pensió
ED07▲	D	35	Separada, 1 fill, viu amb els pares	Primaris	Invalidesa
ED08●	H	54	Divorciat, 2 filles, viu sol, té	Primaris	Invalidesa

⁴⁸ ● Entrevistes realitzades en un bar; les altres en el domicili.

⁴⁹ ▲ Entrevistes no enregistrades en àudio.

⁵⁰ El nivell d'estudis s'ha dividit en primaris/pocs estudis; en secundaris, que inclou el batxillerat i la formació professional; i en estudis superiors universitaris.

parella					
ED09	H	79	Casat, 2 fills, viu amb l'esposa	Primaris	Jubilat
ED10▲ 51	H	64	Divorciat, amb parella, 2 fills, viu amb la parella	Secundaris	Invalidesa
ED11▲●	H	23	Solter, viu amb els pares	Primaris	Actiu
ED12	H	80	Casat, 3 fills, viu amb l'esposa i un fill	Superiors	Jubilat
ED13▲	D	44	Separada, 6 fills, viuen 7 a casa	Primaris	Venda ambulat
ED14	D	49	Separada, 3 fills, 2 viuen amb ella	Primaris	Invalidesa
ED15●	H	51	Amb parella, viu amb 2 fills de la parella	Primaris	Baixa laboral
ED16	D	41	Soltera, viu amb la mare	Primaris	Invalidesa
ED17	D	39	Soltera, té parella, viu amb pares	Primaris	Invalidesa
ED18	H	41	Solter, viu amb els pares, germana i nebots, 6 a casa	Secundaris	Invalidesa
ED19	D	74	Casada, 2 filles, viu amb el marit	Primaris	Jubilada
ED20●	H	32	Immigrant, viu on pot o al carrer	Superiors	Cap ingrés
ED21	H	55	Separat, 1 fill, viu sol	Secundaris	Actiu
ED22▲	D	66	Vídua, viu sola	No estudis	Jubilada
ED23▲	H	21	Solter, amb els pares i 1 germà	Secundaris	Pensió
ED24	D	24	Parella i 3 fills, viu amb una àvia	Secundaris	Llar
ED25	D	55	Separada, viu amb la filla	Secundaris	Pensió

Font: Dades de les entrevistes. Elaboració pròpia.

Un fet que contrasta entre les entrevistes d'aquest treball i les realitzades anteriorment (entrevistes per a la tesina de màster i per a l'episodi de grip A), és que en aquest últim episodi gairebé una tercera part (set en total) dels entrevistats no varen acceptar ser enregistrats en el moment d'iniciar l'entrevista, tot i que després en la majoria de casos es va obtenir una bona sintonia. En canvi, en les entrevistes dels treballs anteriors no havia succeït aquest fet: en el treball de tesina cap informant es va negar a ser enregistrat, i en el de la grip sols una testimoni, que afirmava que estava molt dolguda i insatisfeta amb les atencions i serveis que havia rebut. La principal diferència entre aquesta tanda d'entrevistes i les dues anteriors és que en aquest cas eren persones altament freqüentadores, la majoria amb un estret lligam a alguns serveis de l'hospital en visites mèdiques i altres tipus de consultes⁵². Aquest factor podria contribuir que, en el moment

⁵¹ Aquest testimoni es va entrevistar a l'hospital, ja que estava ingressat en aquell moment.

⁵² En el treball de tesina la majoria eren persones usuàries esporàdiques del servei d'urgències, en aquest cas que no es va tenir en compte la seva freqüència; i en el treball de la grip A era enfocat a la vivència de l'episodi.

d'iniciar l'entrevista, la persona no tingués la seguretat de les intencions de l'entrevistadora i li generés desconfiança inicial.

3.3.2.2. Qüestionaris al servei d'urgències

Al servei d'urgències es varen realitzar 300 qüestionaris a persones que s'estaven atenent en aquell moment en alguna de les àrees del servei d'adults, el mateix que s'havia seleccionat per a les entrevistes.

Els qüestionaris constaven de dues parts. La primera part i objectiu més important era amb relació a les xarxes socials. Cada vegada és més coneguda la importància que tenen en els processos de salut/malaltia, i la finalitat del qüestionari era conèixer la freqüència en la utilització del SUH del subjecte i la que ell coneixia del seu entorn. Les preguntes es plantejaven amb relació al nombre d'ocasions que hi havia acudit l'usuari, i si coneixia l'ús i la freqüència que en realitzava la seva xarxa personal, en especial els familiars, a fi d'ajudar en l'anàlisi dels aspectes que porten a l'ús i freqüentació dels SUH. L'altra part, la secundària, era interrogar amb relació a què s'entén per salut/malaltia, per gravetat/urgència, com consideraven de greu i urgent el problema pel qual acudia i quin grau de salut percebia. La finalitat era obtenir un nombre més gran de respostes amb relació a aquests conceptes; i pel fet que a priori no eren persones altament freqüentadores, podien donar respostes amb algunes percepcions i matisos diferents en alguns aspectes.

La selecció es va fer de forma aleatòria, i els criteris per a la inclusió eren ser una persona major d'edat, no tenir deteriorament cognitiu, estar ingressat en alguna de les àrees del servei d'urgències d'adults en aquell moment i accedir a col·laborar-hi. En aquests casos se'ls va explicar el motiu del qüestionari, si hi accedien se sol·licitava consentiment sols verbal, pel fet que no es varen enregistrar les converses i les dades eren anònimes; així ho vàrem pactar amb el Comitè d'Ètica i Investigació Clínica. Aquests qüestionaris es van facilitar al llarg del 2014.

Per a la selecció, primer preguntava a la infermera del servei si hi havia algun malalt que presentés alguna limitació, com ara demència intel·lectual o afàsia per comprendre i contestar les preguntes, els quals es descartaven. Els qüestionaris es van dur a terme en els espais on estaven ingressats, que eren habitacions de dues persones o en sales de fins a 8 o 10 persones. En tots els espais la separació es feia

amb una mampara o cortina, la qual cosa facilitava que les altres persones poguessin escoltar la conversa, i més si el to de veu requeria que fos alt⁵³.

L'objectiu més important era contestar la primera part del qüestionari, la que feia referència a les xarxes, la qual varen contestar 300 persones. Quan acabava la primera part del qüestionari l'informant decidia si volia continuar amb les preguntes de la segona part, que tenien relació amb els aspectes de la salut/malaltia. Si observava que la persona tenia poca disposició a contestar o si l'individu tenia dificultats, per exemple que fos una mica sord i requeria parlar molt alt, donava per finalitzada l'entrevista quan havia contestat la primera part. Un inconvenient va ser que en ocasions el fet que eren persones que estaven al servei esperant visites o resultats, si arribava un professional i calia donar-li pas, deixava la meua intervenció. En alguns casos no va ser possible reprendre-la posteriorment, i si no havia acabat la primera part, el qüestionari no era vàlid; si aquesta part havia conclòs el donava per finalitzat.

La durada dels qüestionaris es va calcular en uns 15 o 20 minuts, i així va ser en diverses ocasions. En altres, però, el temps va ser molt superior, fins a arribar a les dues hores o més en alguns col·laboradors. De la mateixa manera que succeïa en les entrevistes, per moltes persones era una oportunitat per conversar i tenir companyia; algunes tenien una gran necessitat de parlar i que algú les escoltés, per explicar tots els seus neguits, afliccions o preocupacions. En un espai on les hores poden passar molt lentes amb les angoixes pel problema nou que presentaven o que ja tenien crònic, *poder parlar amb algú sense presses*, com alguns van manifestar, l'espera se'ls feia més suportable i menys angoixant. Molts estaven sols i avorrits, altres acompanyats per un familiar. En la majoria dels casos van estar "enormement agraïts" que algú els preguntés, manifestaven que *això hauria de passar més sovint* i que l'hospital *hauria d'oferir aquest servei*.

Mallart (1998) entén l'etnografia com una relació humana, no solament com un mètode científic, i és això el que succeïa en algunes de les entrevistes i qüestionaris: en alguns casos van aflorar emocions i sentiments de ràbia, d'ira, d'impotència; diverses persones van plorar, algunes desconsoladament, davant la incertesa del seu futur o pels patiments que tenien. Aquests fets deixen empremta,

⁵³ Aquesta problemàtica d'haver de parlar alt i que tots els presents a la sala puguin escoltar la conversa també hi és quan els professionals interroguen els malalts; aquest fet pot causar angoixa i malestar, ja que en ocasions se'ls pregunta qüestions que involucren aspectes íntims i se n'assabenten els demés de la sala.

perquè amb el pas dels anys recordes bé alguns dels informants i les seves problemàtiques, tant en les entrevistes als domicilis com en els qüestionaris al servei d'urgències.

Altres, però, davant de les preguntes que se'ls estava formulant, van fer el comentari de *quines preguntes tan rares o estranyes que ens està fent; això que ens està preguntant servirà per alguna cosa?*, o també *no crec que això serveixi per res!*. En l'imaginari d'algunes persones un treball que tracti sobre la salut i la malaltia, i més, realitzat en un espai hospitalari, esperen que versarà sobre qüestions centrades en els símptomes que presenten o sobre la malaltia, per la qual cosa el tipus de preguntes els causa sorpresa i estranyesa.

Com s'ha dit abans, els 300 qüestionaris contenen totes les respostes sobre la freqüentació, però no totes sobre les altres qüestions; aquest element l'he tingut en compte quan he analitzat la part quantitativa. En canvi, el tractar-se d'un treball qualitatiu no era tan important el nombre de persones que contestaven les preguntes qualitatives sinó la resposta que donaven.

Dels 300 qüestionaris realitzats, 167 eren fets a homes i 133 a dones, amb una edat mitjana de 61 anys. A taula 2 es mostren les variables sociodemogràfiques dels informants que van respondre els qüestionaris.

Taula 2. Variables sociodemogràfiques d'informants dels qüestionaris

		Homes	Dones
Situació familiar	Casats/parella	119	65
	Vidu/divorciat	25	53
	Solter/a	23	15
Nivell d'estudis	No estudis	3	15
	Primaris	109	85
	Secundaris	45	28
	Superiors	11	4
Situació laboral	Actiu	50	28
	Atur	16	17
	Jubilat/pensionista	101	79
	Tasques de la llar	0	9
Residència	Viuen sols	16	20
	Acompanyats	150	108
	Residència geriàtrica	1	5

Font: Dades dels qüestionaris SUH. Elaboració pròpia.

3.3.2.3. Entrevistes informals als professionals

Es van dur a terme diverses converses i entrevistes informals amb els professionals del servei d'urgències de totes les categories professionals: metges, infermeres, TCAI i portalliteres. En aquest cas se'ls va informar prèviament de l'objectiu i se'ls va sol·licitar permís verbalment, però no es va enregistrar cap conversa; s'ha mantingut en tot moment l'anonimat. La col·laboració d'alguns va ser satisfactòria i sincera, i va proporcionar informació valuosa; en canvi, en altres casos hi va haver recel a parlar o rebuig a la conversa. Els professionals que van estar més disposats a col·laborar varen ser les infermeres, les TCAI i els portalliteres; els que menys els metges, tot i que amb alguns les converses varen ser valuoses i gratificants, i van aportar informació rellevant. També introdueixo i analitzo informació provinent de l'àmbit professional, la qual m'ha estat útil per a la contrastació dels diversos espais.

3.3.2.4. Observació

Vaig dur a terme diverses sessions d'observació a les sales d'espera del servei d'urgències. Aquestes sales d'espera són espais bastant desconeguts per als professionals, se'ls sol prestar poca atenció. Estar asseguda en una sala d'espera de manera anònima i observar allò que hi succeeix em va facilitar adonar-me d'algunes conductes i situacions que com a professional les pots intuir, però observar-les anònimament entre els que esperen et permet detectar millor aspectes que d'altra manera s'escapen més al coneixement d'allò que hi succeeix. A més, s'observa des d'una mirada diferent a la de professional sanitària, com és el punt de vista l'antropològic. També vaig dur a terme algunes sessions d'observació dins del servei en les diverses sales assistencials.

3.3.2.5. Anàlisi de fonts documentals

El Departament de Documentació Clínica de l'hospital cada any –del 2006 al 2013– fa facilitar les dades de les assistències al servei d'urgències. Aquestes dades es van utilitzar per fer l'anàlisi estadística i per poder contactar amb les persones per a la realització de les entrevistes.

Altres fonts utilitzades per a l'anàlisi han estat les consultes a webs, censos, registres, diaris i informes. Al llarg del treball s'especifica la procedència de les fonts que hi van apareixent.

3.3.2.6. Codificació dels informants

Com s'ha dit, en aquesta tesi s'utilitzen referències de testimonis que procedeixen de diverses fonts, per la qual cosa es considera convenient explicar com s'han codificat i quina n'és la procedència. Tot seguit exposo un exemple dels diversos codis:

- (ED01, dona, 36 anys), són els testimonis de les entrevistes realitzades per a aquest treball; les cites van en lletra cursiva i sense cometes.
- (Q001, home, 79 anys), són els testimonis dels qüestionaris realitzats per a aquest treball; les cites van en lletra cursiva i sense cometes.
- (E01, home, 77, anys), són els testimonis de les entrevistes provinents del treball de tesina de màster; les cites van en lletra cursiva i sense cometes.
- (EG01, dona, 47, anys), són els testimonis de les entrevistes de l'episodi de la grip A, ingressats a la UCI; les cites van en lletra cursiva i sense cometes.
- (A, a), són els testimonis anònims, són malalts o familiars que procedeixen de diversos espais: 1) notes obtingudes en les observacions a les sales d'espera; 2) notes obtingudes en els qüestionaris al servei d'urgències, expressions que deia el malalt o el familiar fora del que era el qüestionari en si mateix; 3) notes obtingudes en les estades en el servei d'urgències en malalts o familiars que no vaig entrevistar però hi vaig conversar; 4) comentaris que en les entrevistes va fer fora de l'enregistrament, el mateix entrevistat o el familiar; 5) notes obtingudes a través de la meua carrera professional procedents de malalts i familiars. L'abreviatura es posa en minúscula si està integrada en el text, i majúscula en els altres casos. Si en el text queda explícit que ho manifesta un informant ja no s'especifica. Les cites van en lletra cursiva i sense cometes.
- (P, p) són els testimonis dels professionals. En aquest cas no distingeixo ni la categoria ni el sexe, pel fet que he intentat mantenir-los en el màxim anonimat. En alguns casos queda explícit quina a categoria professional pertanyen, però en altres no es correspon. Si en el text queda clar que ho manifesta un professional ja no s'especifica. L'abreviatura es posa en minúscula si està integrada en el text, i majúscula en els altres casos. Les cites van en lletra cursiva i sense cometes.

- Quan escric en lletra cursiva, sense cometes, sense codi ni referències a testimonis són expressions comuns i generals, que sovint formen part dels espais assistencials i socials, tant dels professionals com dels malalts i famílies.

Per tal de mantenir l'anonimat dels professionals al màxim en aquest treball, quan em refereixo a les infermeres, ho faig en femení, independentment de si són dones o homes, atès que aquest col·lectiu està format en la seva gran majoria per dones. També em refereixo en femení si són Tècnics de Cures Auxiliars en Infermeria (TCAI), ja que també són majoritàriament dones; també incloc en aquest grup els portalliteres, pel fet que és un grup reduït i per no fer una altra classificació. En canvi, quan em refereixo als metges ho faig en masculí: aquest col·lectiu, tot i que la proporció actualment està més equilibrada, encara es continua decantant lleugerament cap al sexe masculí.

En les respostes dels informants s'ha anonimitzat l'hospital. He de dir que quan mencionaven un servei o hospital no sempre feien referència a l'hospital en el qual s'havia realitzat el treball; molts han estat ingressats en altres hospitals i han acudit també a altres SUH o consultes i parlaven indistintament d'un o altre hospital. En un sentit semblant succeeix en les opinions dels professionals, que no sempre es referien al seu entorn més immediat en aquell moment. Per la qual cosa, es mostren situacions que van més enllà d'un centre concret i abasten un context sanitari més ampli.

3.3.2.7. Anàlisi

Per fer l'anàlisi, el primer pas va ser transcriure literalment les entrevistes enregistrades a un document Word. Amb les dades obtingudes es van crear codis o unitats d'anàlisi, posteriorment es van agrupar en categories i temes per a la discussió. Per a l'anàlisi s'han compilat les dades procedents de tots els àmbits, els etnogràfics, l'anàlisi quantitativa i la resta de fonts, com les consultes a webs, a censos, a registres, a diaris o a informes.

En els resultats d'aquest treball s'ha utilitzat, quan ha estat possible, l'estratègia de triangulació, entesa com la comprovació o comparació de la informació referent a un determinat fenomen. La informació s'ha obtingut des de diversos espais, tempos i actors. Segons Cea d'Ancona (1996), amb la triangulació s'obté una informació més profunda i diversificada, els resultats adquireixen un grau més gran de

validesa i facilita la comparació per mètodes diferents, i es demostra que les metodologies quantitativa i qualitativa es poden usar de manera complementària. Hammersley & Atkinson (1994) descriuen tres tipus de triangulació: la temporal, que permet la comparació de la informació referent a un mateix fenomen obtinguda en diferents fases del treball de camp; l'espacial, obtinguda en diferents punts o escenaris, i una tercera a partir de confrontació del relat de diversos participants, incloent-hi el relat de l'etnògraf. Aquests tres tipus –moments, espais i relats– es donen en aquest treball.

Un dels valors de les entrevistes i qüestionaris és que han corroborat allò que alguns malalts m'havien manifestat en la pràctica professional, i és un dels motius pels quals s'han incorporat cites obtingudes a peu de llit. Com ja s'ha dit, es tracta d'una etnografia que té un episodi central pel que fa a l'obtenció de dades, però que abasta un període molt més llarg: els dos es complementen. Així mateix, la incorporació de dades quantitatives ha ajudat a comprendre alguns fenòmens.

3.3.3. Algunes consideracions

El fet de formar part de la plantilla de la institució, de conèixer els espais físics i alguns professionals em va facilitar l'accessibilitat i la llibertat de moviments al SUH, tot i que en algun moment vaig tenir algun petit entrebanc. Com exposen Hammersley & Atkinson (1994) i Romaní (2013) alguns antropòlegs es troben amb dificultats per accedir al camp hospitalari, pels recels de les autoritats sanitàries i dels mateixos professionals. A més, en el meu cas, la col·laboració de la directora mèdica del servei (doctora Iglèsias), i del coordinador d'Infermeria (l'Alfons), que varen veure de bon grat i interessant el meu treball, van contribuir a fer-m'ho més planer. També, puntualment, em van donar suport en algun problema derivat del recel d'alguns professionals.

Quan vaig fer les estades al servei d'urgències em presentava i explicava els motius del meu treball als professionals amb els quals havia de relacionar-me, que eren els responsables assistencials dels malalts i famílies⁵⁴. Els recels d'alguns professionals mentre estava realitzant els qüestionaris o parlant amb alguns malalts i famílies van aparèixer, recels tant en els que ja coneixien el meu treball com en d'altres a qui va causar estranyesa la meva presència. En alguna ocasió,

⁵⁴ Des de la direcció mèdica del servei i supervisió d'infermeria es va informar de la meua presència i del meu treball en el servei, però el fet de ser un departament amb molts professionals, possiblement la informació no va arribar a tots ells.

mentre estava entrevistant un testimoni acudia un professional amb l'excusa que ell havia de dur a terme alguna intervenció al malalt de manera immediata, però la finalitat era apartar-me, ja que no em preguntava si tardaria en acabar, i així poder-nos coordinar i fer els dos les funcions sense impediment mutu. En alguna ocasió vaig observar que quan m'havia allunyat del malalt, el professional també ho havia fet, sense haver dut a terme cap actuació.

També, en alguna ocasió, i amb poca educació, se'm va qüestionar davant del malalt la presència en aquell espai, així com els objectius, menystenint el meu treball. En aquestes circumstàncies em retirava momentàniament per no generar conflicte davant del malalt. En algun cas, posteriorment, al reprendre l'entrevista, el testimoni es va mostrar sorprès de l'actitud del professional que m'havia apartat. Els professionals se solen mostrar recelosos de la seva professió i perceben com una intromissió que un "altre", sobretot si no és del servei o equip, conversi amb un malalt o familiar. Aquestes situacions es van donar en més ocasions amb els metges, però no exclusivament. Quan ocorrien condicionaven negativament el meu treball per realitzar els qüestionaris amb la tranquil·litat que requereixen, o per l'inconvenient d'haver-los de deixar a mitges. Tot i així, aquest fet es va donar en poques ocasions, però quan succeïa em provocava malestar.

El meu doble rol de professional infermera i antropòloga ha tingut aspectes positius, com poder accedir a informació que, altrament, hauria estat més difícil. Des del rol d'infermera dins l'assistència tens accés a conversacions que difícilment són accessibles pel qui no està al moll de l'os. També pel fet que estar com a professional al costat de la persona malalta en un moment especialment difícil per a ella, en què pot tenir la necessitat d'explicar els seus neguits i preocupacions, pot facilitar l'obtenció d'informació significativa. A més a més, si durant diversos dies seguits cuides la mateixa persona, pot afavorir una confiança més gran i el fet que es puguin establir vincles i converses que, altrament, serien més difícils. A més, formar part de l'assistència també m'ha permès observar les contradiccions que assenyalen Hammersley & Atkinson (1994): depenent del context, de les situacions o de qui es té al davant, els subjectes es manifesten i es comporten de maneres diferents.

Altrament, no sempre els ambients hospitalaris són els més propicis per obtenir un espai de confiança i afavorir que la persona pugui explicar allò que creu o pensa, en especial si són temes delicats per a ella o sap que estan allunyats de la visió

biomèdica en aquest cas. Alguns informants, en les entrevistes especialment, van manifestar que havien explicat coses que mai explicaven, atès que no veien en el seu interlocutor professional una persona que els pogués entendre, però tampoc les podien explicar a la família o al cercle d'amistats. En aquest sentit, Schützenberger (2006) també afirma que les persones, en certs espais i segons l'ambient de confiança que s'hi pot generar, tenen més facilitat per explicar coses que en altres circumstàncies no dirien; es requereix d'un ambient i espai que propiciï i potenciï allò que sentim o volem dir i no ens atrevim. En aquest sentit, algunes de les reflexions més interessants van sorgir espontàniament en les entrevistes fora del guió establert i amb l'enregistradora apagada.

Cal remarcar que aquest doble rol, d'infermera i antropòloga, pot condicionar cap a una o altra banda; així doncs, he intentat que hi interferís el mínim possible. El fet que la meva professió sigui infermera i formar part de la plantilla del mateix hospital comporta que conegui els professionals, les dinàmiques del centre i el sistema sanitari, i en tingui la meva opinió així com de la professió. Soc conscient que això em pot haver influït i podria ser un biaix. Per aquest motiu, he intentat escoltar i analitzar atentament les narratives dels malalts i dels professionals, per tal de ser el més objectiva possible. Formant part de la professió es corre el risc de posicionar-se cap a una banda; però en un altre sentit, també es corre el risc, amb el desig d'intentar ser el màxim imparcial, de no posar en evidència allò que està present en els discursos. He intentat ser el més equànime i objectiva possible.

El rol d'antropòloga és el que em va obrir el camí i donar seguretat per observar el món des d'una altra perspectiva dins l'assistència, i escoltar amb una visió diferent les persones malaltes. El rol d'antropòloga apareix inconscientment a l'espai assistencial; i dins el rol d'antropòloga pot aparèixer el d'assistencial, com va succeir en ocasions en les entrevistes.

Per tal de poder realitzar el treball es va presentar el projecte al Comitè d'Ètica i Investigació Clínica, de la Corporació Sanitària Parc Taulí (CSPT), que el va aprovar.

3.3.4. Pacients, malalts, usuaris

A les persones que estan en un procés d'alteracions en la salut o de malaltia el sistema sanitari biomèdic les considera i anomena *pacients*; ocasionalment s'hi refereix amb els termes de *malalts*, *usuaris* o *clients*. L'assistència sanitària

pública en ocasions els anomena *usuaris*, atès que es considera que usen un servei que estan pagant i usant amb els impostos públics. En canvi, *client* és la persona que compra un producte, en aquest cas un producte sanitari, raó per la qual aquest terme s'usa més en serveis privats. En tots els casos, són persones malaltes o que presenten un trastorn en la salut que pot esdevenir important o no.

El mot *pacient* bàsicament presenta tres acepcions⁵⁵: "1) que té paciència; 2) persona que pateix una malaltia, un mal físic, i se sotmet a un tractament o a una operació per tal de guarir-se; 3) subjecte pacient (o simplement pacient). Persona o cosa que rep l'acció representada pel verb, en contraposició al subjecte agent, que la fa". D'aquestes tres acepcions són significatives la primera i la tercera. Com veiem, la paraula *pacient* té a veure també amb el fet de tenir paciència davant d'una situació: en aquest cas, ser pacient davant la malaltia, vist que pot ser un procés llarg, dolorós i complicat. També és significativa la tercera, ja que ens diu que el subjecte pacient és qui rep l'acció, cosa que implica que ha de ser passiu enfront d'una acció que l'executa un altre; i aquest altre és el subjecte actiu.

El fet que es tracti la persona malalta de "pacient" té un fort component ideològic; diversos autors l'han assenyalat i han tractat i estudiat aquest aspecte. En aquesta construcció ideològica hi han contribuït la biomedicina i els metges, però també altres conjunts socials (Menéndez, 1984b). Menéndez defensa que considerar el malalt, bàsicament, com un "pacient" ja *per se* implica una relació de subordinació i submissió; per tant, solament aquest motiu ja involucra un component ideològic:

"La construcción del "paciente", de la situación de "paciente", supone un trabajo social e ideológico dentro del cual operará el conocimiento médico. En esta construcción intervienen no solo los curadores e investigadores, sino los conjuntos sociales. El rol de paciente supondrá en los hechos una situación de "minoridad" y sobre todo en los pacientes de las clases subalternas" (Menéndez, 1984b, p. 83).

Piulats (2010) defensa que la persona malalta és un ésser pacient i passiu enfront de les manipulacions dels professionals; perd, d'aquesta manera, la seva autonomia i la deixa en mans del complex tècnic sanitari. Piulats sosté que és el sistema qui converteix la persona en pacient exercint-hi poder. També Le Breton s'hi refereix en un sentit molt semblant:

"Esta visión de la enfermedad sólo puede llevar a que el enfermo se abandone, pasivamente, en las manos del médico, y espere que el tratamiento haga efecto. La enfermedad es algo distinto de él: el esfuerzo que pueda hacer para curarse, la colaboración activa no se consideran elementos esenciales. El paciente no es llevado a preguntarse sobre el sentido íntimo del mal que le aqueja, ni a hacerse cargo de él.

⁵⁵ Font: <https://www.enciclopedia.cat/EC-GDLC-e00098193.xml>

Lo que se le pide, justamente, es que sea paciente, tome los remedios y espere los efectos" (Le Breton, 2012, p.180).

D'altra banda, Good (2003) defensa que als estudiants de medicina, ja durant els estudis, se'ls educa per convertir les persones malaltes en pacients:

"Durante este tiempo aprenden a construir personas enfermas y a convertirlas en pacientes, percibidos, analizados y presentados como apropiados para el tratamiento médico. Aprender a representar correctamente por escrito a un paciente es crucial para aspectos bastante sutiles de este proceso" (Good, 2003, p.149).

També Ellis-Stoll & Popkess-Vawter (1998) s'hi refereixen en un sentit semblant. Els autors assenyalen que tradicionalment la paraula *pacient* implica un procés en un sol sentit, dels proveïdors del producte sanitari cap a la persona; d'aquesta manera a l'individu malalt se l'aparta de la possibilitat de decisió.

Per al sistema sanitari biomèdic, ser pacient implica bàsicament ser submís, passiu i obedient respecte al sistema i als professionals. S'espera que el pacient accepti allò que els professionals creuen més convenient per a ell, i se sotmeti als seus criteris sense posar gaire resistència i de bon grat; també que confii totalment i absoluta en els professionals i el sistema. De manera que el mot *pacient* està fortament ideologitzat i lligat a la disciplina biomèdica; se'l considera i se'l tracta com a pacient en els termes que s'han descrit. Amb la qual cosa, considerar i tractar la persona malalta de pacient està en contradicció amb l'empoderament que actualment es pregona que haurien d'assolir tots els individus. D'acord amb aquests criteris i el que exposen els autors esmentats, tractar i considerar una persona de pacient porta implícit que es pot exercir poder sobre la persona.

D'altra banda, no hi ha cap vocable que abasti totes les possibles situacions i complexitats del procés que està afectant la persona. Unes conjuntures que van des de situacions molt complexes i greus en unes persones, fins a altres que consulten per un problema que pot ser molt menor i sense rellevància. Tanmateix, el mot *malalt*, tot i no ser el més adequat per a totes les ocasions, és més adient i inclusiu que el mot *pacient*. El mot pacient ens diu que, a més d'estar malalt és pacient i passiu. La paraula *malalt* és més dinàmica i, possiblement, pugui ser compartida per més actors i en més ocasions. També dins les paraules possibles és la que menys estigmatitza i considera la persona amb més respecte; el mot *pacient* és més invalidant pel fet que se li pot estar demanant que deixi en mans d'altres la seva curació, i aquest fet, *per se*, li treu capacitat de decisió i li anul·la la dignitat. Hi ha encara un últim element: les persones es defineixen a elles mateixes o als altres

com a *malaltes*, en molt poques ocasions utilitzen el mot *pacient*; un punt més per no tractar-les de *pacients* i sí de *malalts*.

Per tant, d'acord amb aquests arguments i amb la línia que defensen aquests autors, i també fruit de la meva pràctica i experiència professional, en el present treball no parlaré de *pacients*, sinó de *malalts* o *persones malaltes*; en alguns casos, d'*usuaris*, pel fet que consulten un servei públic que tenen a la seva disposició i contribueixen a fer-lo sostenible. També m'hi referiré com a *testimonis* i *informants* que són d'aquest treball. Finalment, cal destacar que també seria adient tractar-los de *col·laboradors*, ja que amb la seva col·laboració ha estat possible dur-lo a terme.

3.4. CONTEXT GEOGRÀFIC I UNITAT D'ANÀLISI

El context geogràfic d'aquest treball es situa a la ciutat de Sabadell, una de les dues capitals de la comarca del Vallès Occidental. La població, tant de la comarca com de la ciutat, és majoritàriament de classe obrera i treballadora, amb un alt component d'immigració estatal dels anys 50 i 60, i posteriorment internacional.

El centre on s'ha desenvolupat el treball és la Corporació Sanitària Parc Taulí (CSPT), un centre sanitari gran que forma part de la XHUP (Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública)⁵⁶. El finançament de la CSPT prové dels fons públics, i la gestió és de caràcter mixta⁵⁷. Els ingressos econòmics a l'any 2012 van ser de 217 milions d'euros i les despeses de 216 milions; a l'any 2018 els ingressos van ser de 274 milions d'euros i les despeses també de 274 milions; i a l'any 2019 els ingressos de 284 milions i les despeses de 290⁵⁸.

L'any 2012 el nombre de professionals de la CSPT era de 3.486; a l'any 2018 era de 3.674 professionals, i l'any 2019 de 3.724⁵⁹.

⁵⁶ La XHUP depèn del Servei Català de la Salut (CatSalut), que és l'òrgan que planifica, avalua, finança i compra els serveis i les prestacions de la salut, qui garanteix les prestacions sanitàries de cobertura pública per la població del país; i de l'Institut Català de la Salut (ICS), que és un dels proveïdors de serveis sanitaris.

⁵⁷ El govern està constituït pel Consell de Govern, el President, el Vicepresident i el Director general. El Consell de Govern el componen onze membres nomenats per les entitats que integren la CSPT: sis representants de la Generalitat de Catalunya, designats pel Conseller de Sanitat i Seguretat Social; un representant de l'Ajuntament de Sabadell; un representant de la Universitat Autònoma de Barcelona; un representant de la Fundació Hospital i Casa de Beneficència de Sabadell; un representant de Sabadell Mutual, Mutualitat de Previsió Social; i un representant de la Caixa d'Estalvis de Sabadell.

⁵⁸ Font: <https://www.tauli.cat/tauli/>

⁵⁹ Font: <https://www.tauli.cat/tauli/>

És el centre hospitalari que dona cobertura sanitària a la ciutat de Sabadell i els municipis de la comarca del Vallès Occidental dels quals és l'hospital de referència. En total dona assistència a una població de gairebé 400.000 habitants: 200.000 del seu municipi i 200.000 dels municipis que li correspon (taula 3).

Taula 3. Habitants del municipis de l'àrea de referència

Població	Habitants
Badia del Vallès	13.563
Barberà del Vallès	32.436
Castellar del Vallès	23.363
Cerdanyola del Vallès	57.892
Polinyà	8.106
Ripollet	37.422
Sabadell	207.938
Sant Llorenç Savall	2.417
Sentmenat	8.521
Població total:	391.658

Dades corresponents a l'any 2012. Font: IDESCAT⁶⁰

Les dades de la població de l'àrea de referència són de 387.312 habitants a l'any 2018, i de 399.729 a l'any 2019⁶¹. Són dades que han variat poc al llarg dels últims anys.

Actualment també és hospital universitari del grau de medicina que depèn de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). En el centre hospitalari, hi fan les pràctiques els estudiants de medicina, els metges MIR i els d'infermeria com a grups més nombrosos; també les hi fan els estudiants d'altres professions sanitàries, –universitàries i de formació professional– com farmàcia, fisioteràpia, logopèdia i els de formació professional de les branques sanitàries.

La Corporació Sanitària Parc Taulí consta de 7 centres sanitaris:

- Hospital de Sabadell
- Centre sociosanitari Albada
- Atenció Primària Parc Taulí
- Salut Mental Parc Taulí
- Atenció a la Dependència Parc Taulí
- Centre Diagnòstic UDIAT
- Centre de Serveis Sabadell Gent Gran

⁶⁰ Font: <https://www.idescat.cat/>.

⁶¹ Font: <https://www.tauli.cat/tauli>

La Taula 4 ens mostra el nombre de llits de la CSPT:

Taula 4. Llits de la CSPT any 2012

Llits aguts	478
Hospital de Sabadell	432
Salut Mental	46
Llits socio-sanitaris	236
Mitja estada	138
Llarga estada	98
Llits totals	714

Llits de la CSPT⁶²

El nombre total de llits a l'any 2018 era de 744; i al 2019 de 753, segons la mateixa pàgina web del centre.

Al servei d'urgències de l'Hospital de Sabadell, des de la seva inauguració l'any 1987, s'hi han dut a terme diverses remodelacions i ampliacions en les seves estructures físiques així com augments de la plantilla dels professionals, per tal d'adaptar-se a la creixent oferta i demanda. Actualment està format pels següents serveis:

- Medicina interna
- Cirurgia general
- Psiquiatria
- Pediatria
- Ginecologia i obstetrícia
- Traumatologia i ortopèdia

Aquests serveis estan agrupats en tres àrees:

- Àrea d'Urgències d'Adults
- Àrea de Pediatria
- Àrea de Ginecologia i Obstetrícia

Quan els usuaris arriben a urgències es distribueixen utilitzant el sistema català informatitzat de triatge de malalts; aquest hospital és pioner en la seva implantació a Catalunya. El triatge l'efectua una professional infermera, i es deriven els malalts cap a una de les àrees assistencials prioritzant el seu nivell de gravetat i urgència.

⁶² Font: <https://www.tauli.cat/tauli/>

L'àrea del servei d'urgències en la qual s'ha portat a terme aquest treball i que és la unitat d'anàlisi, és l'Àrea d'Urgències d'adults, que inclou els serveis de:

- Medicina interna
- Cirurgia general
- Psiquiatria
- Traumatologia i ortopèdia

Els informants són persones majors d'edat que havien acudit a un d'aquests quatre serveis de l'àrea d'adults, tant en les entrevistes com en els qüestionaris. En canvi, les dades estadístiques provenen de la totalitat de les assistències al SUH; en aquest cas s'analitza el servei de manera global, ja que moltes persones a més de l'àrea estudiada també acudeixen a altres.

Les dades que s'han presentat en aquest apartat corresponen a l'any 2012, pel fet que aquest any està inclòs dins els que s'han analitzat les dades de les assistències al servei d'urgències, període del 2006 al 2013.

SEGONA PART

L'ETNOGRAFIA I LA SEVA ANÀLISI

CAPÍTOL 4. ELS ESPAIS I ELS PROFESSIONALS

Vivim en una societat profundament
depenent de la ciència i la tecnologia,
i en la que ningú sap res d'aquests temes.

Carl Sagan

4.1. INTRODUCCIÓ AL CAPÍTOL

Actualment alguns hospitals s'han convertit en grans complexos o ciutats sanitàries, com se les anomena; algunes són *una ciutat dins d'una ciutat*, com els definia una testimoni, per la quantitat d'edificis i de serveis complementaris de tota mena de què disposen. Aquests complexos sanitaris no tenen personalitat pròpia, són llocs de gran massificació, sovint caòtics i sorollosos, en els quals l'activitat assistencial pot ser frenètica i amb interferències que dificulten el tracte i la comunicació, tant entre els professionals com entre ells mateixos i els usuaris. Seguint Augé (2008), als hospitals moderns se'ls pot catalogar com a *no-espais*, en el sentit que no tenen personalitat ni història; tots tenen unes mateixes característiques i semblances, i estan destinats a complir una funció social. Són espais on conviuen persones de tots els estrats socials i nivells culturals, tant pel que fa a usuaris com a professionals.

En aquest capítol oferim una breu anàlisi etnogràfica de l'interior dels espais assistencials hospitalaris, les rutines, les jerarquies i els rituals. També una anàlisi dels professionals, centrada en les relacions entre els dos estaments majoritaris i que hi tenen màxim pes, el mèdic i el d'infermeria.

4.2. SITUACIÓ GEOGRÀFICA

La Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell (CSPT) està situada a la part alta i als límits externs de la ciutat –la part posterior està a tocar del límit d'un barranc, a una altura considerable per sobre la llera del riu Ripoll. Ocupa un espai ampli, i està poc protegida de les inclemències meteorològiques. Ubicada en un lloc ventilat, on es nota la força del vent, "on corre l'aire", igual que molts altres hospitals. Aquestes ubicacions són un rencontre amb el discurs neohipocràtic dels "bons i mals aires", segons Allué (1999). Ja a l'antiga Grècia, el complex d'Epidaure, que incloïa un hospital, estava situat als afores de la ciutat i dalt d'una muntanya. Com en altres ciutats, a Sabadell les referències per construir l'hospital en un lloc més sa són molt antigues, tal com ens mostra la compilació de la història de Sabadell que recull Carreras, 1992a, 1992b, [1967, vol.1; 1967, vol.2]⁶³.

⁶³ "En l'any 1594 s'acordà fer un nou hospital perquè el del carrer de Sa Muntada es trobava en lloc resclosit i malsà, i en aquests darrers anys del segle es va començar a fer un nou edifici en el camí de la vila al safareig, però al cap de poc temps es va abandonar l'obra

Actualment la CSPT consta de diversos edificis, el més antic dels quals és el de La Salut –l'antiga Clínica de la Salut–, d'estil modernista, que es va acabar de construir l'any 1903, tot i que no es va utilitzar fins al 1923, quan es va destinar a malalts amb processos infecciosos. Aquest edifici era conegut popularment com els Eucaliptus o els Caliptos⁶⁴. Posteriorment es van anar construint els altres edificis a mesura que creixien les demandes i ofertes sanitàries de la ciutat. Actualment aquests edificis alberguen serveis sanitaris complementaris i de suport a les patologies agudes, com les unitats per a malalts de llarga estada i convalescència, el laboratori d'anàlisis clíniques, el diagnòstic per a la imatge, la rehabilitació, la diàlisi i els consultoris d'especialistes. Més recentment han incorporat una unitat docent del grau en Medicina de la UAB. La part principal d'aquests edificis està orientada a una zona enjardinada, i les posteriors estan envoltades de zona verda i arbres.

A l'edifici principal de la CSPT se'l coneix com el Taulí. Està situat just al davant de la Gran Via, una via de circulació ràpida que travessa la ciutat, amb accés a l'autopista, que facilita la comunicació de l'hospital amb la ciutat i les poblacions veïnes. És un edifici de nou plantes on hi ha les unitats d'hospitalització per als malalts aguts, la unitat de cures intensives, les sales d'operacions, hospitals de dia i consultoris d'especialistes, així com alguns serveis de suport. Recentment s'ha construït un altre edifici de 4 plantes davant la façana principal del Taulí, destinat a consultoris per a especialistes i hospitals de dia, i en aquest moment se'n continuen construint. Al soterrani hi ha els serveis de cuina i menjador per als professionals, farmàcia, rober general i vestuaris, magatzems, un auditori i sales per a reunions i docència.

(Carreras, 1992, Vol.1, p. 290). "El nou hospital no es va construir en aquell moment, va esperar 100 anys: a darreries de la centúria, en 1698, per la generositat de mossèn Pere Joan Llobet, va ésser factible realitzar l'intent, que feia més de cent anys portava la vila, de traslladar l'hospital del carrer Pedregar a una banda més sana, que va ésser la plaça de Sant Roc" (Carreras, 1992, Vol.1, p. 365). "Dos cents anys més tard tornen a aparèixer els mateixos problemes de l'espai poc sa, també d'econòmics per la seva construcció: El 1842 el municipi va demanar de fer escola de pàrvuls i hospital nou a l'edifici del convent dels Caputxins, el govern ho va concedir, un any després es va posar la primera pedra, es van vendre cases per obtenir diners, però la guerra dels matiners amb el continu moviment de tropes va fer que la vila canviés de pensament, i va dedicar el convent dels Caputxins a quarter. No van faltar veïns que s'hi oposessin a aquest propòsit, que tan perjudicava els pobres malalts de la població condemnats a romandre en el llòbrec edifici del carrer del Pedregar" (Carreras, 1992, Vol.2, p. 541).

⁶⁴ Aquest nom fa referència als eucaliptus que hi ha en aquest lloc. Actualment hi ha dependències administratives, com la Direcció General i Departament de Personal.

L'entrada principal de l'hospital està situada davant del parc, amb orientació sud-est. Arquitectònicament l'interior és ampli i espaiós; aquí hi ha el servei d'admissió i de programació de l'activitat assistencial. A les parets hi ha ornamentació amb quadres i s'hi organitzen diverses exposicions⁶⁵, hi ha seients per a les persones que esperen o visiten malalts, un caixer automàtic i el servei per contractar el servei de televisor. Per aquesta entrada s'accedeix a les plantes de l'hospital d'aguts, a la Unitat de Cures Intensives (UCI), a les sales d'operacions i als consultoris de consultes externes. El servei d'urgències està situat en un edifici annex al principal, situat enfront de la Gran Via.

Al complex hospitalari i voltants hi podem trobar tot allò que es pot necessitar en un lloc d'aquestes característiques, com són aparcaments (de pagament per als usuaris i un de gratuït per als treballadors), diversos restaurants i cafeteries, un lloc de venda de flors, una xurreria, un quiosc, una oficina bancària, una delegació del col·legi de metges i una oficina funerària.

4.3. L'HOSPITAL PER DINS

Les àrees hospitalàries presenten tres espais diferenciats: els que comparteixen els professionals i els malalts, els que són d'ús exclusiu per als professionals i els que són d'ús gairebé exclusiu dels usuaris, com són les sales d'espera. En aquest apartat s'analitzen aquests tres àmbits i també la *communitas* que s'hi genera. Aquests espais hospitalaris veurem que compleixen algunes de les característiques de les institucions totals (Goffman, 2004).

4.3.1. Els espais compartits

Els espais que comparteixen els professionals i els malalts o famílies són els que es destinen a l'assistència, com ara les habitacions i els consultoris. Aquí hi conviuen els malalts, les famílies i els professionals; tanmateix, aquests últims són qui hi tenen l'autoritat, ja que, per exemple, no han de demanar permís per entrar en una habitació, sinó que hi entren. En canvi, els malalts no poden accedir lliurement a una sala d'estudi o de descans dels professionals.

⁶⁵ Entre altres activitats, la CSPT cada any organitza un concurs fotogràfic entre els professionals, i les fotografies s'exposen en aquest espai.

En les àrees assistencials, a la part central hi trobem els anomenats *controls d'infermeria*. El nom ja ens indica que són espais destinats a controlar i vigilar; generalment estan ubicats en un lloc de pas obligatori per a qui es mou per la unitat, i així es converteix en un punt neuràlgic. Aquesta ubicació està pensada perquè ha de dur a terme bàsicament dues funcions: una, per atendre les necessitats o dubtes de malalts, familiars o qui ho necessiti; l'altra, per complir la funció de vigilància i observació sobre la unitat o servei, sobre qui hi entra i qui en surt. Aquestes funcions de vigilància es deriven cap al personal subaltern: el col·lectiu d'infermeria i els zeladors. Els zeladors els trobem controlant les entrades a l'hospital, i el personal d'infermeria en els controls a les unitats hospitalàries.

A més a més de les funcions d'atenció i de vigilància, en aquests controls d'infermeria, els professionals hi duen a terme funcions administratives o de suport a l'assistència; gairebé sempre és personal d'infermeria, ocasionalment pot haver-hi metges, però ells tenen espais privats, com veurem. A la infermera, socialment, se li pressuposa un treball d'atenció constant al costat del malalt, i tota la resta pot ser interpretat com que no forma part de les seves funcions. Per la qual cosa, veure una infermera asseguda mirant un ordinador o escrivint en un document, pot ser considerat per part d'alguns usuaris com que està "perdent el temps", com a "no treball" o poc important.

El col·lectiu d'infermeria, generalment, només disposa d'aquests controls i de les sales de *relax* fora del que són les zones assistencials pròpiament dites. Això comporta que aquests espais, a més de complir una funció de treball i de vigilància, també serveixen per a moments de descans quan el treball assistencial ho permet. Aquí s'hi poden escoltar discussions o informacions referents als malalts o converses personals entre els professionals, en les quals a vegades el to de veu pot ser alt, o també s'hi pot fer bromes i riure. És un espai on a l'ordinador es consulta informació referent a l'assistència, però també s'hi poden consultar l'actualitat social i política, una pàgina de moda o qualsevol assumpte personal o de lleure. El fet de ser punts d'exposició directa al públic fa que totes les persones que hi passen a prop poden observar què s'hi està fent. De fet, algunes persones ho observen i ben atentament; això permet en ocasions jutjar allò que els professionals estan parlant, allò que estan fent o mirant a l'ordinador, i es pot interpretar com a correcte o no.

Com a conseqüència que en aquests controls es parli alt, els comentaris personals que s'hi fan o el fet de sentir riure en algun moment, a alguns usuaris els pot

molestar, incomodar, trobar-ho groller, poc educat o faltat d'ètica i responsabilitat professional:

Allò és una olla de cols, criden, s'expliquen això, allò, allò altre, molta conya, i a vegades preguntes les coses i...els hi dius això, allò altre i et diuen sí, ja t'ho faig; se'ls hi obliden moltes coses o se'ls hi passen per alt, o no se'n recorden, vull dir que en alguns aspectes hi ha...poca responsabilitat i molta desídia. Jo no he arribat a entendre mai perquè en un hospital s'ha de parlar i s'ha de cridar com criden, jo sempre he considerat que un hospital ha de ser una cosa de silenci...com criden les infermeres, com criden, a tope" (ED09, home, 79 anys).

En canvi, per altres, aquesta mateixa situació o una de semblant, sempre que no s'excedeixi dels límits que consideren correctes o que no siguin molt exagerats, pot tenir un sentit positiu, o fins i tot ser agradable per ells escoltar una conversa personal i participar-hi si els hi és possible:

Amb la conversa que teníeu m'heu obert una finestra al món (A).

Estar cada dia enmig de tant dolor per vosaltres també us ha de ser difícil, també us heu de protegir; és normal que parleu i rieu (A).

Pot dependre de diversos factors percebre aquesta situació d'una o altra manera, com de la sensibilitat i expectatives, de l'angoixa d'aquell moment, si en algun moment s'ha sentit ofès, de com es percebi la intensitat del to de veu, si es considera que s'ha faltat a l'ètica professional o del caràcter de cadascú, entre altres.

Tots aquests factors propicien que el control d'aquests espais sigui en un doble sentit: dels professionals cap als usuaris, però, com veiem, també dels usuaris cap als professionals. I així es compleix una de les funcions de vigilància de les institucions totals que proposa (Goffman, 2004).

4.3.2. Els espais professionals

Els espais d'ús exclusiu per als professionals són les sales de treball i reunions, les sales d'estudi per als metges, els despatxos de les direccions, els magatzems amb els materials mèdics, la zona de roba per a la unitat o de medicació, el despatx de la supervisora d'infermeria o de les secretàries. També les habitacions per dormir els metges durant la guàrdia, o les sales anomenades de *relax* perquè els professionals hi mengin o descansin⁶⁶.

⁶⁶ Existeixen altres espais que estan més allunyats del nucli central de l'hospital que no estan descrits en aquest treball, com són les direccions institucionals i tots els serveis de suport.

Aquestes zones no estan en llocs tan visibles, sinó més allunyades i resguardades del pas del públic. Així, una altra funció dels controls d'infermeria, a més de les esmentades en l'apartat anterior, és fer de mur de contenció dels malalts, famílies i visites cap aquests espais:

El metge té el seu raconet per treballar, però nosaltres aquí al mig, tothom et destorba, això estressa molt (P).

Els metges tenen els seus espais ubicats allà al fondo, al final de tot, així s'asseguren que allà ningú hi arriba, ells estan molt tranquils allà (P).

En aquests despatsos i sales de treball dels metges ningú extern pot observar allò que s'hi fa: si els professionals estan parlant més alt o més baix, si estan rient, si consulten Internet o què és allò que consulten, si és professional o és privat. Tots aquests llocs no són objecte d'observació; per tant, estan absents de crítica. Són espais que sovint tenen personalitat pròpia, atès que s'hi poden veure elements personals, com ara fotografies o altres objectes. Pallarés (2003) els defineix com a espais configurats simbòlicament.

Uns altres espais hospitalaris que també es considera que han d'estar allunyats dels usuaris són les anomenades "zones netes" i "zones brutes". En unes "suposadament" hi ha d'haver el material net per utilitzar, com aparells, roba, medicació, etc.; i en les altres, el material brut ja utilitzat, com la roba, l'instrumental, etc., ordenat segons les tesis de Douglas (2007)⁶⁷. Tanmateix, aquest ordre no sempre es compleix. Si per conveniències organitzatives un material net ha d'estar en la zona bruta hi és sense inconvenient, però si és el personal qui per descuit l'hi deixa, llavors ja no es contempla de la mateixa manera. També és important que les persones que esperen no siguin en els llocs de pas: *per això hi ha les sales d'espera (p)*, i es pot cridar l'atenció i fer fora els que hi són. En canvi, per conveniències de l'hospital s'ubiquen malalts en lliteres en els passadissos, com és el cas del servei d'urgències, amb els inconvenients i les mancances d'intimitat i de tota mena que comporta. En aquest cas es tolera i es considera una necessitat. A més a més, està planificat que sigui així, malgrat les crítiques que rep des de tots els sectors, professionals, usuaris i agents socials.

Així, les institucions hospitalàries no són espais totalment tancats a l'entorn, però tenen les àrees molt ben delimitades; permeten l'entrada a les persones, però miren

⁶⁷ Douglas (2007) realitza una anàlisi en el camp de l'acció simbòlica centrada en les nocions de puresa i perill, les relacions que s'estableixen entre tabú, higiene, perill, brutícia i contaminació, on mostra com la higiene i la brutícia impliquen ordre o desordre, i es duen a terme una sèrie de rituals a fi de donar-hi solució.

amb recel qui es mou per l'interior. Intenten estar obertes a la societat mostrant allò que s'hi fa, però controlant la situació des de dins i sempre posant els límits on es creu convenient i mostrant sols allò que interessa, i sobretot que no se les qüestioni "gaire"; aquest "gaire" es refereix a actuacions que puguin posar en compromís la institució.

4.3.3. Les sales d'espera. Espais de suport

Les sales d'espera als hospitals tenen un rol que sovint passa desapercbut per als professionals. Són espais que poden prendre rellevància per la interacció que s'hi genera entre els presents. Són el lloc on s'espera el torn d'una visita mèdica rutinària, per una a prova diagnòstica, on esperen els familiars d'una persona ingressada en una planta, a urgències, a la UCI o que estan intervenint quirúrgicament en aquell moment. Espais on es parla i s'informa mútuament sobre les normes de l'hospital, on es comparteixen vivències, percepcions, preocupacions i temors. Generalment, en aquestes sales els primers diàlegs giren entorn de la salut/malaltia, però després es poden convertir en converses de tota mena, fins el punt que les persones poden arribar a oblidar el motiu pel qual estan esperant degut a la xerrada tan animada que tenen (Otero, 2012).

Si bé en totes les sales d'espera hi ha conversacions, poden presentar diferents particularitats. No és el mateix esperar durant uns quants minuts que esperar durant hores, dies, setmanes i fins i tot mesos, com tampoc ho és per una a visita rutinària sense, probablement, gaire rellevància, que esperar davant d'una incertesa que pot comportar gravetat i de conseqüències nefastes.

En les àrees on hi ha més incertesa, com pot ser el servei d'urgències, tant pel diagnòstic i pronòstic com per les inacabables hores d'espera, aquestes sales poden tenir-hi un rol d'especial rellevància. Quan les persones fa hores que esperen i les viuen amb neguit i angoixa, sovint observen minuciosament tots els moviments dels professionals. Un aspecte del qual estan molt pendents és l'estona que els professionals estan fumant en al carrer, *alguns es poden passar moltes estones fumant, hi surten varies vegades en un matí o una tarda* (a)⁶⁸, o senzillament hi fan el descans que preveu la llei. Qualsevol període de temps, pel qui porta hores

⁶⁸ A partir del dia 31 de maig de 2017 es prohibeix als professionals fumar en aquests espais exteriors propers als edificis hospitalaris; i es van habilitat llocs apartats i no visibles pels usuaris.

esperant, pot significar una eternitat, i allò que fan o no fan els professionals ho poden percebre que perjudica el malalt.

Aquestes sales, que solen ser un espai calmat i tranquil, on passa el temps lentament, poden esdevenir un lloc tens i conflictiu. En un moment de nerviosisme, d'angoixa o de cansament d'una persona que fa hores que espera i que viu la situació com a injusta, les seves paraules o fets poden fer saltar una espurna i iniciar una discussió entre els presents, que pot quedar en un no-res o esdevenir encara més tensa i derivar en un conflicte. L'aparició de guardes de seguretat o de professionals pot calmar o crispar més l'ambient; si els seus modals es perceben prepotents i les paraules autoritàries faran augmentar la tensió. En aquestes circumstàncies els professionals solen ser el blanc de les ires, dels malestars i de les culpes, i se solen traslladar cap a ells les responsabilitats del retard en l'atenció. La resta de les persones presents a la sala s'ho poden mirar de lluny o prendre'n part; si opten per aquesta opció, la situació pot esdevenir encara més tensa i derivar en un verdader conflicte.

Una altra característica de les sales d'espera, que es dona més sovint quan les persones han de passar-hi estades llargues, és que hi solen aparèixer els líders informals, persones que són capaces d'influir en la resta en allò que està bé o sobre què cal fer o no. Aquests lideratges no són promoguts ni dirigits sinó que són informals i sorgeixen espontàniament, i acaben quan al familiar se li dona l'alta. Són lideratges que poden marcar tendència en una determinada línia d'opinió (Pallarés, 2003), ja que poden apaivagar una discussió o potenciar la confrontació.

En la majoria de les sales d'espera hi trobem un monitor o televisor. Una funció és avisar sobre el número d'ordre de les successives visites; també dona informació destinada als usuaris sobre quins són els deures i les obligacions dels ciutadans relacionats amb la salut/malaltia; i també s'hi poden mostrar les xifres i dades de l'activitat del centre. La interpretació que se'n fa divergeix entre els que esperen: mentre que per alguns és mera informació, altres ho interpreten com si es tractés de vendre un producte, *aquí ens mostren el bé que ho fan i el meravellosos que són, no diu res de negatiu, sols t'expliquen la part bona, la part que ells volen que se sàpiga* (a).

Una funció ben diferent que també fan les sales d'espera, principalment en les del servei d'urgències, pel fet que estan les 24 hores del dia i els 365 dies de l'any obertes, és la de lloc d'aixopluc o de repòs de persones sense sostre que no tenen cap

lloc per anar, principalment en dies freds d'hivern o plujosos. Tanmateix, no sempre tenen el vist-i-plau dels serveis de seguretat:

El que sí que he anat és a la sala a seure, allà hi ha escalfor, estàs protegit. Els de seguretat m'han fet fora, sí, per estar molt escarmentats dels borratxos que l'han liat, i paguem justos per pecadors (ED05, home, de 45 anys).

Les sales d'espera es poden considerar "territori dels usuaris", on la incidència dels professionals és mínima. Són espais on les persones que esperen comparteixen amb més llibertat converses que no tindrien amb els professionals. Sovint quan apareix un professional es pot fer silenci, i no sols per donar pas a allò que hagi de dir, sinó també pel fet que la conversa es considera privada i creuen que no l'incumbeix; a més, en ocasions les visions dels acompanyants poden no coincidir amb les dels professionals. Pallarés (2003) defineix les persones que comparteixen aquests espais com a companys de patiment, espais que poden ser d'una immensa soledat, de desemparament o de desprotecció, on es pot forjar una amistat que perdura més enllà de l'estada hospitalària, o també on es poden crear grups informals de suport o d'autoajuda. D'acord amb Otero (2012), són espais que compleixen una funció social.

4.3.4. Estructura social, *communitas* i rituals

A les institucions sanitàries hi trobem dos grans blocs de persones. D'una banda, el bloc dels professionals i agents sanitaris; i de l'altra, el bloc dels malalts i famílies. En aquests espais s'instaura un *nosaltres* (professionals) enfront d'un *vosaltres* (malalts i famílies), amb una barrera invisible entre les dues parts que no es traspasa fàcilment. En ocasions es fa broma entre professionals i malalts després de passar un temps ingressats: *jo després de tot això ja podré venir a treballar aquí (a)* o *a vostè després d'això el contractarem (p)*. Malgrat aquest punt entre ironia i broma, allò que ens diu és que hi ha dos grups ben configurats, i tots saben a quin pertanyen.

Tanmateix, el bloc dels agents sanitaris no és homogeni, sinó que és un bloc ben estructurat jeràrquicament, on cadascú ocupa el seu lloc i té ben delimitades les seves funcions: uns, pel coneixement que tenen o que creuen que tenen, en tenen el monopoli i són hegemònics; altres, per l'execució de tècniques; i uns altres per posar ordre i deixar passar a qui es creu o no convenient. En aquest bloc hi ha divergències i interessos diferents, però apareixen també aliances i complicitats per defensar-se del bloc dels *altres* si el grup es sent intimidat o agredit.

La uniformitat en el vestir és l'element distintiu dels agents sanitaris, un element que distingeix el *nosaltres* enfront del *vosaltres* de manera visible. L'uniforme de color blanc és el mateix per a totes les categories professionals assistencials, sols canvia el color per a llocs especials, com ara les sales d'operacions. Per al personal administratiu i de neteja també és de color blanc, amb un discret distintiu de color en el mateix uniforme. Els professionals van identificats amb una targeta magnètica que mostra el nom i la categoria professional, que actualment serveix per accedir als espais hospitalaris. En l'era virtual, a més del telèfon i de totes les pantalles d'ordinador que s'utilitzen constantment, portar un fonendoscopi penjat al coll (que es fa servir cada vegada menys), o portar molt material, com bolígrafs o notes, continuen sent elements identificatius que encara perviuen i delaten a quina categoria es pertany; com diu Allué (1999), els malalts i familiars ho saben i ho identifiquen bé. El col·lectiu d'infermeria també porta els accessoris més particulars, com són tisores, esparadraps, pinces o altres, a més dels bolígrafs o retoladors.

El bloc dels *altres* (malalts i famílies) no està estructurat, i és aquí on es donen els elements necessaris per a la *communitas* (Turner, 1988 [1969])⁶⁹, en ocasions de manera ben visible. En aquest bloc hi trobem individus que pertanyen a classes i grups socials ben diferenciats, però aquí comparteixen espais i interessos, estan en la mateixa situació: asseguts esperant una visita, estirats en una llitera, en un llit en una planta convencional o esperant una intervenció quirúrgica. En aquest espai de relacions socials es donen les circumstàncies d'espontaneïtat necessàries per formar la *communitas*. El bloc dels professionals forma part de l'estructura social, però en el bloc dels malalts i familiars la *communitas* apareix de manera espontània i no programada; en ocasions pot passar més desapercibuda o prendre força. La *communitas* d'aquests espais uneix les persones per damunt de qualsevol altre lligam social: aquí tots comparteixen la mateixa condició i objectiu. Els lligams que apareixen aquí no han estat estructurats sinó que són indiferenciats i espontanis. Durant aquest espai de temps poden desaparèixer o fer-se més febles les diferències socials. Sovint, si l'estada és llarga, els malalts saben qui tenen al seu costat, se saluden i s'interessen per saber com es troben i s'acomiaden quan se'n van. D'aquest espai en sorgeixen amistats que en ocasions continuen fora de

⁶⁹ Victor Turner, a la seva obra *El Proceso Ritual* (1988), desenvolupa la idea de "communitas". Per Turner la societat està formada per dues forces en col·lisió: l'estructura i la communitas, aquesta la descriu com un mode particular de relacions socials en un lloc determinat, el qual necessita espontaneïtat i actuar al marge de l'estructura establerta.

l'hospital i perduren en el temps. Altrament, en alguns casos, hi ha persones que no s'hi acaben de trobar a gust degut a la condició social, ja que *estar al mig de tota aquesta gent...(a)*⁷⁰, els causa incomoditat. Aquests lligams que es generen en aquest període desapareixen quan la causa ja no els uneix: és el moment que es dona l'alta i es torna al món de la "normalitat".

En aquests espais també s'hi duen a terme rituals. El sol fet d'anar a urgències ja pot formar part d'un ritual per a algunes persones, en el sentit que quan apareix un problema, "cal" anar a urgències. D'altra banda, és interessant el fet que s'hi observen les tres fases del "ritual de pas" (Van Gennep, 2008). El període de separació, el liminar i el de reintegració. El període de separació correspon quan algú s'està esperant per visitar-se, és la separació del món de la normalitat. El liminar correspon quan està al servei, quan l'estan visitant i està estirat en una llitera o llit; en aquestes dues fases és quan té lloc la *communitas*. Finalment hi ha la reintegració a la normalitat, quan el malalt rep l'alta del servei.

4.4. ELS PROFESSIONALS SANITARIS

El conjunt dels professionals sanitaris forma un equip basat en unes fortes relacions de poder i jeràrquiques (Freidson, 1978), en el qual l'hegemonia la posseeix l'estament mèdic. Dins d'aquest equip de professionals hi ha complicitats i rivalitats; també les lluites formen part de la dinàmica de la vida hospitalària. Aquestes són presents dins de cada estament professional i entre els diversos estaments. En aquest apartat es descriuen alguns dels conflictes que es donen, en especial en les relacions entre metges i infermeres, focalitzant-los més en el punt de vista de la part més feble, les infermeres. Això no vol dir, però, que en tot moment els conflictes hi estiguin presents: la cordialitat també forma part de la dinàmica diària.

4.4.1. Relacions, conflictes, jerarquies, rols, lideratges

Els dos grups professionals més nombrosos als hospitals són el mèdic i el d'infermeria. Les seves relacions, tot i ser cordials, es caracteritzen perquè tenen un punt de conflictivitat i distància: *és cert que existeix un conflicte entre el metge i*

⁷⁰ És el relat d'una dona de 80 anys que sempre havia anat a un hospital privat, amb les comoditats d'ordre ambiental i d'espais que acostuma a haver-hi. Trobar-se un dia allà *barrejada* amb tots els altres no era del seu agrado.

la infermera, i sempre perdem les mateixes (p). L'expressió i el sentiment que *aquí cadascú va pel seu compte* hi és ben present, malgrat que s'intenti obviar i no s'abordi de forma directa. La sensació és que aquesta distància va en augment, sobretot en el col·lectiu de les infermeres, un fet que també defensa Márquez (2015). Aquest grup és el que més sovint expressa aquest punt de conflicte, segurament pel fet de ser el més dèbil; per tant, el que més rep les conseqüències de les relacions jeràrquiques.

Com hem vist, l'estament mèdic està legitimat i autoritzat per definir i decidir les polítiques i actuacions sobre la salut/malaltia a la societat; les altres professions sanitàries hi tenen responsabilitat escassa o nul·la. Altrament, es requereix la col·laboració estreta de totes les professions per implementar i realitzar les atencions sanitàries. En canvi, en l'organització assistencial hospitalària diària, que podríem considerar l'espai micro, les infermeres tenen un paper discretament més rellevant en les activitats que s'han d'executar en cada moment, especialment en les cures i atencions com la higiene, l'alimentació o algunes tècniques.

Un dels punts de discordança entre els dos estaments és a l'hora d'executar les proves diagnòstiques o en els tractaments que s'han d'aplicar. Qui les ordena és el metge, però qui les ha d'executar i fer efectives de forma directa al malalt és la infermera, en ocasions en col·laboració amb el metge, i altres en funció del rol derivat. És a dir, un professional dona una ordre i un altre l'ha d'executar. I és en aquesta situació quan es generen més tensions i conflictes, que, tanmateix no sempre es manifesten. En aquesta discordança hi contribueix l'educació rebuda per la infermera, que és més holística; a més, passa moltes més estones al costat del malalt, que li permeten observar, viure i compartir més de prop el seu patiment, les seves pors, els temors, angoixes, neguits i desitjos. En ocasions, en algunes infermeres aquesta visió més holística –*la visió infermera*, com se l'anomena– xoca amb les ordres mèdiques, que legalment han de complir per subordinació professional. Com ja deia Freidson (1978), si bé és fàcil que les ordres es compleixin, no ho és tant la seva acceptació, i en aquesta no acceptació, apareix la discòrdia.

Quan les proves diagnòstiques o terapèutiques es converteixen en reiteratives i són percebudes i viscudes de manera dolorosa pel malalt, especialment en persones molt grans, en situacions de processos terminals o en persones amb molts processos crònics, és quan es generen més discordances entre els dos estaments. En aquestes

situacions, les infermeres poden considerar innecessàries algunes pràctiques per al malalt, pel fet que creuen que no li aportaran cap benefici al seu estat, considerant-ho una "tortura", expressió que poden manifestar ambdues parts, tant la infermera com el malalt. A més, les infermeres també ho veuen com una despesa econòmica que no beneficia el malalt, i un *desgast i una pèrdua de temps* per a elles mateixes i per a tots els professionals. Suggereixen que són uns recursos econòmics que es podrien invertir en *altres necessitats per al benestar del malalt*, i el *nostre temps en unes altres atencions que donin més confort al malalt i la família*. Dit això, també hi ha alguns metges que denuncien aquest *excés d'actuacions*, així com algunes infermeres que defensen que com més actuacions es fan al malalt, més positiu li pot ser.

A més, les infermeres defensen que davant d'algunes pràctiques, i quan són els metges qui les han d'executar, deixen de ser necessàries –*ja sabem que quan ho han de fer ells ja no és necessari*–, atès que en ocasions s'han trobat en aquesta conjuntura. En canvi, els metges, en situacions de discrepància, defensen *que cal ser exigents i inflexibles* amb les infermeres perquè compleixin les seves decisions i recomanacions, que poden passar a ser escrites com a ordres mèdiques si creuen que hi trobaran resistència. Saben que si una recomanació s'escriu com a ordre mèdica, a la infermera li serà més difícil no complir-la.

Un altre punt de discòrdia és que les infermeres defensen que massa sovint poden rebre ordres contradictòries sobre el mateix malalt, que en ocasions poden ser ordres mèdiques dictades fins i tot en qüestió de pocs minuts. Unes ordres que les pot donar un sol metge o diversos; en aquests casos la infermera remarca que es veu enmig d'una problemàtica en la qual *a qui he d'obeir ara jo?*. Aquí, la paraula que s'utilitza és "obeir". Aquest fet ens mostra que no hi ha una discussió professional sinó que es tracta d'una ordre i d'una obediència.

D'altra banda, en algunes ocasions s'han inclòs les infermeres en la discussió per valorar les decisions que cal prendre respecte d'un malalt, però no sempre aquesta inclusió es percep com a real i sincera, sinó com una inclusió *de cara a la galeria o com un maquillatge*. L'argument és que no s'ha generat un debat real i sincer, atès que no han pogut expressar amb llibertat l'opinió, motiu pel qual poden tenir la sensació que era *per fer-nos contentes i que callem*.

A més, algunes infermeres perceben *prepotència i arrogància* mèdica, però defensen que *aquí ningú ens defensa ni ens donarà suport*, i creuen que tampoc

ningú demanarà explicacions als professionals mèdics si elles plantegen les dificultats en què es troben, per la qual cosa sovint l'opció és callar i *anar fent com puguem*. En aquestes situacions també apareixen expressions com *a nosaltres no ens paguen per pensar* o *és que jo no puc opinar sobre això*. Aquestes frases se solen dir en un cercle petit, a vegades també s'expressen davant als metges o a les responsables; en aquests casos s'hi afegeix un punt entre ironia i broma per restar-hi dramatisme. El fet de verbalitzar no sentir-se capacitat per pensar i opinar ens mostra la poca autovaloració de qui la manifesta, i sobre la seva visió de la professió també mostra que se sent menyspreada tant personalment com professionalment. Possiblement, al darrere d'aquestes expressions hi ha una autoprotecció personal i professional a una situació que se sent com una agressió, com és el fet de no sentir-se autoritzada a pensar o opinar. Tanmateix, allò que ens mostra és subordinació a la professió mèdica i a la seva autoritat; a més, no deixa de ser també una forma de violència simbòlica de forma més o menys encoberta.

Una altra expressió que han manifestat algunes infermeres en les relacions amb els professionals mèdics és *jo el que em sento és criada del metge*, pel fet de no sentir-se autoritzada a donar la seva opinió i haver de complir unes ordres que se senten imposades i sovint sense possibilitat de discussió ni de ser-ne partícip. També mostren impotència en situacions en què se sent desemparament i manca de suport, atès que té la sensació de solitud i que ningú l'ajudarà.

Aquests fets ens mostren com els valors "d'abnegació, obediència, submissió i subordinació" (Domínguez-Alcón, 1981) encara perduren. Tanmateix, a la vegada ens diuen que en algunes professionals hi ha consciència de la situació, i el primer pas per revertir una situació que es viu com injusta és reconèixer-la.

Una altra qüestió és que la incorporació dels estudis d'infermeria en l'àmbit universitari ha comportat un avenç des del punt de vista acadèmic; malgrat això, aquest fet no és percebut de la mateixa manera per "totes" les professionals assistencials. L'opinió d'algunes infermeres és que *hem fet una involució, sense cap mena de dubte, o les infermeres hem guanyat molts despatxos, que han anat molt bé a algunes, però res més que això*. Darrere d'aquestes opinions s'amaga que algunes, des del punt de vista assistencial, perceben i defensen que està minvant el rol propi

i s'està engrandint el rol derivat⁷¹. En aquest sentit, opinen que *cada vegada ens van retallant més funcions i que abans teníem més autonomia de la que tenim ara*, en referència al fet que anteriorment prenen més decisions i disposaven de més capacitat de decisió en atencions com ara, les mobilitzacions dels malalts, l'alimentació i nutrició, el control deposicional o com dur a terme una determinada cura des del punt de vista tècnic. Moltes d'aquestes accions han esdevingut ordres mèdiques, protocols o guies clíniques, amb poc marge de decisió pel que fa a la infermera, per la qual cosa *ara cada vegada sembla que en sapiguem menys del que hem fet tota la vida*. També contribueix en aquesta percepció de pèrdua de camp professional el fet que algunes competències que sempre havien executat les infermeres, ara les duen a terme professionals que provenen d'altres camps, per exemple la introducció de les logopedes per avaluar la deglució d'alguns malalts, quan sempre ho havien fet les infermeres.

Aquests testimonis, que no són aïllats, ens mostren decepció i frustració en una part de les infermeres assistencials, que són conseqüència de la divisió del treball mèdic, en què la infermera ha d'actuar de manera subordinada al metge i sota les seves ordres; el que ella pot fer de manera autònoma és una part *cada vegada més petita del nostre treball* (p). Freidson (1978) sosté que amb la professionalització, la infermera va passar de ser cuidadora amb un cert grau d'autonomia a ser l'ajudanta del metge, i aquest punt encara no ha estat resolt ni superat assistencialment. Així, es dona la paradoxa que les dones que cuiden al domicili, en un espai i cures informals, poden prendre decisions sobre les atencions i les cures que la professional infermera i "universitària" no pot fer en l'àmbit professional.

Aquests factors continuen influint en el treball de les infermeres i condicionant-lo, també comporten que deixin de dur a terme actuacions en els malalts per no entrar en discussions i sentir-se menystingudes. A més, en algunes professionals aquestes situacions els poden crear dilemes ètics i morals amb relació a les actuacions que s'han de seguir, en el sentit de si complir unes ordres mèdiques legals o procurar el benestar del malalt. Aquest fet també és descrit (Lunardi, Peter & Gastaldo, 2006); a més, aquestes autores defensen que la submissió de les infermeres repercuteix negativament en les cures del malalt, se'n ressent la confiança necessària per al bon funcionament dels equips, i es pregunten si aquest fet és ètic. També Jiménez

⁷¹ La professió infermera té assignats dos rols principals: el "rol autònom" que són les competències que li atorga la pròpia professió, i el "rol derivat" que l'exerceix en compliment de les ordres mèdiques, sigui un tractament o les proves diagnòstiques.

(2009) posa en evidència com les relacions de poder dificulten el treball de les infermeres, i com la relació de subordinació limita la seva capacitat d'acció al trobar-se sota control i constant fiscalització mèdica. Tanmateix, les infermeres busquen contrapoder en els espais que poden. Tot i obeir, defensen que *nosaltres hi posem sempre que podem el nostre granet de sorra en les atencions*, i que *desobeir es pot fer de moltes maneres diferents*. Sovint una de les prioritats és evitar una discussió i, al mateix temps, donar als malalts unes atencions professionals *de la millor manera que saps i pots*.

D'altra banda, en aquests espais també hi trobem altres actituds que solen passar desapercebudes: actituds en les infermeres com ara somriures, abaixar la mirada quan parlen amb el metge o acceptar interrupcions d'un professional a qui es considera "superior", especialment el mèdic. Bourdieu (2000) defensa que són actituds submises i imposades a les dones.

Un altre punt que cal destacar són les relacions entre les infermeres assistencials i la direcció d'infermeria. No hi ha una relació directa i fluïda entre les dues parts, en poques ocasions hi ha abordatge de problemes o discussió professional; a més, la majoria d'infermeres ni coneixen la direcció ni saben quines en són les funcions, per la qual cosa la qualifiquen de "direcció absent". D'altra banda, entre les infermeres assistencials i les supervidores o responsables d'àrea hi ha més relació i més fluïda, però sovint tampoc hi ha la confiança necessària, real i sincera per plantejar problemes. Entre aquestes dues parts també hi ha la distància que imposa la relació vertical, en què la part subordinada, la infermera assistencial, no exposa amb sinceritat i confiança allò que creu necessari; per això, defensen que *com menys problemes els donis millor, però poca cosa més*.

S'ha de tenir en compte que la direcció d'infermeria depèn de la direcció mèdica; per tant, per a les decisions necessita el seu consentiment i seguir les directrius que marqui. Això propicia que les direccions mèdiques siguin fortes i amb poder de decisió, i les d'infermeria dèbils i dominables. Aquest fet, que s'inicia en la part jeràrquica més alta, es transmet verticalment a totes les professionals, i és decisiu perquè el rol d'infermeria sigui "d'independència subordinada als metges", com defensa Pallarés (2003). Aquesta escala jeràrquica ajuda a comprendre els problemes en les pràctiques assistencials amb què es troben els dos estaments.

D'altra banda, les relacions entre les infermeres i les TCAI (Tècnics de Cures Auxiliars d'Infermeria) també poden ser tenses en ocasions, un fet que també

descriu Márquez (2015). La responsabilitat legal de les cures recau en la infermera; ella pot derivar funcions a l'auxiliar, com les higiènes, l'administració de les dietes o l'atenció dels timbres. Un dels problemes apareix pel fet que algunes de les funcions estan diluïdes i sobreposades en la pràctica diària. La infermera pot dur-les a terme totes però no la TCAI, i sovint en aquesta indefinició es presenten alguns conflictes i malestars. La infermera al·lega que ella no pot assumir més funcions de les que té adjudicades i n'és responsable, i la TCAI espera rebre ajuda i col·laboració, en especial en allò que menys satisfacció comporta d'executar. En aquest sentit, una queixa de les infermeres és que *nosaltres estem al mig i rebem per totes bandes*. A més, per no crear conflictes entre les dues parts, les infermeres es solen inhibir del seu rol de lideratge a l'equip; tanmateix, el conflicte continua existint de manera latent. Per la posició que ocupa, la infermera rep ordres del metge, i a la vegada ella en dona al personal auxiliar, de forma que està en predisposició de tenir més conflictes, com ja destacava Freidson (1978).

Un altre aspecte que cal destacar en les relacions entre els professionals són els lideratges i dominacions que sorgeixen, que poden comportar rivalitats i malestars en tot l'equip. Weber (2007) assenyala tres tipus de dominació legítima: racional, tradicional i carismàtica⁷². Seguint Weber, les relacions entre els agents sanitaris són, majoritàriament, de dominació racional, atès que es basen en la creença i acceptació de la legalitat i de l'ordre establert; es reconeix en els metges el dret i l'autoritat a donar ordres i l'obediència dels altres. En ocasions, s'apela a la legalitat per justificar determinades accions que no es gosen qüestionar, però incomoden el grup.

Continuant amb Weber (2007), també trobem relacions professionals enquadrades en la dominació carismàtica, entenent-la com una qualitat derivada d'un poder quasi màgic que es dona bàsicament en profetes i sanadors. Es tracta de la dominació i poder que exerceix una persona amb carisma, considerant-la modèlica. Així, alguns professionals sobretot de l'estament mèdic, també en algun cas en infermeria, han obtingut una confiança tal que ha portat a l'admiració i quasi

⁷² "De índole racional: se basa en la creencia en la legalidad del ordenamiento establecido y del derecho a dar órdenes por parte de quienes tengan la competencia para ejercer la dominación según ese ordenamiento (dominación legal). De índole tradicional: se basa en la creencia usual en el carácter sagrado de tradiciones existentes desde siempre y en la legitimidad de los competentes para ejercer la autoridad en virtud de esas tradiciones (dominación tradicional). De índole carismática: se basa en la entrega extraordinaria a la santidad, heroísmo o ejemplaridad de una persona y del ordenamiento creado o revelado por esta persona (dominación carismática)" (Weber, 2007, p. 65).

devoció dels altres. D'aquesta manera, tot allò que digui o proposi aquest professional no se li qüestionarà: *tot el que digui x per mi va a missa o aquest la clava sempre* (p); un cop la persona ha obtingut l'admiració no se li discuteixen les seves actuacions, i es converteix en líder inqüestionable. Aquests líders solen actuar per benefici propi, per obtenir prestigi personal o professional o per béns econòmics, i això pot comportar conflictes entre els professionals.

Un altre aspecte problemàtic i segurament un dels que més rivalitats, lluites i malestars crea és l'obtenció de currículum, principalment entre els metges, però també entre les infermeres, encara que en genera poc entre els dos estaments. El currículum obre les portes a un gran ventall de possibilitats, com accedir a la carrera professional⁷³, a un càrrec de responsabilitat, a un lloc de treball amb més prestigi o que és menys estressant que l'assistència, a optar a una plaça a temps complet per a qui la té a temps parcial o optar a una fixa en professionals amb contractes temporals. Les puntuacions s'obtenen a partir de diversos factors⁷⁴. Els rols que s'han marcat com a objectius són de caire formatiu, docent i investigador, i atorguen a aquest últim una puntuació i prestigi significatius. Altrament, en el currículum es valoren poc els aspectes qualitius que fan referència a l'assistència directa amb relació al malalt; segons l'opinió d'alguns professionals, *cuidar no està de moda i no té valor*. Es considera que estar al costat del malalt i cuidar ha perdut prestigi. En conseqüència, es potencien més altres esferes que no aspectes estrictament assistencials.

Aquesta percepció és compartida per metges i infermeres (principalment els de més edat, però no solament), que observen com la competència per obtenir un currículum excel·lent ha arribat a un límit que el descriuen de *preocupant*. Alguns afirmen *jo no entro en aquest joc*, és a dir, prefereixen quedar-se al marge dels beneficis i prestigi que comporta obtenir-lo, tot i que indirectament en surten perjudicats per les tensions que apareixen en els equips, i directament perquè perden opcions professionals o laborals. En canvi, en altres els crea dilemes si no

⁷³ La carrera professional està destinada als metges, infermeres i als altres professionals de les mateixes categories acadèmiques. Es divideix en quatre nivells. Per accedir-hi calen hores de formació, docència i recerca, així com implicacions i mèrits professionals com pertànyer a grups de treball. La carrera professional té recompensa econòmica que augmenta en cada nivell, a més de prestigi professional.

⁷⁴ Aquets factors són: 1) la formació de postgrau: assistència a cursos, congressos, tallers, seminaris; 2) impartir docència: en formació de postgrau o universitària; 3) la recerca i exposició en congressos, i publicacions en revistes científiques; 4) formar part de grups de treball i implicació en la institució i la professió.

competeixen: *és que si no segueixes la corrent quedes fora de tot arreu, no hi pots accedir*; a més, tenen la sensació que se'ls pot acusar de *mals professionals* si no entren en la dinàmica competitiva d'un bon currículum.

Cada professional pot dur a terme la formació de postgrau de manera autònoma o bé beneficiant-se d'algun tipus d'ajuda per part de la institució. En canvi, impartir docència o formar part d'un grup de treball o de recerca sovint no depèn sols de la persona: es necessita el vistiplau de les direccions i l'acceptació d'un grup, fet que no està a l'abast de tothom i sol portar malestars i lluites. A més, en l'àmbit dels metges la realització d'aquestes activitats es preveu en l'horari laboral, però no així en el de les infermeres⁷⁵, la qual cosa és també un motiu de queixa d'aquest col·lectiu.

Aquest model de currículum basat en la competència entre persones s'ha fet extensiu també als grups amb formació professional, com a les TCAI, a les quals també es valora el currículum docent i investigador, cosa que és una incongruència amb els estudis de grau professional i amb les funcions professionals d'auxiliar. Algunes professionals participen en aquesta "necessitat creada" i competició per obtenir currículum per optar a un lloc de treball o per obtenir beneficis econòmics extres. Però no totes hi estan d'acord. Segons l'opinió d'algunes, *allò que haurien de fer és augmentar-nos el sou base, que el tenim molt baix, i si ens hem de formar que sigui en hores de feina, però no a costa nostra, que prou feines tenim*. Defensen que el cost econòmic que hi han d'invertir és desproporcionat amb el salari: *el preu dels cursos és totalment desproporcionat amb el nostre sou, això és riure's de nosaltres*. És un esforç econòmic que trigaran temps a compensar, a més de tot l'esforç personal que hi han invertit fora de l'horari laboral. A més, aquest camí en cap cas porta a un canvi de categoria professional: *en tot cas ja anirem a la universitat, però no això*. Així doncs, algunes creuen que és un camí molt costós per a uns beneficis escassos o fins i tot nuls.

A més a més, alguns professionals de tots els grups reconeixen que una part del currículum es compra per obtenir una plaça o per a la carrera professional: *quan tingui la plaça del matí ja deixaré de fer cursos, o quan tingui el nivell x ja deixaré*

⁷⁵ El fet que les infermeres tenen horaris laborals d'assistència directa i contínua al costat del malalt i que les ràtios infermera/malalt són ajustades a les necessitats, se'ls fa difícil absentar-se del lloc de treball. En canvi, els metges tenen els horaris més flexibles, junt, amb la no obligatorietat d'estar contínuament al costat del malalt i una plantilla que ja contempla aquest aspecte, fa que poden dur a terme aquestes activitats dins l'horari laboral.

de fer cursos. S'admet que hi ha formació que no interessa, i que "massa sovint" es duu a terme solament per millorar el currículum; alguns cursos es consideren que són pur consum. A més, també es fa formació per disposar d'uns dies extra de festa a l'any, que s'obtenen solament si es presenta un títol de formació. Això no vol dir que tota la formació que es fa sigui per aquest motiu, però sí que succeeix *massa sovint* (p).

Freidson (1978) ja defensava que la classe mèdica estava més preocupada per augmentar el seu poder econòmic i el seu prestigi, tant científic com social, que en l'assistència al malalt, i Rodríguez (1981) afegeix que la classe mèdica ha sortit beneficiada pel capitalisme en aquesta esfera; a més, aquests aspectes han anat en augment. Unes actuacions que s'han transmès als altres col·lectius sanitaris, i s'ha fet amb la idea que proposa Veblen (2004) sobre la classe ociosa, que tendeix a emular sempre el grup de classe més alta. Així, en aquest intent d'emular s'organitzen jornades o congressos per a tots els grups, també per a les TCAI, els quals suposen una despesa important de diners amb relació al seu salari; com diuen algunes, assistir-hi està a l'abast de poques. Algunes no hi acudeixen perquè ho consideren una *presa de pèl*; altres s'hi senten obligades per no perdre una oportunitat de millorar el currículum, i pel prestigi que els dona dins del grup.

L'obtenció del currículum en totes les seves vessants ha creat "una necessitat" de consum en cursos de formació, seminaris o congressos. Una necessitat que va en augment i que molts professionals qualifiquen d'absurda pel fet que massa cursos no aporten interès i no s'ajusten a les necessitats professionals assistencials. Aquest consum en formació forma part del sistema de consum capitalista neoliberal en el qual està immersa la societat, el qual potencia que tot sempre ha d'estar a l'alça, sense tenir en compte la qualitat, sinó sols la quantitat.

D'altra banda, la posició jeràrquica en els espais assistencials es pot avaluar des de diferents perspectives. Peneff (1992) n'assenyala una de ben especial i visible, com el contacte que els professionals tenen amb la "brutícia". Al col·lectiu d'infermeria són bàsicament les TCAI les qui tenen assignada la funció d'higiene en els malalts: *les auxiliars també són bones professionals, treuen la caca... és vocació, els hi han pres part del sou, no hi ha dret* (ED05, home, 45 anys). Les infermeres no sempre participen en aquestes tasques, un fet que pot portar discussions i conflictes dins l'equip. Segurament, compartir amb *altres* una funció socialment considerada de baix nivell com és la brutícia, ajuda a no sentir-se sol davant d'aquesta tasca que es

percep "desagradable i inferior". Les TCAI senten que són poc valorades i l'últim esglaió de l'escala jeràrquica assistencial; se senten anul·lades i amb la sensació que el seu treball no és reconegut. I per això, el fet de compartir algunes tasques a les quals socialment s'adjudica una categoria inferior (tanmateix, són tasques absolutament imprescindibles), pot ser quelcom reconfortant.

El poder i la posició jeràrquica s'exerceixen també en aspectes menys visibles i poc analitzats, com són els tecnològics. Hi ha aparells d'alta tecnologia i sofisticació, però que alhora tenen parts que són manuals, rudimentàries i de difícil maneig. El mateix aparell té dues vessants: sofisticació tecnològica i manualitat rudimentària. Un exemple en són els respiradors per a malalts intubats, amb una gran tecnologia de programari; a la vegada, però, els suports que aguanten les tubuladures són manuals i amb un funcionament laboriós que dificulta el treball de les infermeres. La part desenvolupada tecnològicament està destinada als metges, i la rudimentària a les infermeres⁷⁶. Un altre exemple es troba en alguns llits dels malalts, que són altament sofisticats, necessaris per a la comoditat del malalt i per al treball del "conjunt dels professionals". A la vegada, però, no tenen incorporats alguns accessoris de molta utilitat pel treball més específic de l'equip d'infermeria que en facilitaria les funcions, com ara ganxos per al suport de drenatges o bosses. Alguns suports que hi ha als hospitals per a la seroteràpia, bosses, drenatges, etc. són dignes de museu i idèntics des de fa dècades. També hi ha llits que no tenen suport mecànic per ajudar el malalt a moure's, la qual cosa els dificulta la pròpia mobilització i el treball del col·lectiu d'infermeria. Són exemples d'una llista molt extensa. Allò que pertany al món del poder i masculí és important i se li dona valor, i s'hi assigna la despesa necessària. Allò que pertany al món subaltern i femení és secundari, no s'hi dona valor i s'hi destinen pocs recursos.

Tot i les problemàtiques esmentades, el poder en si mateix no és qüestionat, sinó que tendeix a ser admirat i desitjat. Foucault analitza el poder en clau no negativa ni com a relacions estrictament opressives, i el defineix com un camp de coneixement acceptat com a veritat, i és des d'aquesta perspectiva que es construeix i s'accepta la dimensió positiva del poder, que implica que les persones pensin i actuïn d'una determinada manera:

⁷⁶ En una ocasió vaig preguntar als tècnics de la indústria com era que en uns aparells tant sofisticats els braços fossin tan poc pràctics i no varen saber què contestar, limitant-se a dir: *sí, és curiós, en les parts mecàniques ningú hi ha pensat...i sí, són rudimentàries.*

"Si el poder no fuera más que represivo, si no hiciera otra cosa que decir no, ¿cree usted verdaderamente que llegaríamos a obedecerlo?. Lo que hace que el poder se sostenga, que sea aceptado, es sencillamente que no pesa sólo como potencia que dice no, sino que cala de hecho, produce cosas, induce placer, forma saber, produce discursos; hay que considerarlo como una red productiva que pasa a través de todo el cuerpo social en lugar de como una instancia negativa que tiene por función reprimir" (Foucault, 2001, p. 148).

És així –com una "xarxa productiva que passa a través de tot el cos social"–, tal com explica Foucault, que es pot entendre i explicar el poder que exerceix la professió mèdica, la forma com s'accepta el coneixement biomèdic com a única veritat, com se li dona legitimitat i prestigi, i com els agents subordinats s'adhereixen a participar-hi en totes les seves esferes, sense crítica ni sense qüestionar-ne les arrels.

4.4.2. Feminització de la sanitat i rols de gènere

La incorporació de la dona en el món universitari ha suposat també un augment important de dones en els estudis de medicina. En canvi, no ha succeït el mateix en la professió d'infermera, que continua estant formada majoritàriament per dones, amb pocs homes infermers. També les TCAI són majoritàriament dones, i de forma similar ocorre en altres professions del món sanitari. La taula 5 ens mostra la feminització de les professions sanitàries.

Taula 5. Relació per sexe dels professionals, any 2005, en tant per cent

	Homes	Dones		Homes	Dones
Metges	55	45	Podòlegs	44	56
Infermeres	11	89	Dentistes	56	44
Fisioterapeutes	31	69	Dietistes	13	87
Farmacèutics	27	73	Biòlegs clínics	22,5	77,5

Font: Demografia de les professions sanitàries a Catalunya. Centre d'Estudis Demogràfics⁷⁷.

Tot i l'augment de la presència de la dona en el món universitari, en què la proporció és bastant igualitària, les dones encara continuen ocupant posicions menys rellevants a la societat, i els homes continuen dominant l'espai de poder, tant en l'àmbit públic com en el privat. En el camp sanitari, Bourdieu (2000) assenyala que les dones, en la professió mèdica, tendeixen a ocupar les especialitats considerades de rang inferior i menys posicions de poder. També en la professió infermera els càrrecs directius continuen ocupats per molts més homes

⁷⁷http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/Professionals/Professions_sanitaries/livre_blan_c/documents/arxiu/estudi_demografic.pdf

que dones, en relació amb el nombre total d'infermeres i infermers, que proporcionalment els correspondria.

El fet que cada vegada més dones fossin metgesses va generar, en un principi, expectatives en les infermeres en el sentit que es podrien arribar a crear complicitats de gènere entre les dues professions. La realitat, però, en la percepció i opinió de les infermeres no ha estat així, sinó que les professions continuen amb un punt de distància i conflicte, com hem vist en l'apartat anterior; i segons l'opinió d'algunes, continua augmentant. D'altra banda, també s'ha de tenir en compte que les polítiques que es dicten i s'imposen des dels centres de gestió, encara dominats per homes, impliquen que també les dones metgesses estiguin sotmeses al poder masculí, atès que han d'obeir unes polítiques marcades per la visió dominant i patriarcal.

En el pla assistencial i micro, el poder l'exerceix la dona metgessa sobre la dona infermera, de manera que, en aquestes ocasions, algunes infermeres, a més de percebre el poder professional també el senten de gènere, i no troben en les metgesses unes aliades sinó més aviat el contrari. A més, algunes infermeres insinuen que amb les dones metgesses les relacions professionals són més difícils que amb els homes metges; afirmen que cada vegada han de lluitar més en allò que sempre havien estat les seves competències. També defensen les competències i funcions que anteriorment duien a terme amb "naturalitat" i que els pertanyien: *ara jo veig que les metgesses ens controlen més el nostre treball que els metges*. La percepció de les infermeres és que la feminització de la professió mèdica no ha creat les complicitats que esperaven.

D'altra banda, s'ha de tenir en compte que les dones metgesses han rebut l'educació cultural i social que adjudica a la dona el rol de cuidadora. Aquest fet afavoreix que quan elles es troben davant de la persona malalta apareix "inconscientment" aquest rol en el qual han estat educades, que la societat, encara molt patriarcal, ha potenciat. L'apropiació del rol de cuidadores de les metgesses l'observen tant les mateixes infermeres com alguns malalts, i això es ressalta positivament:

Les metgesses ara també han agafat el rol dels cuidados, ara ho prescriuen tot elles, abans érem les infermeres qui decidíem moltes coses, com quan llevar una persona, ara fins i tot ens ho manen ells (P).

Vam donar amb una doctora molt bona, la que assistia a la meua mare, va vindre a casa (...). La doctora ens va ensenyar com teníem de canviar-la d'una banda i l'altra per no fer els esforços que fèiem i tot plegat (ED19, dona, 74 anys).

Altrament, Bourdieu (2000) defensa que a la força de l'ordre masculí i dominant no li cal justificar-se, sinó que, encara actualment, es continua imposant de manera que sembli natural. En canvi, els dominats contínuament han de justificar les seves actuacions. Potser aquí hi ha algunes raons per les quals les dones metgesses necessiten també reafirmar-se més en la seva posició. Una raó és que, pel sol fet de ser dones, formen part del grup dels dominats. I una altra: pel fet que, tot i formar part de la professió que socialment és dominant, aquesta a la vegada és dominada des dels centres de poder, gestionats bàsicament per homes, que imposen una concepció patriarcal i de domini professional. Amb la qual cosa, seguint els estàndards socials encara molt patriarcals i altament jeràrquics en el sistema sanitari, les dones metgesses necessiten reafirmar-se més que els seus col·legues homes.

Possiblement, d'aquí deriva en part la duresa que algunes infermeres perceben en les metgesses. Mentre que als homes metges no els cal justificar-se socialment, les dones metgesses encara necessiten legitimar el seu rol i autoritat, i ho fan mostrant amb més duresa que els homes la seva "superioritat professional", seguint el patró definit pel patriarcat jeràrquic encara existent. Tanmateix, la superioritat professional que necessiten demostrar és producte de l'enculturació i del fet que socialment es continua acceptant, i fins i tot potenciant, la dominació i el prestigi d'unes professions respecte a unes altres.

Un altre punt d'anàlisi que involucren els rols de gènere i poder, és que algunes infermeres perceben com les cures que sempre havien dut a terme als malalts de manera rutinària i autònoma, ara han passat a ser competència del metge; i observen com aquesta mateixa acció té més importància, està més valorada i passa a tenir prestigi. En aquest sentit, Bourdieu (2000) destaca com algunes feines passen a ser ennoblides depenent de qui les executa, si és de l'àmbit públic o privat o si és home o dona; en aquest cas, qui exerceix més poder i prestigi professional.

És interessant, per entendre aquests rols i relacions de poder i gènere, la teoria dels grups silenciats que proposa Ardener (1975)⁷⁸. L'autora defensa que els grups dominants generen i controlen les maneres d'expressió imperants, i els grups silenciats o dominats es veuen obligats, per fer sentir la seva veu, a recórrer a les mateixes maneres d'expressió i a actuar segons la ideologia dominant. Ardener

⁷⁸ Citats a Moore (1999): Ardener, Edwin, (1975a). "Belief and the problem of women", en S. Ardener (ed.), *Perceiving Women*, 1-17, Londres Dent. Ardener, Edwin, (1975b). "The problem revisited", en S. Ardener (ed.), *Perceiving Women*, 19-27, Londres, Dent.

sosté que el fet de silenciar és fruit de les relacions de poder establertes entre els grups dominants i dominats, i inclou especialment les dones en els grups silenciats. En aquest sentit, les infermeres estan doblament silenciades, com a dones i com a professionals, pel fet de ser una professió subordinada; a més, en ocasions ho estan per les seves congèneres.

La teoria d'Ardener ajuda a entendre alguns comportaments de subordinació de les dones infermeres cap a la professió mèdica. Com a grup dominat i silenciats les infermeres han incorporat l'alt valor que s'atorga als aspectes tecnològics derivats del rol masculí, i n'han passat a donar menys als valors humanístics en els quals es fonamenten les teories i l'essència infermera. Així, al fet de cuidar, *per se*, s'hi ha atorgat poc valor professional, tal com vèiem en l'apartat anterior; en canvi, en té molt més tot l'aspecte tecnològic que defensa el poder dominant i masculí. Un exemple l'observem en el fet que les infermeres utilitzen expressions i vocabulari mèdics i més aviat poca terminologia pròpia. Segons l'opinió d'una infermera, *quan escoltes un parte de les infermeres és com si parlessin els metges, algunes fan servir exactament el mateix llenguatge*⁷⁹.

Una opinió bastant generalitzada en el col·lectiu infermer és que les infermeres són *invisibles* en el sistema sanitari i en la societat i que tenen dificultat per fer sentir la seva veu: *nosaltres no comptem per res, només si als altres els interessa*. Una de les raons que més es solen donar és que *això ens passa perquè som dones*. Hi ha l'opinió bastant arrelada que si la majoria de les infermeres fossin homes, les coses canviarien en el rol d'infermera i que la professió esdevindria més visible i potent. Així, es responsabilitza els altres de la invisibilitat. Simone de Beauvoir, en *El segon sexe* (1949), defensa que la responsabilitat de la situació de la dona en la participació social no és sols del poder de l'home que ho acapara tot, sinó també de la mateixa dona que segueix el seu discurs i s'hi ha acomodat. Aquesta conformitat amb l'ordre establert i la supeditació al rol mèdic apareix amb frases com ara *sempre ha estat així i sempre serà així o nosaltres això no ho canviarem pas ara* (p). La confiança d'algunes professionals en el futur és baixa: *nosaltres no el veurem pas aquest canvi*; a més de poca confiança, aquest comentari denota resignació sobre la possibilitat d'introduir canvis en el rol infermer; tanmateix, altres infermeres en discrepen i opinen en el sentit contrari.

⁷⁹ Aquest comentari té la paradoxa que el va fer un professional infermer home, entre les infermeres es tendeix a opinar que els professionals homes són més tècnics, menys humanístics i estan més al costat de la professió mèdica que de la infermera.

A més, hi ha una qüestió que pot ajudar a les infermeres, i és que disposen del Codi Deontològic Infermera, el qual és una eina que pot emparar algunes actuacions que incomoden; tan algunes que hem vist en aquest apartat del rol professional com suavitzar alguns aspectes derivats de la subordinació mèdica,—tema que hem vist en l'apartat anterior. Tanmateix, aquest codi no es té o es té poc en consideració, en els espais hospitalaris ni les infermeres assistencials, ni les gestores ni les direccions d'infermeria no el tenen com una prioritat, és més, es té a l'oblit.

Aquesta invisibilitat de les infermeres, del rol professional i la dificultat per fer sentir la veu es defensa des d'espais com els col·legis d'infermeria, les associacions professionals o els sindicats, i una de les queixes més freqüents és que no tenen presència ni el tractament adequat en els mitjans de comunicació. Els diversos estaments de la societat tendeixen a prioritzar el poder mèdic tecnològic; així, les cures infermeres queden relegades en un pla secundari, i s'associen al paper històric secundari de la dona. El fet que la professió infermera estigui subordinada a la mèdica ha afavorit la integració de la visió dominant i masculina en les cures infermeres, i ha convertit l'acte de cuidar en una acció més instrumental que humanística. Tot i així, en algunes ocasions aquest aspecte humanístic s'ha posat en relleu en els mitjans de comunicació, en especial quan algunes persones passen per processos de malaltia, com fou el cas del periodista Carles Capdevila, que ho va escriure en diversos articles i en un llibre —Capdevila (2017). L'autor realça aquests valors més compassius de les infermeres, uns valors que les mateixes infermeres, en nom de la defensa tecnològica, obliden en ocasions. En aquest sentit, diversos testimonis destaquen en algun moment la manca dels valors filantròpics en les atencions, un aspecte que veurem en altres apartats d'aquesta tesi.

Així, les infermeres tendeixen a analitzar la seva invisibilitat des de la perspectiva del poder i visió androcèntrica, i reclamen més poder en la mateixa línia del mèdic. En aquest sentit, Moore (1999) sosté que l'anàlisi de les relacions de gènere i poder s'han fet des de la visió androcèntrica, la qual cosa comporta una anàlisi esbiaixada. L'autora defensa que s'ha d'incorporar la visió del dominat; en aquest cas és dotar de significat la visió holística infermera centrada en les atencions i els valors altruistes de les cures.

D'altra banda, no són sols les infermeres les que han perdut camp d'actuació i de decisió, també l'han perdut els metges. Alguns consideren l'augment de protocols i guies clíniques com a imposicions que els resten autonomia professional: *s'han*

d'obeir, sinó malament. Alguns metges reconeixen que han perdut competències i autonomia degut a aquests protocols imposats pels màxims òrgans de poder i, com dèiem, dominats per homes majoritàriament.

Així, en la professió mèdica hi ha més dones, però no s'ha feminitzat, atès que les decisions continuen en mans masculines, dictant polítiques de poder i patriarcals. Aquest fet es pot enquadrar en el que Bourdieu (2000) anomena "violència simbòlica": la forma com allò que es vol imposar es fa aparèixer com a natural, però que és fruit d'una imposició calculada; així, la violència simbòlica afecta tots els professionals. En aquest sentit, Bourdieu (2000) defensa que institucions com l'Església, l'estat i l'escola han contribuït sempre a assegurar la permanència de dominació, del treball dels homes sobre les dones, i com en cada època hi presenten unes característiques determinades.

4.4.3. La queixa: *i a nosaltres, qui ens cuida?*

Les queixes formen part de la quotidianitat hospitalària, i en aquest context de cuidar es pot escoltar sovint *i a nosaltres qui ens cuida?*. La queixa la fan tots els estaments, potser el que més, la infermeria; no en va és qui cuida en el sentit més literal. L'expressió a "nosaltres qui ens cuida" apunta sobretot a tres aspectes: l'econòmic, les càrregues de treball i les relacions.

Pel que fa a l'aspecte econòmic, totes les categories consideren que el sou és baix per les competències o funcions que es duen a terme⁸⁰. Les lamentacions solen ser diferents i depenen de qui les fa: si és un metge diu que *un director de banca té millor sou que nosaltres*; si és una infermera: *qualsevol venedor de cotxes guanya més diners que nosaltres aquí*; o si ho fa una TCAI pot ser: *pel que guanyo aquí em plantejo anar a fer de caixera, que guanyen més que jo*, són alguns dels exemples que es poden escoltar. En tots els casos es defensa que el sou és injust per la responsabilitat que es creu que es té, pels horaris laborals i pel fet de treballar en caps de setmana i festius.

⁸⁰ El sou del conveni laboral de la XHUP, en la qual pertany l'hospital en qüestió, és lleugerament inferior que el dels hospitals de la xarxa pública, però superior als convenis dels hospitals privats. L'any 2009, tot i venir d'una congelació salarial de 3 anys, es va reduir el sou en un 5%, que no es va restablir fins el 2015; amb la qual cosa, no va existir cap increment real.

En relació amb les càrregues de treball, el que s'esmenta més és la desorganització i el mal funcionament de les unitats; la pressió assistencial, sobretot quan es creu que es fan activitats innecessàries; les exigències i els esforços que s'han d'executar, en especial quan es creu que no tenen cap benefici per als malalts; els esforços físics per deficiències instrumentals i espais físics no adequats, i el fet de dur a terme funcions i activitats per imposició.

Les queixes que afecten les relacions fan referència a no sentir-se escoltat pels responsables; a les relacions problemàtiques a les quals no es dona resposta; a la no acceptació de crítiques i poc diàleg constructiu per part dels directius i responsables; i a una d'especial que apareix molt sovint: els "padrins", que es creu que hi són "massa" presents i beneficien determinats professionals.

Les queixes i crítiques són presents en tots els estaments, però com més avall en l'escala jeràrquica, més sensació hi ha que la veu no es fa sentir. Tanmateix, les protestes sovint no solen passar de queixes informals. Quan s'han portat a terme actuacions han estat secundades per pocs professionals, i en canvi, sí per més participants externs, com les associacions veïnals, els "iaioflautes" o la PAH, (Plataforma d'Afectats per les Hipoteques). Són molts els treballadors que no han participat en cap protesta, cosa que ha generat frustració entre els més motivats, que destaquen que alguns sempre es beneficien de les millores sense cap esforç. En aquests actes la presència de metges sol ser escassa, un fet que rep les crítiques dels altres col·lectius, que creuen que *sols vetllen pels seus interessos*.

La síndrome d'esgotament professional en l'àmbit sanitari és un tema que ha estat abordat des de diversos àmbits i que afecta tots els col·lectius, però possiblement el grup que més és el de les infermeres —en general tot el col·lectiu d'infermeria. En les institucions s'han elaborat estudis per conèixer la satisfacció del personal, sovint amb resultats poc favorables. Tanmateix, després no s'han interpretat de manera qualitativa i profunda, i les actuacions (si n'hi ha arribat a haver) no han tingut l'eficàcia que s'esperava. Torralba (1998) defensa que els que cuiden també necessiten ser cuidats. Cuidar els professionals implica analitzar tots els problemes existents i donar-hi la màxima solució possible, és a dir, significa tenir claredat i ser just.

4.5. RESUM DEL CAPÍTOL

Els centres hospitalaris, malgrat que intenten obrir-se a la societat, continuen presentant algunes particularitats de les institucions totals. No són llocs tancats a l'entorn social, però miren amb recel qui es mou per l'interior, i creen mecanismes de defensa com els controls d'infermeria. Una funció important dels quals és la vigilància mútua: dels professionals cap als usuaris, i també dels usuaris cap als professionals. Als hospitals hi ha dos blocs de persones ben diferenciats: professionals, "nosaltres", i malalts, els "altres". El dels professionals és un grup altament estructurat i jerarquitzat; en canvi, el dels malalts presenta els elements d'espontaneïtat necessaris per formar la *communitas*, i a més s'hi observen les fases del ritual que proposa Van Gennep. Els espais hospitalaris són propietat dels professionals, però presenten algunes esclatxes, com les sales d'espera per a usuaris i famílies, que s'escapen del seu control, i que esdevenen espais de suport, d'interacció, d'ajuda mútua i de socialització, sovint lluny de les mirades dels professionals.

Les relacions entre els dos estaments més nombrosos, les infermeres i els metges, continuen marcades per la jerarquia i el poder mèdic. Aquestes relacions presenten un punt de conflictivitat i distància que mai s'ha resolt, atès que per l'estament mèdic no és prioritari, i les infermeres no disposen del suport necessari. Una conflictivitat que té les arrels en una concepció lleument diferent de les cures i el malalt, "la visió infermera", i també en la poca autonomia infermera i la submissió mèdica. Els valors patriarcals i de poder que continuen dominant en la societat també estan presents en els espais assistencials i en les professions sanitàries, en què el rol mèdic continua sent de prestigi i poder, i el de l'infermer és secundari i de subordinació. Un altre punt és que, tot i la feminització de la professió mèdica, els valors patriarcals i de poder socials continuen dominant en les professions sanitàries.

D'altra banda, els professionals sanitaris es veuen afectats per les mateixes problemàtiques socials que imposa el sistema capitalista de consum. Aquest fet es fa evident a l'hora de dur a terme formació i realitzar el currículum. Alguns denuncien que "massa sovint" han de fer formació solament per no perdre oportunitats laborals i amb poc interès professional o per al malalt. Un sistema de currículum que es va iniciar en l'estament mèdic i progressivament s'ha traslladat a tots el altres col·lectius, tant en els que tenen estudis universitaris com en els que

els tenen professionals. I s'ha fet sense tenir en compte les particularitats de cada col·lectiu.

Finalment, cal assenyalar que en un entorn de cuidar, els professionals no se senten cuidats per les institucions, i, en aquest sentit, una de les queixes més freqüents en totes les categories és "i a nosaltres qui ens cuida?".

CAPÍTOL 5. EL SERVEI D'URGÈNCIES HOSPITALARI (SUH).

ANÀLISI QUANTITATIVA I ETNOGRÀFICA

La ciència no té sentit perquè no dona resposta
a l'única pregunta important per nosaltres,
la de què hem de fer i com hem de sobreviure.

Leon Tolstoi

5.1. INTRODUCCIÓ AL CAPÍTOL

En els últims decennis han augmentat considerablement les assistències en tots els àmbits del sistema sanitari, també en els SUH. Padgett & Brodsky (1992) assenyalen el fort increment que van tenir aquests serveis a partir de la dècada dels anys cinquanta que esdevingueren una porta d'entrada als hospitals. A més, defensen que les assistències van començar a ser poc rellevants des del punt de vista mèdic. En el marc de l'Estat espanyol les lleis que es van crear per establir la cobertura universal sanitària van propiciar l'augment de la demanda en els SUH (Rodríguez, 2012)⁸¹. Un increment, que feia anys que succeïa, va ser de gairebé un 30% només entre el 1998 i 2007 (Zaragoza et al. 2009). Aquest augment ha provocat el debat sobre si són "massa" utilitzats per la població. Molts professionals i articles publicats afirmen que hi ha abús, que una gran part de les visites són inadequades des del punt de vista mèdic; en canvi, no es tenen en consideració les variables socials o individuals.

En aquest capítol es fa una anàlisi etnogràfica del SUH, què s'entén pels conceptes d'urgència i gravetat i amb què es relacionen els motius per acudir al servei i l'alta freqüentació. Per a l'anàlisi s'utilitzen els discursos dels usuaris i dels professionals.

També incorpora una anàlisi quantitativa bàsica de les assistències al servei que comprèn un període de vuit anys, del 2006 al 2013. Ocasionalment es mostren dades d'anys anteriors. L'anàlisi estadística inclou les dades del total de les assistències a tot el servei d'urgències, no només les de l'àrea d'adults, on es van fer les entrevistes i els qüestionaris. Generalment les dades que es presenten són de les assistències, no de les persones que majoritàriament n'han fet més d'una, i s'especifica quan fan referència a les assistències i quan a les persones.

5.2. INICIS I EVOLUCIÓ DELS SUH

Els primers coneixements en l'època moderna que es tenen dels serveis d'atenció urgent se situen en el segle XVIII a Amsterdam, on el 1776 es va crear la Societat per al Rescat de Persones Ofegades (Rodríguez, 2012). En època més recent, a

⁸¹ La Ley General de la Seguridad Social (Decreto 2065/1974) y la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986)

mitjan del segle XX, a conseqüència dels avenços per atendre els lesionats de la Segona Guerra Mundial, en especial de les guerres de Corea i Vietnam, es va considerar que les atencions que es duïen a terme en el camp militar durant els conflictes bèl·lics es podien traslladar al camp civil en èpoques de pau. A finals dels anys 1960 es creen els Emergency Medical Services nord-americans; els Services d'Aide Medicale Urgente a França, i a Belfast els Pantridge, que eren unitats mòbils per atendre els infarts de miocardi (Rodríguez, 2012).

A l'Estat espanyol l'assistència sanitària urgent anava a càrrec dels metges titulars i dels metges d'Assistència Pública Domiciliària fins a la primera meitat del segle XX. El 1948 s'instaura el Servei Nocturn d'Urgències en poblacions de més de 10.000 assegurats. El 1964 es creen al Sistema de la Seguretat Social els Serveis d'Urgència, que eren de dos tipus: els Serveis Normals d'Urgència, i els Serveis Especials d'Urgències amb vehicles sanitaris. En aquesta època, els serveis d'urgències dels hospitals tenien poques infraestructures i les urgències eren ateses per metges novells; més tard van ser substituïts pels MIR (Metges Interns Residents) tutelats per metges adjunts. El 1974 la Llei General de la Seguretat Social estableix l'assistència urgent com un dret per a la població. El 1990 s'inicia el servei del telèfon d'urgències sanitaris (061), i el 2002 es creen els Serveis d'Urgències d'Atenció Primària. També es creen els serveis d'urgències extra hospitalaris d'atenció urgent al lloc dels fets, els quals van a càrrec del Servei Emergències Mèdiques (SEM), estan dotats d'ambulàncies i helicòpters i els professionals són tècnics/conductors, metges i infermeres⁸².

Peneff (1992) sosté que els factors que han tingut un rol decisiu en la difusió del concepte i la idea d'urgència han estat la instauració dels SEM, les revistes mèdiques especialitzades en urgències, els sindicats professionals i els col·legis professionals. A més, tots aquests grups exerceixen pressió per a la creació de l'especialitat mèdica de les urgències. Als professionals que treballen en les ambulàncies dotades de material mèdic se'ls exigeix haver realitzat un curs de preparació. Es dona així més rellevància a les urgències i emergències⁸³.

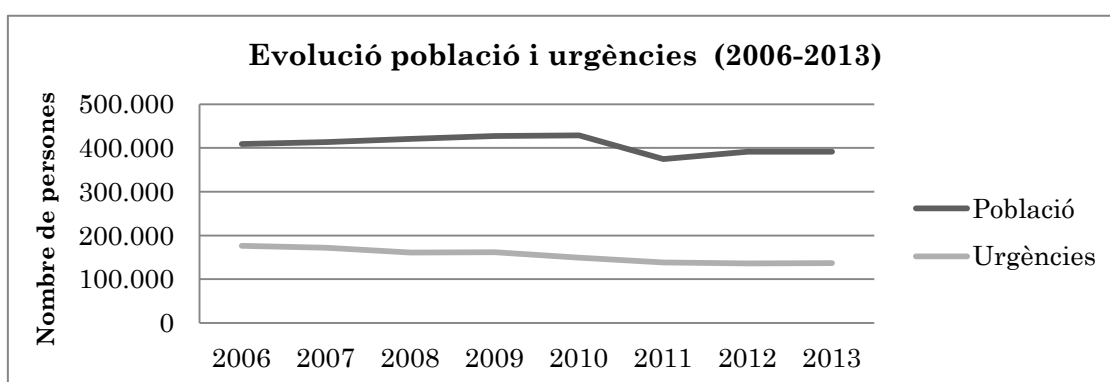
⁸² El SEM treballa amb coordinació amb altres sistemes essencials d'atenció a la població com la policia, els bombers o protecció civil, i ho fa a través del 112.

⁸³ Allué (1999) explica com les institucions associatives de metges d'Urgències i els dirigents de la Societat Espanyola de Medicina d'Urgències, solien ser persones vinculades a les empreses d'ambulàncies, i que varen desenvolupar tot un cos social de caràcter gremial.

5.3. DADES QUANTITATIVES D'ASSISTÈNCIES ALS SUH

En els últims decennis les assistències als SUH s'han incrementat de forma progressiva i notòria, però, sembla que en els últims anys tendeixen a estabilitzar-se. En el gràfic 1 observem que la població de referència augmenta progressivament però amb una sobtada disminució (anys 2010-2011), i amb un discret repunt posterior⁸⁴; per contra, el nombre d'urgències disminueix de forma progressiva i es manté, la qual cosa indica una relació moderadament inversa en els últims anys, és a dir, el nombre d'assistències ha tendit a ser estable o a decreixer (es veu amb més detall en als annexos: taula 6).

Gràfic 1. Evolució de la població i el nombre d'urgències hospitalàries ateses⁸⁵.



Font: IDESCAT i Arxiu CSPT. Elaboració pròpia

Un dels factors que s'utilitzen per analitzar les assistències als SUH és conèixer el nombre de visites per 1.000 habitants i any. La taula 7 ens mostra aquesta relació en els anys estudiats en aquest treball⁸⁶.

Taula 7. Assistències per cada 1000 habitants i any al SUH

2013	350	2009	379
2012	347	2008	382
2011	368	2007	416
2010	347	2006	431

Font: Arxiu CSPT. Elaboració pròpia.

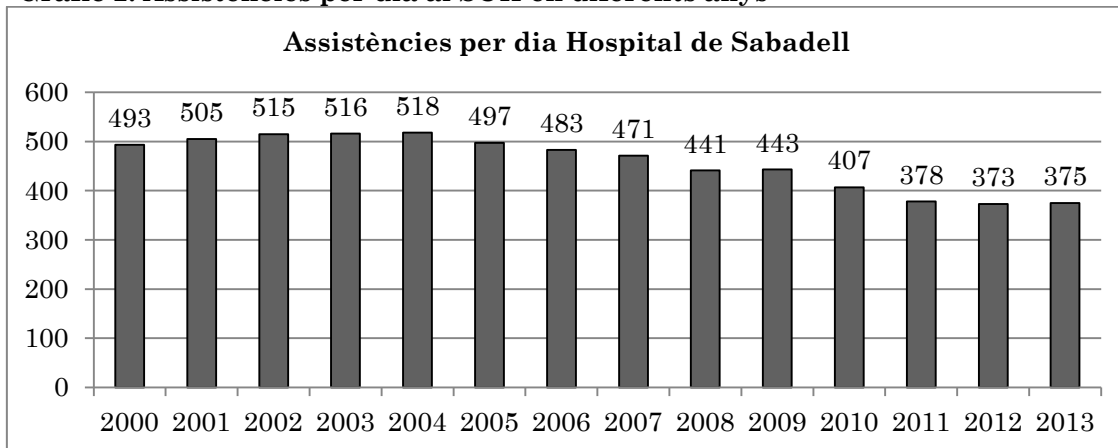
⁸⁴ La lleugera disminució del nombre d'habitants és deguda a una remodelació sanitària que es va dur a terme a la comarca.

⁸⁵ Els anys posteriors fins el 2019 el nombre d'assistències al SUH és similar a les dades que ens mostra el gràfic 1 i la taula 6 annexos, tot i que amb un discret augment en els últims 2 anys —2018 i 2019— vegeu annexos la [taula 6](#).

⁸⁶ En aquest sentit, Alonso, Hernández, Del Busto & Cueto, (1993) en descriuen 116 a l'any 1987; Zaragoza *et al.* (2009) 480 a l'any 2006; i Peiró *et al.* (2010) 457 a l'any 2006. Segons aquests últims autors, l'Estat Espanyol és de les zones del món desenvolupat on més s'utilitzen, i Catalunya de les regions que més; a l'any 2003 descriuen a l'estat Espanyol 545 assistències per 1.000 habitants, 397 a Ontàrio (Canadà), 399 a Estats Units, i 330 al Regne Unit.

L'Hospital de Sabadell cobreix una àrea sanitària de referència amb una població elevada; per tant, amb un nombre potencial elevat d'assistències al SUH. El gràfic 2 ens mostra les assistències per dia en el període del 2000 al 2013, en el qual també s'observa que la tendència és clarament a disminuir.

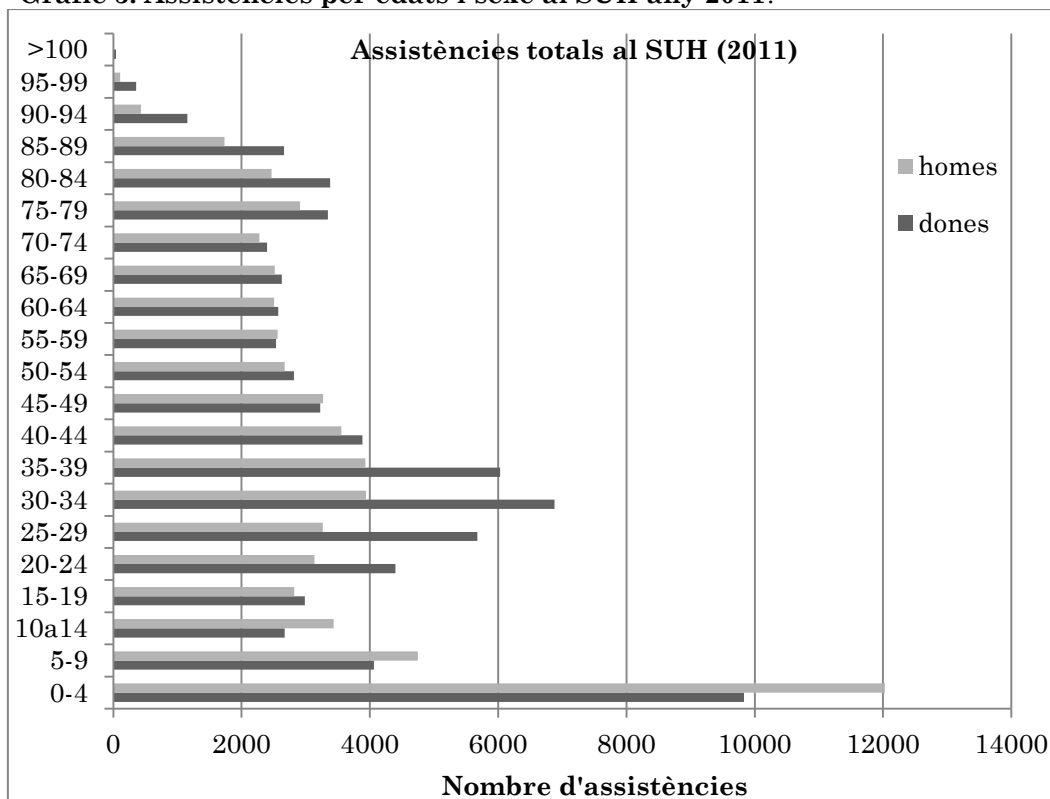
Gràfic 2. Assistències per dia al SUH en diferents anys



Font: Arxiu CSPT. Elaboració pròpia.

En la tendència a la baixa que ens mostren aquestes dades hi han influït diversos factors. D'una banda, amb la remodelació sanitària comarcal algunes ciutats van deixar de tenir l'Hospital de Sabadell com a referència, al mateix temps persones que sempre hi havien anat van continuar acudint-hi, atès que *es el meu hospital*. De l'altra banda, la crisi econòmica del 2008 va portar el tancament de serveis d'atenció continuada en alguns CAP, i alguns usuaris van acudir al SUH. Malgrat aquests factors a favor i en contra, el nombre d'assistències sembla que ha tendit a estabilitzar-se o anar a la baixa en aquests últims anys.

El gràfic 3 ens mostra les dades amb relació les edats agrupades en franges de cinc anys i per sexe. Són dades molt similars durant els anys analitzats. La franja que més assistències presenta és la del naixement fins als 4 anys, amb un descens acusat a partir dels 5, i destaquen els nens sobre les nenes. Dels 20 als 39 anys destaca l'assistència més gran de les dones. És l'edat reproductiva i moltes acudeixen al servei d'obstetrícia. També s'observa que en algunes franges d'edat, com l'adolescència o a partir dels 40 anys, dones i homes els freqüenten de manera similar. En la franja dels 50 als 75 anys disminueixen i la proporció entre sexes és equilibrada. En les edats més avançades hi torna haver un repunt, i destaca la proporció més gran de dones.

Gràfic 3. Assistències per edats i sexe al SUH any 2011.

Font: Arxiu CSPT. Elaboració pròpia.

Com observem, hi ha un alt nombre d'assistències de nens fins a 4 anys que crida l'atenció, però, al contrari del que succeeix amb els adults, generalment, els professionals *tenen assumit* que es porti el nen a una consulta *sigui l'hora que sigui* (p), atès que *és una tranquil·litat que dona als pares per l'angoixa que els hi provoca* (p), per la qual cosa *no se'ls critica* (p), fins i tot es pot veure positivament. A més, crida l'atenció que en els menors de 4 anys hi ha més nens que nenes, un fet que també ha estat assenyalat (Riba, Rodríguez-Rosich, Gázquez & Buti, 2004; Allué, 1999). Per Allué, és difícil saber per què succeeix, si les raons són que els nens emmalalteixen més o les famílies es preocupen més quan un nen es posa malalt.

La relació de les assistències per sexe és la següent:

- assistències pediatria: homes 54% i dones 46%
- assistències totals: homes 46% i dones 54%.

Com s'observa a pediatria, hi ha més homes que dones; en canvi, en les assistències totals hi trobem més dones. Cantero *et al.* (2001) defensen una probabilitat més gran d'inadequació de les dones, però s'ha de tenir en compte que també hi van per problemes derivats de l'embaràs i que l'esperança de vida és més alta.

L'afluència de les assistències als SUH amb relació a les hores del dia, els dies de la setmana i els mesos de l'any les han analitzat diversos autors de l'àmbit mèdic⁸⁷. Les variacions més substancials són al llarg del dia; les hores centrals del matí són les de màxima afluència; hi ha un descens al migdia i torna a remuntar a la tarda; es manté alta fins al vespre, quan comença a descendir, i és mínima a la matinada. Amb aquestes dades hi coincideixen molts autors (Alonso *et al.* 1993; Allué, 1999; Martín & Cáceres, 2005). En aquest sentit, Allué apunta que anar a urgències segueix el ritme que marquen els estils de vida de la societat, per la qual cosa s'hauria d'interpretar com un fet social. A més, hi un factor que els professionals coneixen bé i és motiu de comentaris i bromes: és la no assistència al servei en moments o dies concrets. Un exemple n'és quan hi ha esdeveniments esportius de gran transcendència social com els partits de futbol entre el Barça i Reial Madrid o les finals de la Copa d'Europa. En aquests períodes disminueixen les assistències de manera clara i contundent per després tornar a la "normalitat". També ho descriu Allué (1999), la qual cosa s'hauria d'interpretar com un exemple més que anar a urgències és un fet social.

Aquests estudis, inclòs aquest, entren en contradicció amb un dels principals motius que sovint s'han defensat per acudir al SUH: que les persones hi arriben perquè els CAP estan tancats. En aquests horaris els CAP estan en funcionament amb l'excepció de les primeres hores del vespre o els festius, i en les ciutats grans també n'hi ha algun d'operatiu. Això ens diu que el fet que els CAP estiguin tancats hi té una incidència solament relativa⁸⁸.

Un altre dels temes discutits és la proximitat o llunyania del domicili respecte del SUH. En aquest cas les persones que viuen més a prop de l'hospital tendeixen a utilitzar-los més, per tant, el factor proximitat hi té més rellevància, tot i que és poc important en el total de les assistències⁸⁹.

⁸⁷ En relació als dies de la setmana, Martín & Cáceres (2005) i Tudela & Modòl (2015) assenyalen que el dilluns és el dia de més afluència; en aquest treball la diferència és al voltant del 15%. En els annexos, el gràfic 4 ens mostra flux d'assistències durant les hores del dia; el gràfic 5 ens mostra les assistències per dies de la setmana, on es veu que el diumenge és discretament més alta, però no ho és de manera significativa respecte a dies laborals que els CAP estan en funcionament; el gràfic 6 ens mostra les assistències per mesos, on s'observa que les assistències són més elevades en els mesos hivernals amb alguna excepció en algun mes de més bonança.

⁸⁸ En relació a qui pren la decisió d'anar al SUH, aproximadament un 80% dels usuaris, afirmen que han estat ells o els familiars qui ha decidit; en relació al destí a l'alta un 83% ho és al domicili i ingressa en una unitat d'hospitalització un 9%.

⁸⁹ Els annexos la taula 8 ens mostra el percentatge entre el nombre d'habitants de Sabadell i el de la seva àrea d'influència, i el nombre d'assistències de Sabadell ciutat i de les

5.4. URGÈNCIA, GRAVETAT I UTILITZACIÓ DELS SUH

En aquest apartat s'analitza allò que els individus entenen per urgència i gravetat i amb què ho relacionen, si coincideix amb les teories que proposa el model biomèdic o engloben altres aspectes que no inclou. També s'estudien els motius que porten a utilitzar aquests serveis. Per a l'anàlisi, s'inclouen les opinions dels usuaris i dels professionals.

5.4.1. Què és *urgència* i *gravetat*

Els professionals entenen per una urgència mèdica *una situació que precisa d'assistència ràpida, i si no es soluciona pot comprometre greument la vida*, la diferencien d'una "emergència" que és una situació que *requereix assistència immediata*. Tanmateix, els professionals reconeixen relativitat en el grau d'urgència i de gravetat, atès que *unes urgències són més urgents que unes altres*. Molts estan d'acord en què *la majoria dels pacients que atenem no tenen res d'urgent*. En aquest context, cal destacar la definició que realitza la OMS sobre el concepte d'urgència mèdica: "aparició fortuïta, imprevista o inesperada, en qualsevol lloc o activitat, d'un problema de salut de causa diversa i gravetat variable, que genera la consciència d'una necessitat imminent d'atenció per part del subjecte que el pateix o de la seva família".

En la taula 9 s'exposen algunes idees centrals de com s'entenen aquests conceptes.

Taula 9. Idees urgència i gravetat

<i>Estar al límit</i>	<i>Veure la mort propera</i>
<i>Quan es pensa que pot marxar la vida</i>	<i>Estar molt espantat</i>
<i>Quan la teva ment no controla el teu cos</i>	<i>Quan et trobes que tens por</i>
<i>Una cosa que no pot esperar</i>	<i>Un fet o dolor desconegut</i>
<i>Una cosa que necessita socorro i ajuda</i>	<i>Quan es necessita ajuda imminent</i>
<i>Un dolor que no es pot controlar</i>	<i>Un imprevist</i>
<i>No es pot subsistir aquell moment</i>	<i>Una cosa que no és normal</i>
<i>Una desesperació</i>	<i>Quan t'han d'atendre de seguida</i>
<i>Un accident</i>	<i>Quan has d'anar al metge si o si</i>

Elaboració pròpia

Els conceptes d'*urgència* i *gravetat* amb el que més sovint s'associen és amb una situació que en aquell moment es percep com que està compromentent seriosament la vida o ho pot fer de manera imminent:

poblacions veïnes, i es pot observar aquesta tendència. També l'observen en urgències pediàtriques (Roldán, Machin & Sánchez, 1999; Oterino & Peiró, 2003).

Urgència és quan penses que et pot marxar la vida, que no passaràs d'aquesta; gravetat és quan la teva ment no controla el teu cos (Q008, home, 35 anys).

En relació amb símptomes físics o biològics, els que més s'han destacat han estat l'ofec i la sensació de no poder respirar:

Urgencia como ahora que me encuentro muy mal, tengo que venir al hospital, me ahogaba, me ponen mis cosas y mejoro, ya estaría muerta si no fuera así (Q054, dona, 59 anys).

Cuando te ves tan desesperada como yo ayer que me ahogaba, estaba desesperada (Q064, dona, 78 anys).

També l'aparició de sang i les hemorràgies en general:

A veces me viene un derrame de sangre, y bueno, si no se corta tengo que venir (Q122, home, 72 anys).

Sí, quan vomites dos litres de sang és greu i urgent (Q008, home, 35 anys).

El dolor també se'l relaciona amb la urgència, tant si apareix de manera sobtada i imprevista com els dolors crònics quan presenten episodis d'exacerbació:

Urgència és quan no pots aguantar un dolor molt intens (Q164, home, 18 anys).

Altres relacionen el dolor amb una afectació molt concreta:

Urgència és un dolor insuportable, un atac de cor (Q257, home, 56 anys).

Un altre símptoma que es relaciona amb la urgència és la febre:

Urgent és la febre i no saber per què, greu seria un accident (ED11, home, 23 anys).

Les situacions que es perceben invalidants a l'inici també es consideren una situació d'urgència:

Urgència és el que em va passar que vaig caure i no em vaig poder aixecar (Q071, dona, 82 anys).

En alguns casos la sensació d'urgència pot augmentar si el símptoma no s'ha manifestat anteriorment, és a dir, davant d'allò realment desconegut:

Urgència és com jo que he començat a vomitar sang de cop, mai m'havia passat (Q133, dona, 18 anys).

Mentre que a d'altres, davant d'un fet que ja ha succeït i ha afectat negativament, contribueix a augmentar-los la sensació d'urgència o gravetat:

Urgent ho era, m'he espantat, em va passar una altre vegada i t'espantes, quan no et surten les paraules t'espantes. Greu em va semblar que sí (Q034, home, 83 anys).

També es distingeix entre una situació que es creu que pot comprometre la vida d'una altra que, tot i que requereixi acudir a urgències, es creu que no la compromet: *urgència alguna cosa que posi en perill la teva vida, una fractura d'un braç no ho és, una arrítmia sí (Q105, home, 63 anys).*

D'altra banda, es mencionen situacions que apareixen de manera sobtada, encara que no es concreten:

Urgencia es que estás de pronto bien y de pronto te viene algo que te encuentras muy mal, y tienes que ir rápidamente a urgencias (Q075, home, 72 anys).

També una situació que es considera *difícil*, però no se'n concreta la dificultat: *urgència és una situació difícil (Q164, home, 18 anys).*

En ocasions és una circumstància que comporta *desesperació*: *una urgència és una desesperació (Q029, home, 51 anys).*

També quan es té la sensació que no es pot controlar una situació: *urgencia es una cosa, un dolor, que no sepas tu controlarte (Q021, dona, 56 anys).*

O una situació que un mateix no sap com solucionar: *una urgencia es una cosa que yo no la pueda solucionar (Q073, home, 71 anys).*

Altres ho han relacionat amb un imprevist o un fet que no s'espera; tampoc s'especifica exactament quin és: *urgència és un imprevist (Q059, home, 61 anys).*

En algunes ocasions, la resposta era solament que s'havia d'anar al metge, sense concretar-ne cap motiu:

Urgència és algo que has d'anar al metge sí o sí (Q041, dona, 31 anys).

També apareix la sensació de la rapidesa davant d'una situació, però sense especificar-la:

Urgencia es cuando te pones malo rápido y que te visite el doctor (Q116, home, 76 anys).

Altres ho relacionen amb una situació que reconeixen que *no és normal*, però tampoc saben definir bé:

És que hi havia d'anar, no sabia què em passava (A).

També és, senzillament, necessitar ajuda:

Urgència una cosa que no pot esperar, té un risc greu, hi ha coses que veus que poden esperar, una urgència no pot esperar, necesito que algú m'ajudi, no és prendre una simple medicació, són per més coses (Q076, home, 50 anys).

Diversos testimonis comparteixen el fet que no concretaven què els succeïa. Al darrere del relat hi havia l'aparició d'una "necessitat", que associaven a una situació d'urgència, i a la sensació que requeria atenció ràpida. Tanmateix, sovint reconeixien que no es tractava d'un problema vital.

Una altra manera d'entendre una situació com una urgència és a partir de les notícies que comuniquen els professionals, quan es perceben que són negatives o poden ser-ho, per l'impacte que provoquen:

Urgència és qualsevol notícia dolenta, greu que et diguin algo dolent, com quan em van dir que em quedaria en una cadira de rodes (Q086, dona, 59 anys).

Grave y urgente lo que nos dijo la doctora, que si no venimos no estaríamos aquí, la médica nos dijo qué suerte que vino a urgencias, sino no lo hubiera contado (Q073, home71, anys).

En ocasions, la persona no sent que allò que li succeeix sigui una situació urgent, però si el professional la informa com a tal també pot passar a sentir-la-hi. En aquestes ocasions la percepció és conseqüència de la informació rebuda i no com la sentia en aquell moment:

Urgència és quan no et poden atendre en el CAP (Centre d'Atenció Primària), com ahir que em van enviar del CAP aquí. Un costipat no és urgència, i molta gent hi va. Gravetat és que no té cura, una cosa que no hi ha solució (Q112, home, 56 anys).

Tot i que no apareix massa sovint la paraula "por", els temors i les pors estan ocults al darrere de moltes de les percepcions de la urgència o gravetat. Les pors s'expressen més sovint a través d'altres paraules com *espant*, *desesperació* o no controlar una situació. És a dir, aquesta "necessitat" poc definida en ocasions està modulada per les pors i temors que indueixen a la sensació que es tracta d'una situació d'urgència.

Altrament, la gravetat es tendeix a associar-la amb el futur, amb un problema que si no se soluciona pot afectar seriosament *més endavant*:

Gravetat quan veus que és una cosa que et pot afectar per més endavant, un refredat saps que no (Q076, home 50, anys).

També s'associa la gravetat amb la conseqüència de *no atendre adequadament una urgència* (a) o amb l'empitjorament tot i les atencions rebudes:

Urgència és un cas que si no t'atenen de seguida causi la mort o empitjorament. Gravetat pot ser la conseqüència de no atendre una urgència, un empitjorament (Q142, home, 45 anys).

Gravetat quan has vingut a urgències i la situació empitjora, vas a planta i et fan proves (Q164, home, 18 anys).

En alguns casos es creu que *una urgència té solució*, altres ho posen en dubte; en canvi, la gravetat és quan *ja no n'hi ha cap*, a més, el testimoni següent esmenta directament la "por" davant de la situació:

Urgència quan et trobes que tens por, quan no trobes solució, gravetat és una cosa que ja no té solució (Q066, home, 75 anys).

També, diversos testimonis han associat gravetat amb alguna malaltia, generalment amb el càncer: *gravetat és una malaltia de curta durada com el càncer* (Q105, home, 63 anys).

En algun cas s'associen aquests conceptes amb la necessitat de trucar al 112: *gravetat és que has de trucar al 112* (Q041, dona, 31 anys). Aquest fet implica a priori sentir la necessitat d'una assistència immediata. Tanmateix, els professionals afirmen que en moltes ocasions no es tracta d'una emergència mèdica tal com ells l'entenen, però la persona té aquesta sensació o també pel desconeixement sobre les característiques d'aquest servei mèdic. Cal destacar que la paraula i concepte d'*emergència* els testimonis el varen utilitzar sols en algun cas puntual.

Per alguns testimonis *urgència* i *gravetat* signifiquen el mateix o fets similars: *urgència és allò que no pot esperar, gravetat és el mateix que urgència* (Q018, home, 51 anys).

Una altra manera molt diferent de definir la *gravetat* és a través de la mort d'un familiar molt proper. En aquests casos sentien sobre la seva persona la *gravetat* d'una situació que biològicament n'afectava una altra: *gravedad es que se murieron mis padres hace poco* (Q054, dona, 59 anys). A més a més, en alguns casos no es referien a allò que ja havia succeït, sinó solament en al fet de pensar que podria succeir en un futur: *urgencia...no sé, gravedad? que les pasará algo a mis hijos o marido* (Q158, dona 80, anys). Aquest tema es torna a tractar en el capítol següent.

Finalment cal dir que alguns informants van contestar *no et sabria definir* que és *urgència* o *gravetat*; tanmateix han anat al servei. Una hipòtesi podria ser que hi acudeixen al percebre una "necessitat" en els termes que s'han descrit.

Com hem vist, es tendeix a relacionar el concepte d'*urgència* amb un fet que, quan apareix, requereix atenció ràpida o immediata, i la *gravetat* apareix com a conseqüència d'una *urgència* no resolta i un fet més relacionat amb la mort. És a dir, es tendeix a relacionar *urgència* i rapidesa, i *gravetat* amb un futur amb conseqüències que poden ser irreversibles. Generalment se situa la *gravetat* en un pla superior a la *urgència*.

La idea d'*urgència* o *gravetat* que proposa la biomedicina com una situació que compromet o pot comprometre la vida, apareix en algunes de les respostes dels informants. Tanmateix, no sempre és així. En ocasions es tracta d'una situació en què aquest compromís vital no és real des del punt de vista mèdic, fins i tot en situacions com ara un ofec. Però en aquell moment la persona la sent com a real i autèntica; és a dir, aquí la subjectivitat forma part de la situació que viu l'individu. Aquestes percepcions poden estar relacionades amb la sensació d'una situació o

necessitat sovint poc concretada, i que està en la línia que defensa l'OMS de l'aparició d'una necessitat davant d'una situació que cadascú percep i cataloga de manera singular. Una necessitat que en molts casos està connectada amb la por.

5.4.2. Motius de la utilització dels SUH

Uns dels motius que s'han assenyalat per acudir al SUH estan en la línia del que s'ha definit com a *urgència* i *gravetat*, que hem vist en l'apartat anterior, és a dir, en la percepció, que pot ser real o també subjectiva, de trobar-se davant d'uns símptomes que amenacen la vida o poden fer-ho de manera imminent. Els que més han aparegut són l'ofec, els sagnats, la febre i el dolor, símptomes que la medicina els considera justificats per acudir-hi.

En relació amb el dolor, té la paradoxa que és un símptoma que s'ha remarcat sovint com a motiu per anar a urgències i poc quan es parla sobre les vivències de salut i malaltia, com veurem en el capítol següent:

Ve molta gent gran per dolors importants, i necessiten que se'ls administri analgèsics (P).

Me dio un dolor que no podía aguantar, y a las cuatro de la mañana dije: me voy para abajo (Q025, home, 79 anys).

Els accidents també són un motiu important per anar a urgències. Tanmateix, de tan lògic que alguns ho consideren, gairebé no cal ni esmentar-lo, es dona per suposat que quan s'ha tingut un accident, independentment de l'abast, *cal anar a urgències*, sobretot si és de trànsit i de manera especial si és menor.

Uns altres motius que apareixen són a causa dels problemes relacionats amb les malalties cròniques o molt avançades, ja que solen presentar aguditzacions o descompensacions de forma recurrent. En aquests casos es considera *normal anar a urgències*. La simptomatologia que presenten aquests episodis també coincideix amb algunes de les situacions que s'han definit com una urgència que hem vist en l'apartat anterior. Segons els professionals, *en aquests casos tenen raó per venir*, al contrari d'altres que creuen que no:

Els malalts que més venen són els que tenen EPOC⁹⁰ i demències, els que tenen EPOC sí que solen tenir raó de venir, ho necessiten ja que s'ofeguen i necessiten ajuda (P).

Aquest professional, igual que altres, recalca que moltes persones que acudeixen als SUH són ancianes que presenten demència cognitiva, i que aquesta situació no

⁹⁰ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

hauria de ser motiu per anar-hi, sinó que *s'hauria de disposar d'altres espais per les atencions en aquestes situacions*. Aquest tema es torna a tractar en l'últim apartat d'aquest capítol.

També es considera justificat anar-hi quan a les persones que esperen una intervenció se'ls presenta un problema, que tant pot estar relacionat amb el que ja tenen com ser-ne un de nou. En aquests casos *el més normal* és anar a urgències:

Molts estan pendents de cirurgia i a l'allargar-se la llista d'espera han de venir més, o venen perquè se'ls hi presenten problemes (P).

Relacionat amb el punt anterior, apareixen les llistes d'espera. Alguns creuen que acudint al SUH faran més pressió. A més, en aquest servei hi veuen la porta d'entrada a l'hospital com una solució al problema de la llarga espera⁹¹. Es creu que *una vez estas dentro todo va más rápido* (a). Aquest motiu l'han al·legat més els professionals i poc els usuaris, que, probablement, en alguns casos ho intenten amagar creient que aquest fet no està ben vist pels professionals: *alguns venen perquè volen forçar un ingrés a l'hospital per no haver d'esperar tant* (p). També algun usuari ha manifestat que: *no m'ha quedat cap més remei que anar a urgències* (a). Aquesta expressió, *no queda cap més remei*, en ocasions la poden percebre com a real, però en altres es pot interpretar com una excusa per no manifestar de forma clara el motiu. A més, professionals i usuaris tendeixen a creure que el fet d'estar en una llista d'espera comporta tenir més drets o avantatges respecte dels qui no hi són. *És que està en una llista d'espera!*, sol ser la justificació que es dona com a pretext per obtenir un benefici.

D'altra banda, amb relació amb les llistes d'espera o problemes de salut crònics, els professionals insinuen que és el metge de capçalera qui els remet per ingressar-hi: *el metge de capçalera no sap què més pot fer i se'ls vol treure de sobre*. Altres creuen que és degut a la pressió que exerceix la família al metge per obtenir un ingrés hospitalari:

Alguns diuen que volen forçar un ingrés hospitalari, el seu metge de capçalera els ha enviat aquí i els hi ha dit que se'ls ingressaria. En aquests casos si no se'ls ingressa molts ja estan descontents i insatisfets (P).

En aquestes demandes que probablement amaguen un rerefons familiar o social complex, en molts casos el professional no està en disposició de donar-hi resposta, i sovint alguns serveis mèdics per si mateixos tampoc, atès que són problemes estructurals, a més amb recursos insuficients, i no es resolen fàcilment en un servei

⁹¹ Aquest aspecte també l'esmenten (Roldán *et al.* 1999; Vázquez *et al.* 2000)

concret, i menys un professional. Davant d'aquestes circumstàncies, cada professional actuarà en la mesura que li permetin les possibilitats que té al seu abast, o la seva expertesa pot contribuir a la solució.

També s'assenyala com a motiu per acudir al SUH l'organització del mateix sistema sanitari, la qual cosa pot obeir a diverses causes. Com a més important hi ha la flexibilitat horària (els SUH estan oberts les 24 hores al dia i 365 dies a l'any), també la fàcil accessibilitat, atès que no es requereix sol·licitar cita prèviament, sinó solament acudir-hi i esperar el torn de visita. Aquestes causes han estat més esmentades pels professionals que pels usuaris⁹²:

Molts venen aquí per facilitat de disponibilitat i fàcil accés, tu hi vas i t'atenen. A pediatria això es veu molt, el nen es troba el mínim de malament i ja venen corrent cap aquí, no hi ha temps de poder saber el que li passa al nen, massa ràpid (P).

Como a mí me pasaba siempre en fin de semana que es cuando me veía con ella, pues el CAP está cerrado e iba a las urgencias del hospital x. Durante la semana estaba más tranquilo, estaba distraído en el trabajo, los fines de semana tenía más ansiedad (ED11, home, 23 anys).

A algunes persones aquesta facilitat horària i d'accés els és de gran utilitat, com és el cas dels qui tenen un contracte laboral, si en tenen, que no els permet disposar de baixa laboral retribuïda, a més, o tenen dificultats per anar al CAP en horari de feina, per la qual cosa acudeixen al SUH fora d'aquest horari. En aquests casos els és imprescindible apaivagar ràpid uns símptomes que els permetin treballar. Aquest fet també l'expliquen alguns treballadors autònoms. Tanmateix, la condició laboral tant pot empènyer a acudir ràpidament a urgències a buscar solució amb una *bona dosi de droga* (a) com retardar-la fins que la situació se'ls faci insostenible.

També, en algun cas s'hi va pel desconeixement que els CAP disposen de servei d'urgències:

Algunes persones venen també per desconeixement, no saben que hi ha atenció d'urgències en el CAP, alguns pensen que si truquen demanant visita al CAP els hi donaran pel cap de quinze dies (P).

Un altre motiu que s'al·lega a l'organització és que no es disposa d'un altre lloc per ser atès, com és el cas dels malalts de salut mental, ja que els CAP no solen disposar de servei de psiquiatria permanent. També es dona en altres especialitats, però en la psiquiatria succeeix més sovint pel fet que és la que té més malalts:

Els malalts de psiquiatria venen molt, en els CAP no hi ha servei, han de venir aquí (P).

⁹² Els motius relacionats amb els aspectes organitzatius s'hi refereixen molts estudis realitzats dins l'àmbit biomèdic, i pel general, es considera que són els que més assistències porten en aquests serveis.

La meva vivència d'aquell moment era greu, era greu perquè jo no controlava els meus actes, i des del moment que no controles els teus actes és greu. I per què acudia a urgències? doncs perquè era l'únic lloc que hi havia psiquiatres de guàrdia, no podia anar a un altre lloc (ED15, home, 51 anys).

Altres testimonis afirmen que acudeixen al SUH pel fet que solament aquí troben el professional que "necessiten". No obstant això, reconeixen que podrien anar al metge de capçalera en algunes situacions, tant per problemes relacionats amb la psiquiatria com en altres:

Para los problemas de psiquiatría no puedes ir al médico de cabecera, ellos no te pueden ayudar, tienes que ir a urgencias del hospital x, no hay otro sitio...aunque a veces quizás podría ir al CAP, pero...no (ED02, dona, 36 anys).

També per la confiança i les expectatives en què els visiti un especialista que ja coneixen i creuen que pot estar de guàrdia. Aquests casos es donen més sovint en el servei de psiquiatria, però també en altres com traumatologia o medicina:

Molts malalts de psiquiatria venen i a vegades pregunten quin psiquiatra hi ha, i llavors decideixen quedar-se o marxar dependent de si els hi agrada o no si se senten còmodes (P).

Fins i tot, a vegades es controla quin professional hi ha de guàrdia aquell dia: *alguns malalts es coneixen el metge que hi ha de guàrdia i llavors venen, ells ja saben el dia que estarà de guàrdia, a vegades ja hi queden abans (P).*

També per la relació de confiança que tenen amb el servei d'urgències; a més, en alguns casos s'hi afegeix la comoditat d'un lloc que està a prop de casa:

Yo le tengo más confianza al hospital x porque cada vez que he ido me han tratado muy bien en urgencias...escojo el hospital x porque es lo que tengo más cerca (ED03, dona 44, anys).

Amb relació a la confiança, alguns esmenten el fet que s'ha perdut el lligam que es tenia anteriorment amb el metge de capçalera; llavors, davant d'un professional desconegut i que no inspira confiança, s'acudeix on és més ràpid i fàcil:

Antes iba al CAP, pero des de que se fue el médico que había ya no, la médica que está ahora no, no, no, no confío, me transmite algo que no confío en ella...entonces prefiero ir a urgencias, a psiquiatría (ED18, home, 41 anys).

Ha desaparegut la figura del metge de capçalera de sempre, amb això els metges de família han deixat de complir aquesta funció, ja no són el que representaven abans. Abans les persones anaven a veure el "seu metge", i ara ja no és la mateixa cosa, ara van que els visiti un metge, i si els ha de visitar un metge qualsevol ja van a qualsevol lloc, al lloc que els hi vagui millor en el moment que ho necessitin (P).

Un altre motiu és per qüestions econòmiques. Les persones amb més recursos tenen la possibilitat d'anar a un metge o assegurança privada de manera ràpida, on l'espera és més curta i l'atenció més individualitzada (a)⁹³:

⁹³ Aquest aspecte també l'assenyalen (Brauna, García, Krafft, Díaz-Reganón, 2002).

Jo he observat que els que venen a urgències són majoritàriament persones dels barris, del centre venen pocs malalts, i a més, d'un nivell cultural bastant baix, gent amb pocs recursos econòmics (P).

Tanmateix, les persones que solen anar a les consultes privades, amb un problema que ells perceben més complex, urgent, greu o creuen que necessitaran proves urgents, afirmen que van directament al SUH, ja que saben al centre privat no les podran realitzar.

La soledat i el poc suport familiar també són motiu perquè s'acudeixi al SUH per trobar-se una estona acompanyat i així poder fer vida social: *molts venen perquè no volen estar sols a casa (p)*. Aquest motiu es tracta amb més detall en l'últim apartat d'aquest capítol.

Un altre motiu per acudir al SUH és el fet que la persona es troba sola en el moment que se li presenta un problema; en aquests casos l'angoixa pot ser més gran davant de la situació: *me asusté, vivo solo y no tenía nadie que me ayudara en ese momento, yo por cualquier cosa no voy al médico (Q063, home, 41 anys)*.

En ocasions s'al·lega com un motiu creure que un mateix no podrà solucionar el problema, i en aquell moment no es preveu una altra possibilitat: *si yo puedo solucionar lo que me pasa yo no vengo (Q073, home 71, anys)*. Aquest motiu ja apareix com a percepció d'urgència com hem vist en l'apartat anterior.

També es va al SUH quan sorgeix un símptoma desconegut, i davant d'allò que no es coneix apareixen els temors i les pors: *és que em vaig espantar molt o no sabia què podia ser (a)*. En aquestes situacions l'única solució que es preveu és anar a urgències. Per contra, altres hi acudeixen per les experiències prèvies, quan apareix un símptoma que l'ha patit un mateix o algú de l'entorn, sobretot si el record que es guarda és negatiu. Aleshores, la por i l'angoixa que *es pugui tractar del mateix* porten a una consulta ràpida⁹⁴:

Me asusté mucho, mi padre murió de un cáncer intestinal (Q148, home, 49 anys).

El corazón se movía, el nerviosismo, muy mal, como cuando me dio el infarto. Lo achacaba a que podía ser un infarto, lo relacioné con un infarto (Q026, dona, 80 anys).

Aquests dos punts anteriors coincideixen amb allò que alguns ja havien definit com una urgència, és a dir, d'una banda hi ha allò desconegut, i de d'altra el record negatiu d'un símptoma o un fet negatiu. En aquestes situacions els temors i les pors s'apoderen de la persona i poden conduir a una visita mèdica ràpida, que tant

⁹⁴ Pasarín *et al.* (2006) també destaquen com aquestes experiències porten a acudir al servei d'urgències.

poden ser problemes irrellevants com revestir gravetat. En aquest sentit, segons els professionals, les persones sovint utilitzen el SUH per coses que ells consideren *banals* des de l'òptica biomèdica, per la qual cosa no hi haurien d'acudir i anar al CAP: *al primer símptoma de dolor moltes persones ja venen a urgències, venen molt ràpid* (p).

Un altra qüestió és que, en algunes ocasions la decisió d'acudir a urgències la van prendre uns "altres" que eren membres de la família o un metge. En aquests casos les persones afirmaven que es trobaven bé o molt bé de salut i no percebien la necessitat d'anar-hi, per la qual cosa es varen sentir pressionades o obligades. Algunes, tot i no estar-hi d'acord, tampoc s'hi van mostrar en contra ni van mostrar resistència: *no, ni greu ni urgent, urgent no perquè jo no hagués vingut, m'han enviat, greu tampoc perquè jo em trobava molt bé* (Q037, home, 71 anys).

Mentre que altres reconeixen que es van sentir pressionades i obligades pel metge i la família:

Urgent no ho creia, doncs després que el metge del CAP m'hagi enviat aquí he anat a prendre un cafè en lloc de venir a urgències, els fills m'han obligat a venir. Greu? jo no veia la gravetat ni la urgència (Q042, home, 70 anys).

I alguns van afirmar que ho va decidir la família i els va obligar a acudir-hi, amb el greuge que es van sentir "enganyats":

M'han fet venir, m'han ensarronat, m'han obligat, aquí no m'agrada d'estar, hi estic a la força, no m'ho esperava (Q174, dona 80 anys).

En tots aquests casos les persones hi van anar empeses per les pressions que rebien del voltant, principalment de familiars i del metge. Muela (2007) a aquests "altres" els anomena els "altres rellevants"⁹⁵, que són aquells els qui condicionen la conducta que s'ha de seguir.

D'altra banda, alguns expliquen que acudeixen ràpid al metge o al SUH perquè en altres ocasions *m'han renyat* per haver tardat *massa* a consultar-ho:

Sí, me he aguantado muchos días sin venir, los médicos me han reñido por no venir antes en otras ocasiones...No sé, lo que quería que me hiciesen pruebas, estaba en la incertidumbre (Q100, dona 44, anys).

El cas d'aquesta testimoni és contradictori, a més d'insinuar que l'han renyat, també amaga incertesa i desig que li facin proves diagnòstiques. Això pot ser pel fet que anteriorment ja les hi havien practicat i ella creu que en aquell moment també

⁹⁵ Per definir "els altres rellevants" Muela (2007, p.43) cita a: Good, C.M. (1987) *Etnomedical Systems in Africa*. New York. The Guilford Press. L'autor s'hi refereix com aquells que tenen una influència important en la presa de decisions sobre problemes de salut i que en gran mesura pertanyen a l'àmbit familiar.

les necessita. Segurament, aquesta dona s'excusava en el fet que anteriorment l'havien renyat per justificar l'objectiu real que era la creença que necessitava les proves.

Seguint en les proves tecnològiques, són un altre motiu rellevant per acudir al SUH. Les creences o expectatives que generen aquests serveis com a espais més tecnificats, comporta que s'hi acudeixi amb el convenciment *que allà se'm faran totes les proves que siguin necessàries per saber què em passa* i amb l'esperança que *em trauran de dubtes* (a) de manera ràpida. Aquest tema del desig i la importància de la tecnificació també l'han assenyalat els professionals, que malgrat que critiquin els usuaris per acudir-hi per aquesta finalitat, ells també creuen que les tecnologies són indispensable i, a més, en potencien l'ús:

El TAC⁹⁶ és la prova que més demanen, el TAC i una analítica, molts venen aquí només per fer-se el TAC (P).

Molts es pensen que aquí se'ls hi farà de tot i al CAP no. Molta gent demana que se li faci una ecografia, ells ho demanen: "no em faran una ecografia"?. Molts demanen proves complementàries, i molts s'enfaden si no els hi fan: "vengo porque quiero que se me haga una resonancia magnética, a mi vecino se la hicieron y a mí también me la tienen que hacer" (P).

En aquest sentit, Foucault (2007) assenyala com les tecnologies i els aparells s'han instaurat com la nova veritat, i han relegat i anul·lat la mirada mèdica i l'ull clínic portant a la necessitat que es facin cada vegada més proves i tècniques, les quals es creu que ens mostraran exactament la lesió que produeix el mal; per tant, el tractament precís que cal aplicar. També Menéndez (2005b) defensa que s'han passat a entendre els problemes de salut a través de les tècniques. Les tecnologies produeixen fascinació, generen necessitat i instauren confiança, tant en els professionals com en els usuaris. Es tendeix a la creença que ens mostren la lesió o mal sense cap probabilitat d'error, obviant que també necessiten la interpretació humana. Això vol dir que no estan exemptes de subjectivitat, per tant, subjectes a una equivocació.

Aquesta fascinació per la tecnologia porta també a acudir al SUH pel desig que s'administri la medicació intravenosa⁹⁷, la qual es creu que més efectiva i més ràpida que l'oral. Igualment alguns professionals defensen i potencien aquesta posició:

⁹⁶ Tomografia Axial Computeritzada

⁹⁷ Lago *et al.* (2010) també descriuen aquesta preferència per la medicació endovenosa, a més, també afirmen que un motiu per al acudir al SUH és sortir amb tot fet, en un context geogràfic allunyat del nostre com és en el Brasil.

Yo iba a urgencias porque era la única manera que me pusieran la vía, y me calmaran el dolor, era la única manera que me calmara el dolor, ya podía tomar lo que tomara porque todo lo que tomaba lo echaba (ED14, dona, 49 anys).

Les persones venen perquè saben que a les urgències de l'hospital se'ls dona les medecines endovenoses, que són les que millor van, més que no les pastilles (P).

Un altre motiu per anar a urgències que també està relacionat amb les tecnologies és pels avantatges, atès que *surts amb tot fet*. Les persones saben que si s'han de sotmetre a diverses proves o analítiques, no els les podran realitzar en un mateix espai ni en un temps curt, ja que hauran d'anar a llocs i en dies diferents. En canvi, al SUH, hi ha la possibilitat de *sortir amb tot fet*, tot i el desavantatge d'estar hores esperant. Per algunes persones és una manera d'estalviar temps i una comoditat pel fet de *no estar dies anant amunt i avall*. Per altres, es pot tractar d'una necessitat laboral, com ja hem vist anteriorment:

Avantatges que si entres a urgències et fan totes les proves que et tinguin que fer amb relativament poc temps, no?. En canvi si vas al CAP, que per això suposo que hi ha gent que va a urgències, doncs hi aniràs avui, l'analítica al cap de tres dies, el resultat a la millor al cap d'una setmana, i el temps és més espaiat en un lloc que en un altre. L'efectivitat la mateixa però el temps és més espaiat (ED15, home, 51 anys).

Saben que aquí esperen hores, però saben que aquí se'ls atén de manera integral. Si van al CAP ja no és "el seu metge" i moltes vegades ni tan sols el coneixen, i a més esperen dies si s'han de fer proves (P).

La necessitat i el desig que es duguin a terme proves a fi d'obtenir un diagnòstic mèdic immediat tendeixen a manifestar-los més sovint les persones que acudeixen al SUH de manera més ocasional que les molt freqüentadores. En les primeres, l'objectiu principal i a vegades únic pot ser la realització de la prova tecnològica; en canvi, en els relats de les persones freqüentadores hi apareixen més motius de vessant social, com veurem més endavant.

Paral·lelament a les tecnologies per acudir al SUH, hi apareixen els valors humanístics. En aquest sentit, un professional afirmava que es va al SUH per la manca d'humanitat que hi ha en la societat, la qual propicia la preferència de la tecnologia per damunt dels aspectes de caire humanístic: *ara el que passa que hi ha més tècnica i menys humanitat; per això es va a l'hospital, aquí és tot tècnica (P)*. També algun testimoni ha fet referència a aquests valors, però per posar tecnologia i humanisme en el mateix pla: *que me visiten, que me miren bien, que me traten bien, y que te digan tienes que hacer esto, y si no te juegas la vida (Q180, home, 70 anys)*. Aquest testimoni desitjava rebre una bona visita tècnica i, alhora, valorava i desitjava un bon tracte humà. Altres, tant testimonis com professionals, posen en

evidència la manca dels valors humanístics que hi ha en aquests serveis, sobretot per l'amuntegament en situacions de saturació.

En l'apartat anterior hem vist que la urgència es pot percebre com una "necessitat", però no s'acaba de concretar bé, i aquesta sensació en ocasions s'ha de resoldre de manera "immediata" anant a urgències. Una necessitat que, com ja s'ha dit, les persones no saben explicar bé què és o a què obeeix: *és que hi havia d'anar* (a), i no preveien una altra possibilitat que acudir a un professional que els atengués i els tranquil·litzés de la preocupació que tenien. La por, l'angoixa o la incertesa davant l'aparició d'un símptoma o trastorn poden crear la "necessitat" d'una opinió mèdica de manera ràpida. Es busca l'opinió d'un professional que *almenys et deixi més tranquil* (a). I pot estar relacionada tant en un fet conegut com en un de desconegut com ja hem vist.

Paral·lelament a aquesta "necessitat", i possiblement hi està relacionada, hi trobem la sensació de risc o perill com un factor que contribueix a augmentar les assistències. Aquí es poden donar diverses circumstàncies. En ocasions, davant d'algunes situacions, el perill es percep de manera palpable i real, per exemple en els casos d'ofec que hem vist; en altres es pot percebre per problemes que mèdicament es cataloguen de lleus, però l'individu els pot sentir com una amenaça real; i en altres l'individu pot ser conscient que és un problema que no amenaci la vida de forma real però que *s'ha de solucionar*. Encara que es percebi, d'una banda, subjectivament una situació, alhora hi ha la incertesa i queda el dubte que es tracti d'un perill imminent.

Aquestes situacions de risc o perill es poden percebre com una urgència. Tant els professionals com els usuaris s'hi han referit de forma directa o indirecta; a més, prenen diverses formes: *alguns venen i diuen: m'han fet una ressonància magnètica i m'han dit que estic pitjor, llavors venen aquí que se'ls visiti, que se'ls faci alguna cosa* (p). En aquest cas, segons l'opinió del professional, la persona té la sensació de perill per la informació que li va donar un col·lega i per aquest motiu acut a urgències. Un altre exemple el tenim en el testimoni següent que hi acut per prevenir les conseqüències dels seus actes, ja que creia que podia posar en risc les persones properes:

Jo sabia que no tenia res, el que passa que a vegades...em vaig passar tot aquest temps de l'addicció que jo veia que casi hi anava per protegir-me a mi i a la gent del meu voltant, perquè sabia que no estava bé i no sabia si controlaria tots els meus actes. Gairebé hi anava més per aquesta por, perquè se'm quedessin allà unes hores, una nit (ED15, home, 51 anys).

Lago *et al.* (2010) també sostenen que les situacions d'urgències es poden viure com quelcom que no pot esperar i la persona requereix ser atesa de manera immediata o en un espai curt de temps, no superior a unes dues hores. En aquest sentit, la definició de l'OMS que vèiem en l'apartat anterior permet multitud d'interpretacions, i cadascú les viu segons les experiències i coneixements previs o davant de fets desconeguts que percep potencialment greus. La por i l'angoixa estan presents en els condicionants d'aquesta necessitat, i llavors s'acudeix al SUH⁹⁸. Tanmateix, aquesta necessitat ha estat potenciada pel mateix sistema sanitari, amb la insistència i persistència a aconsellar la població que sempre cal anar al metge davant de qualsevol símptoma o problema desconegut. En l'apartat anterior ja hem vist com les situacions desconegudes es defineixen com una urgència. En aquest sentit, Gavilán (2014) defensa que després d'haver creat una necessitat no es pot abandonar la persona i cal donar-li resposta. A més, en aquest context de tecnificació, de rapidesa i de la "necessitat creada", els hospitals i el SUH ocupen la centralitat de les atencions del sistema⁹⁹.

Un altre motiu per acudir al SUH és pel fet que *s'ha perdut la saviesa popular*. Alguns professionals creuen que s'han perdut els coneixements que es tenien anteriorment i actualment s'acut al sector professional per *qualsevol cosa*:

Una de les causes d'anar a urgències per poca cosa és que s'ha perdut la "saviesa popular". Abans les persones quan tenien un problema de salut primer intentaven els seus recursos, ara no. A vegades et trobes algú que et diu: "hace un ratito que me ha comenzado un dolor aquí, y me molesta mucho, no sé lo que puede ser". Tu dius bueno, no pot ser, et comença un dolor i al poc rato ja vens! (P)¹⁰⁰.

Tanmateix, aquests coneixements no s'han perdut, sinó que han estat acaparats i engolits pel sistema sanitari biomèdic, sobretot per la IQF pel seu benefici. El que ha succeït ha estat un traspàs del coneixement del sector popular a l'industrial. Comelles & Martínez (1993) posen en relleu aquests canvis en els coneixements sobre la salut i la malaltia i en les pràctiques que han ocorregut des del punt de vista popular i social en els últims decennis, canvis que els mateixos professionals i sobretot el sistema sanitari continuen potenciant.

⁹⁸ Márquez *et al.* (2007) defensen que la definició de la OMS ha influït que moltes persones qualifiquin subjectivament la seva dolença com una urgència, quan en realitat no ho és des del punt de vista mèdic.

⁹⁹ Riba, Rodríguez-Rosich, Gázquez & Buti, (2004) també defensen que les causes s'han de buscar en el propi sistema que considera l'hospital el centre de la sanitat.

¹⁰⁰ El fet de suportar el dolor i patiment i buscar una solució ràpida al problema també han estat assenyalats des de l'àmbit mèdic (Roldán *et al.* 1999; Vázquez *et al.* 2000).

Quan es parla d'acudir al SUH, porta implícit parlar dels CAP, per què s'acudeix a un lloc o a l'altre. En aquest sentit, alguns informants manifesten que *depèn del que em passa vaig a urgències i depèn del que em passa vaig al CAP* (a), també *si és una cosa poc important com un refredat vaig al CAP i si és més important vaig a urgències* (a). Són respostes bastant habituals que ens indiquen que la persona s'ha fet un autodiagnòstic i ha decidit què ha de fer¹⁰¹. En aquests casos es reconeix que per al que és important es va a urgències, i per al que és més secundari al CAP:

Depende, depende, si es un dolor de cabeza, si es un...voy al médico, si es un dolor agudo de algo que me duele y me doblo me voy al hospital, evidentemente. A ver, es difícil de decir, porque claro uno puede tener un dolor de cabeza y estar haciendo un derrame cerebral, por ejemplo, yo que sé, yo que sé, yo creo que la persona tiene que ir donde cree que tiene que ir (ED21, home, 55 anys).

Per altres, els CAP són solament llocs de control i d'informació: *jo vaig al capçalera a informar-lo del que em passa i de la medicació que prenc* (a). A més, alguns reconeixen que al CAP hi acudeixen només per qüestions burocràtiques *com receptes o baixes laborals*, atès que no existeix un altre lloc per fer aquests tràmits.

D'altra banda, algunes persones veuen els professionals del CAP, el metge o la infermera, més propers a les seves necessitats; a més d'anar-hi per explicar-los-hi les visites als metges especialistes, hi van també a *demanar consells*; fins i tot alguns afirmen que els uneix amistat amb la *meva doctora o infermera*:

Jo quan em trobo malament com que ja sé que és una cosa que no és normal vaig a urgències, al CAP hi vaig a explicar-li a la meva doctora el que tinc. A més, prenc 11 pastilles diàries. Doncs sí, jo tinc la meva doctora de capçalera i si tinc alguna cosa d'un refredat la truco a veure que puc prendre i li demano consell, vaig a demanar-li consells...som amigues i tot...però quan dic vaig a urgències és que jo sé que he d'anar a urgències (ED19, dona, 74 anys).

En aquest sentit, els CAP compleixen una funció socialitzadora per la interacció que s'hi genera entre els professionals (sigui metge o infermera) i l'usuari, però també entre els usuaris d'una manera semblant com succeeix en les sales d'espera hospitalàries que hem vist en el capítol anterior.

En canvi, altres opinen que tant els hospitals com els CAP estan preparats i són competents per donar una bona atenció, i els posen en el mateix nivell:

Jo crec que els hospitals i els CAP estan prou preparats com per no tenir d'anar a un altre lloc, jo no tinc un seguro privat perquè crec que la sanitat pública per molt que es queixi la gent està molt bé, jo crec que la sanitat pública està prou bé com per no tenir de pagar una altra cosa, jo suposo que la pinten malament per... (ED15, home, 51 anys).

¹⁰¹ També Pasarín *et al.* (2006) sostenen que les persones es realitzen un autodiagnòstic i decideixen on acudir.

Per contra, algun informant menysprea els CAP, catalogant-los d'*incompetents* i els considera de categoria inferior. Són llocs on hi van sols per a coses menors: *al cabecera? mi médico de cabecera me deriva echando leches al hospital, o sea, se lava las manos, por un resfriado sí, nada más* (ED06, dona, 40 anys).

En relació amb els CAP, alguns professionals creuen que s'haurien de modernitzar tecnològicament i que han quedat desfasats en aquest sentit. Els consideren "antiquats" en la seva forma d'actuar. Segons la seva opinió, el món tecnològic s'ha de continuar expandint en tots els àmbits sanitaris. Tanmateix, entra en contradicció amb les crítiques que ells mateixos fan en aquest sentit:

Si en els CAP es fessin proves diagnòstiques en alguns casos hi anirien i deixarien de venir a urgències (P).

Els metges de capçalera són també bastant tossuts, no entren gaire a fer les coses diferents de com les han fet sempre. Els CAP haurien de fer altres coses com RX i analítiques urgents, cosa que no fan. Al CAP no els visiten, sols se'ls miren per sobre, és un tràmit, és més burocràcia, no els exploren bé, haurien de tenir més control directa. Molts metges del CAP tenen por, no gosen fer coses, uns tenen por i altres ja els està bé la rutina, cobren i ja està, anar fent (P).

També algun professional sosté que *els metges de capçalera no volen complicacions ni discussions i es treuen els malalts de sobre*. A més, *són malalts que quan arriben aquí nosaltres veiem que no hi ha motiu perquè els han enviat*. Segons alguns professionals, moltes de les actuacions que fan són del tot innecessàries i no tenen impacte positiu en el malalt, però consideren que és difícil de revertir el fenomen: *tu no pots fer-hi res, no pots canviar res*. Aquestes expressions poden amagar conformisme i no voler implicacions de cap tipus; en canvi, altres són conscients que professionalment formen part d'un sistema que en l'àmbit personal i sovint professional és molt difícil dur-hi a terme canvis, atès que els problemes són estructurals i es fonamenten en les arrels del sistema.

Una altra qüestió que cal destacar és que les persones molt freqüentadores no tenen generalment la sensació que hi han acudit molt, "massa" vegades segons la medicina al SUH. Elles ho sentien com una necessitat real, i si un problema és percebut com a real ja no es considera "massa" o "poc", sinó que cal solucionar-lo.

Un altre motiu per acudir al SUH està relacionat amb el consum. En una societat consumista totes les esferes hi estan involucrades, també la salut i el sistema sanitari:

Moltes persones no ho necessiten però venen, i en canvi altres que ho necessitarien van al CAP (P).

Doncs perquè cada vegada la gent és més demandant de proves (P).

Tanmateix, més consum no implica solucionar tots els problemes, com reconeixen alguns professionals:

El problema són les coses cròniques, pel dolor mal controlat, es soluciona bé el dolor del moment, però res més, les coses cròniques són un problema important (P).

Moltes persones venen molt sovint perquè aquí no se'ls hi soluciona el problema, i tornen i tornen (P).

Alguns professionals també relacionen les assistències al SUH amb els interessos econòmics potenciats pel mateix sistema sanitari; en conseqüència, hi veuen algunes raons que indueixen indirectament a acudir al servei i al consum:

Perquè es forcen altes de manera deliberada, es donen altes abans d'hora i llavors els malalts tornen perquè no es troben bé (P).

Perquè l'hospital cobra per cada visita que hi ha, molts malalts els hi donen l'alta i no estan bé, i tornen al cap de poc, això els metges ho saben (P).

Altres professionals relacionen els aspectes econòmics, de consum i els organitzatius:

Han reduït els horaris dels hospitals de dia i els malalts estaven més compensats, ara venen a urgències més descompensats, quan els hospitals de dia funcionaven més hores es notava en els malalts (P).

També algun fa autocrítica cap al conjunt de l'equip, i opina que aquest també hi té responsabilitats: *perquè el metge no fa el que ha de fer o ho fa malament, no s'atenen les persones amb la màxima entrega en allò que s'està fent (p).* Generalment un mateix no es qüestiona els seus possibles errors, tendeix més a observar-los en les actuacions dels altres.

Malgrat aquestes crítiques que amaguen un sistema deficient, aquest no se'l sol qüestionar *per se*, és a dir, no es qüestionen les arrels ideològiques o els interessos que el fan funcionar de la manera com ho fa, sinó que les crítiques van dirigides a les actuacions dels professionals i sobretot dels gestors, és a dir, gairebé sempre es responsabilitzen i s'acusen persones concretes. Seguint Illich (1975), el sistema sanitari culpa dels errors els professionals. Tanmateix, ells contribueixen de forma activa a la culpabilització dels col·legues; alhora, els èxits que s'assoleixen, el sistema se'ls fa seus, d'aquesta manera queda indemne de les crítiques i dels errors amb l'aparença que és un sistema perfecte i lliure de cap polèmica.

Un altre punt té relació amb el nivell de gravetat i urgència que perceben els testimonis en el moment d'anar al SUH. Al voltant de les dos terceres parts van afirmar que el sentien urgent i greu, l'altre tercera part el reconeixia lleu o poc greu, i tan sols pocs casos van al·legar la situació de molt greu. Algunes persones, quan es referien a la seva situació com a urgent i greu, el llenguatge no verbal no estava en consonància amb el que expressaven, o es justificaven davant el fet

d'acudir-hi. En aquests casos alguns admetien indirectament que la seva situació no era d'urgència des del punt de vista mèdic, però sentien la "necessitat" que ja s'ha exposat d'anar-hi, tot i que no ho manifestaven obertament.

Un altre fet que cal destacar amb relació a la percepció d'urgència i de gravetat en el moment d'acudir al SUH, és que les persones més freqüentadores tendien a qualificar la seva percepció amb un grau més alt d'urgència i de gravetat que les que van respondre els qüestionaris, que moltes eren usuaris ocasionals. És a dir, els freqüentadors tendien a percebre un grau més alt d'urgència o gravetat que els ocasionals. Cal remarcar-ho pel fet que es tendeix a relacionar els usuaris freqüentadors amb persones que van al servei *sense motiu*, i els que hi van poc tenen més justificació. En canvi, les persones molt freqüentadores sentien la necessitat d'acudir-hi, independentment del problema d'ordre biològic que presentaven; per elles era una necessitat que percebien com a real.

5.4.3. Assistències al SUH relacionades amb l'entorn

La influència que les xarxes socials tenen en les persones, especialment en els processos de salut/malaltia, cada vegada és més coneguda i estudiada. És un tema que s'ha tractat des de diferents disciplines, en especial en les ciències socials. En aquest sentit, Jacobson (1987) defensa que el suport social té diverses dimensions, com el context cultural i social en què viu la persona, el qual influeix en el seu comportament i les seves actuacions.

Amb l'objectiu d'obtenir una variable més per a l'anàlisi dels motius per acudir al SUH, es van realitzar 300 qüestionaris als usuaris que en aquell moment estaven sent atesos. L'objectiu principal era conèixer la freqüència en la utilització del SUH del subjecte i la del seu entorn. A tal efecte es va preguntar el nombre d'ocasions que hi havia acudit i les persones que sabia que hi havien anat.

Les respostes que varen donar dels testimonis presenten diversos matisos:

- Aproximadament al voltant del 50% afirma que hi ha anat com a molt unes deu ocasions al llarg de la vida, i menciona com a molt unes cinc persones que coneix que hi ha anat.
- Hi ha un altre grup que és aproximadament el voltant del 15%, que afirma que hi ha anat en moltes ocasions. Aquest "moltes" pot ser més de vint al llarg de la vida i en algun cas encara més; a la vegada, nombra moltes

persones que coneix, tant familiars, amistats com veïns que també hi han anat, alguns també en nombroses ocasions.

- Un altre grup és els que afirmen que ells hi han anat moltes vegades, que poden arribar a ser també vint o més, però mencionen poques persones que hi acudeixen. Aquest grup és aproximadament el 25% de les respostes dels informants.
- Hi ha un grup que afirmen que ells hi han acudit en molt poques ocasions o que aquella és la primera, i no nombren altres persones que hi acudeixen, o n'esmenten només una. Aquest grup no arriba al 10% del total de les respostes.
- Finalment, hi ha un grup que és insignificant, que afirma que aquesta és la primera o segona ocasió que van al SUH, i nombra diverses persones conegudes que hi acudeixen.

En relació amb les respostes dels informants, algun professional afirma que en algunes ocasions *he observat que venen moltes persones dels mateixos blocs o veïnats* o que *coneixem tota la família* pel fet que tots hi van, és a dir, allò que ha observat és que algunes famílies i veïns acudeixen més al SUH que altres. Aquesta observació coincideix amb les respostes d'alguns informants, que mencionen diversos familiars, coneguts, veïns o companys de feina que van al servei d'urgències. Una hipòtesi en aquest sentit pot ser que el fet de viure en un entorn que fa una determinada pràctica sanitària, en aquest cas que acudeix al SUH, indueix els altres a actuar en el mateix sentit, reproduint i imitant allò que fa l'entorn, és a dir, influeix en les conductes que s'han de seguir i les modula.

Un altre punt interessant de les respostes és que alguns subjectes afirmen que ells són els únics de la família que hi van. En aquestes ocasions poden ser persones amb problemes greus com un càncer, malalties cròniques o problemes com addiccions o malalties mentals, però en algunes persones no es dona cap d'aquestes circumstàncies, sinó que presenten problemes que ells mateixos reconeixen de poca importància. Tanmateix, els porten a acudir-hi. En aquests casos alguns es defineixen així: *jo soc el pupes de la família* (a). És a dir, diversos testimonis descriuen un entorn en el qual es freqüenta sovint el servei, però en altres, com ells mateixos reconeixen, no és així, i algun afirma que és l'únic que hi acudeix.

5.5. LA FREQUÈNCIA ALS SUH

La freqüentació i l'alta freqüentació als SUH són temes discutits en el sistema sanitari, però no hi ha consens per definir-los. Segons Jordana *et al.* (2016, p. 124) és: "l'ús reiterat i no justificat del sistema sanitari per part de la mateixa persona". Tampoc hi ha un nombre d'assistències que es pugui considerar "normal", "freqüent" o "hiperfreqüent". Els autors que han tractat aquest tema s'han mogut amb rangs dispars que van de 3 a 11 visites l'any fetes per una mateixa persona¹⁰².

5.5.1. Algunes dades de l'alta freqüentació

Com ja s'ha dit, l'anàlisi estadística d'aquest treball comprèn vuit anys; del 2006 al 2013. Per a l'anàlisi de les dades de l'alta freqüentació es van incloure els individus que havien acudit al SUH un mínim de 12 ocasions almenys en un any durant aquest període¹⁰³:

- Del 2006 al 2012 hi trobem 1.005 persones: 510 són dones i 495 homes.
- Del 2006 al 2013 hi trobem 1.112 persones.

Si relacionem el nombre d'habitants de l'àrea d'influència amb el d'assistències al SUH, hi va entre un 35% i 40% de la població (depenent de l'any). En canvi, si relacionem el nombre d'habitants de l'àrea d'influència amb el nombre de persones que hi ha anat, el percentatge baixa entre el 20% i 25% de la població, depenent de l'any, (veure els annexos: taula 10). Això vol dir que hi va un nombre considerablement inferior d'usuaris total, o únics, que el nombre d'assistències que s'hi atenen.

Havent analitzat l'any 2013 (amb una diferència insignificant cada any), trobem que el 60% del total de les assistències al SUH les fan el 34% de les persones, i el 40% restant les fan el 66% de les persones. De mitjana correspon que cada persona hi acudeix 1,65 ocasions l'any¹⁰⁴. És a dir, al voltant del 40% dels usuaris que hi van ho fan solament en una ocasió l'any, els altres més d'una.

¹⁰² Sansa, Orús, Juncosa & Barredo (1996) consideren alta freqüentació a partir de 5 visites/any a pediatria; Riba *et al.* (2004) més de 6 vegades/24 mesos; Roldan *et al.* (1999) més de 4 vegades/any, i Arillo *et al.* (2006) més d'11 vegades a l'assistència primària.

¹⁰³ Es divideix aquest període del 2006 al 2013 en dos grups: del 2006 al 2012, i del 2006 al 2013, es fa així, ja que d'algunes variables manquen dades de l'any 2013.

¹⁰⁴ Oterino & Peiró (2003) afirmen que un grup reduït de nens no utilitza mai els SUH i un grup que defineixen de gran freqüentadors, entre el 20% i el 28% segons la cohort, generen més del 60% de les assistències.

Una altra dada rellevant és que durant els vuit anys analitzats, el rang de visites que va fer un sol individu en el període d'un any al SUH va de les **54 a les 179** assistències, és a dir, **un sol usuari** hi ha anat en 179 ocasions l'any que més se'n comptabilitzen i 54 el que menys¹⁰⁵ (vegeu els annexos: taula 11 i 12).

El que ens mostren aquestes dades és que hi ha un nombre reduït d'usuaris que va al SUH en moltes ocasions, i progressivament es va reduint fins a una sola assistència per usuari i any, que són gairebé la meitat. Una frase que molt sovint diuen els professionals i també la societat és que *tothom va a urgències*. Aquest "tothom" a vegades es pot interpretar en sentit gairebé literal. Tanmateix, el que ens mostren les estadístiques no va en aquest sentit, no tothom acudeix molt sovint al SUH. És a dir, que tot i que són molt freqüentats, no ho són per a tota la població tan sovint com es diu i es creu.

Si analitzem la població de residència de les persones "altament freqüentadores", s'observa que la proximitat hi pren més rellevància (vegeu els annexos, taula 13). Les persones que viuen més a prop del SUH tenen més tendència a acudir-hi; algun dels informants més freqüentadors així ho va reconèixer. Aquest fet també el constata Roldán *et al.* (1999) però no Allué (1999) en un servei de pediatria.

Com deia, en el període 2006-2013, trobem 1.112 persones que ha acudit en 12 ocasions com a mínim en un any al SUH. Són els que s'ha considerat "altament o grans freqüentadors"; alguns hi han anat cada any i d'altres no.

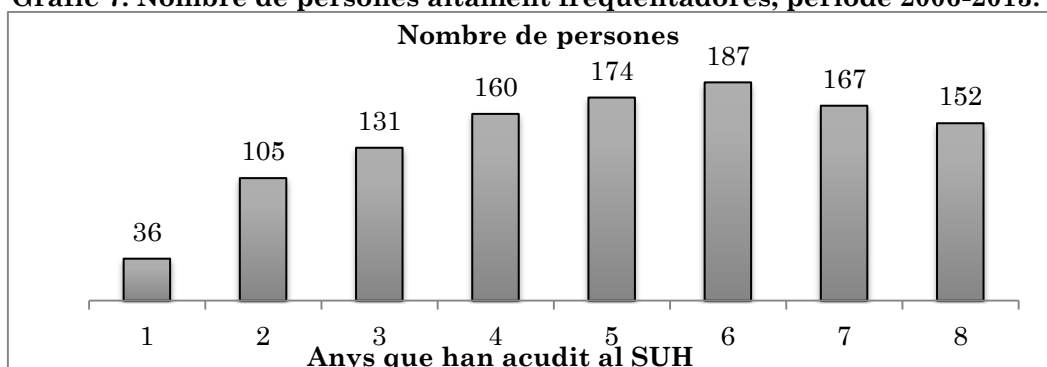
Les persones "grans freqüentadores" són majoritàriament de nacionalitat espanyola i molt poques immigrades (vegeu annexos: taula 14). Amb relació al sexe, trobem la mateixa proporció: 50,7% dones i 49,3% homes. Si exceptuem que en les dones hi ha els problemes derivats de l'embaràs i el part, la freqüentació es decanta lleugerament cap als homes.

El gràfic 7 ens mostra quants anys hi ha anat cadascuna de les 1.112 persones, amb el màxim de 8 possibilitats (que corresponen als 8 anys estudiats) hi trobem 152 persones. Observem una relació directa entre més possibilitats i un nombre més gran de persones. Les persones que hi han anat un any són només 36, i la majoria van ser l'últim any analitzat, per la qual cosa és interessant seguir

¹⁰⁵ Aquestes dades contrasten amb altres estudis, Roldán *et al.* (1999) descriuen un màxim de 35 assistències en una sola persona; Riba *et al.* (2004) 33 assistències en el període de 2 anys; i Allué (1999) descriu casos de més de 12 assistències en el SUH de pediatria.

l'evolució en un període més llarg d'anys. Aquestes dades ens diuen que hi ha un grup molt reduït d'individus que tendeixen a utilitzar-los molt més que els altres¹⁰⁶.

Gràfic 7. Nombre de persones altament freqüentadores, període 2006-2013.



Font: Arxiu CSPT. Elaboració pròpia

Una dada rellevant del factor accessibilitat són les **152 persones** que han acudit a urgències els **8 anys** consecutius (del 2006 al 2013): la gran majoria tenen la residència a Sabadell ciutat. Per tant, aquí el factor accessibilitat geogràfica hi té més rellevància (vegeu els annexos: taula 15)¹⁰⁷. Un altre aspecte és que la majoria són d'origen espanyol i molt pocs immigrants (vegeu els annexos: taula 16).

La població estudiada com a freqüentadora (12 o més ocasions en un any), analitzada per grups d'edat, segueix la tendència del total de les assistències a urgències. És a dir, els nens de fins a 4 anys, seguits de les nenes de la mateixa edat, són els grans freqüentadors, però en aquest cas ho són durant un període de temps limitat. Després venen les dones en edat fèrtil, entre els 20 i 40 anys, que igualment hi acudeixen per un període de temps limitat (vegeu els annexos: gràfic 8).

5.5.2. Els freqüentadors entre els freqüentadors

En el període que s'ha analitzat de 8 anys (2006-2013), "els freqüentadors entre els freqüentadors" són un total de 46 persones (27 dones i 19 homes), 5 són menors (1 nena i 4 nens). S'ha elaborat el llistat a partir de la persona que hi ha anat en més ocasions, que són **670**. Les xifres següents són: **539, 214, 192 i 191**. El llistar

¹⁰⁶ Aquest aspecte també l'han descrit altres autors com (Oterino & Peiró, 2003), però no presenten dades d'aquesta freqüentació al llarg d'anys consecutius.

¹⁰⁷ En els annexos la taula 17, es mostra la relació progressiva entre alta freqüentació i proximitat del domicili, a mesura que augmenta la alta freqüentació també augmenta la proximitat del domicili respecta al SUH.

inferior s'ha col·locat en les 80 assistències durant els vuit anys d'estudi¹⁰⁸. En aquest cas els menors hi són poc presents, hi acudeixen en una gran quantitat d'ocasions però durant un període de temps més limitat, fet que coincideix amb les dades que s'han anat exposant. En canvi, les dones hi tenen més rellevància, en especial entre els 30 i 39 anys en són les grans freqüentadores (vegeu els annexos: gràfic 9).

S'ha elaborat una taula amb el perfil d'aquests "freqüentadors entre els freqüentadors"(vegeu els annexos: taula 18), on s'exposen els diagnòstics i etiquetes, els motius per acudir-hi i algunes característiques personals d'aquest grup d'usuaris que apareixen en les dades clíniques de les assistències al SUH. Sovint no hi ha diagnòstics mèdics sinó solament símptomes i alguns poc rellevants des de la perspectiva mèdica, com ara mareig, vòmit, malestar, insomni, dolors diversos, epigastràlgies i gastritis, diarrees o cefalees entre altres. També hi trobem problemes derivats del consum i intoxicació per drogues, alcohol o fàrmacs, així com moltes assistències catalogades de nerviosisme, ansietat, angixes i problemes de salut mental¹⁰⁹. També per problemes probablement derivats del consum de fàrmacs o tòxics, com caigudes amb fractures en persones que presenten addiccions. Una causa freqüent és "descartar una patologia urgent".

Tot seguit s'exposen els principals aspectes i motius per acudir al SUH que consten en les dades clíniques de les assistències dels "freqüentadors entre els freqüentadors". En aquest cas s'exclouen els menors. Per tant, són 41 adults: 15 homes i 26 dones. S'agrupen en diferents problemes de salut/malaltia, així com en algunes problemàtiques o característiques d'índole personal, familiar o social, que probablement varen incidir en l'alta freqüentació:

- 12 persones presenten problemes d'índole físic
- 15 persones presenten addiccions i abusos a diferents drogues
- 9 casos d'intent d'autòlisi
- 24 persones amb problemes de psiquiatria
- 3 persones amb retard mental
- 8 persones per "problema social"
- 1 persona per violència domèstica

¹⁰⁸ No s'ha escollit aquesta xifra per un motiu concret, només com una xifra molt alta tenint en compte el que altres autors descriuen com un nombre elevat d'assistències.

¹⁰⁹ Els problemes de consum de drogues, addiccions i problemes mentals també els expliquen (Miró, Galicia, Sánchez & Nogué, 2010; Fernández *et al.* 2016; Sansa *et al.* 1996).

En alguns casos les assistències són degudes a un problema que afecta solament una esfera, i només en algun cas és d'ordre físic. Tanmateix, són més els que presenten problemàtiques que n'afecten d'altres, com ara trastorns de caràcter físic, mental o addiccions, és a dir, la majoria presenten problemàtiques complexes de salut/malaltia i d'índole personal, familiar i social. En aquest grup hi trobem tres persones amb retard mental. Es tracta d'un percentatge alt, superior al que hi ha en la societat en relació al nombre de persones d'aquest grup. En aquests casos les famílies són les que millor coneixen la persona, però a la vegada algunes han manifestat que *a vegades és difícil saber bé què tenen*, per la qual cosa es pot acudir més ràpid als professionals.

Un punt interessant en aquest llistat anterior és que hi trobem vuit casos catalogats de "problema social". En l'argot dels professionals sanitaris, potenciat pel mateix sistema sanitari, en determinades circumstàncies, es cataloguen les persones de "problema social" o "problemàtica social". Alguns exemples en són: les persones que presenten problemàtiques derivades de les addiccions; les que tenen un profund sentiment de soledat, tinguin o no família; les que pertanyen a famílies "desestructurades"; les que no tenen llar i viuen el carrer; les que tenen una llar en condicions que es consideren poc cuidades; o les que presenten un comportament que no és acceptat socialment o se'l considera fora de les normes establertes. A més, el terme "problema social" és ambigu, atès que no hi ha una definició per a aquesta expressió, de manera que cada professional pot interpretar i etiquetar de diferent manera alguns d'aquests aspectes, accions o comportaments. Però, generalment, l'expressió "problema social" sol incloure els individus que presenten problemes derivats de la iniquitat i les desigualtats socials. Tanmateix, aquestes expressions posen l'accent que les persones afectades són un problema per a la societat malgrat que s'obvia la persona, tot el context que l'envolta i els problemes que l'afecten, que majoritàriament tenen les arrels en l'estructura econòmica capitalista i neoliberal. És a dir, es responsabilitza i es culpa la persona de manera individual d'allò que és col·lectiu i, sobretot, estructural.

En relació amb el que manifesten les persones altament freqüentadores per acudir al SUH, hi ha diversos motius. Algunes reconeixen que tenen un suport familiar i social molt pobre o nul, que perceben molta soledat i sense possibilitat que algú els ajudi i els doni suport. Altres afirmen que el seu entorn familiar no comprèn el que els passa, també reconeixen que tenen manca d'afectiva i de suport en les

relacions familiars i sovint socials. Aquest aspecte propicia acudir al SUH, tot i que expliquen que tampoc hi troben una solució definitiva:

Els hi costa d'entendre-ho, sí, per exemple ahir vaig tenir ansietat, diu el meu pare: has de respirar, has de...sí que ho vaig fer però no és tan fàcil, després em va passar, però quan estàs amb ansietat t'ho passes malament (ED17, dona, 39 anys).

D'altra banda, algun informant remarca que són els familiars, que *ells sempre voldrien anar ràpid al metge*; en canvi, ells no s'hi neguen però prefereixen esperar. En aquests casos, també consideren que la manca de suport i de no entesa entre les dues parts els porta a acudir més sovint a urgències.

Tanmateix, algunes persones, a més de sentir-se incompreses en l'àmbit familiar, també s'hi senten en les amistats. Insinuen que la seva malaltia o comportament no és ben entès i senten que no en poden parlar obertament ni amb llibertat en cap esfera. Queden els professionals, però tampoc els poden explicar tot allò que els preocupa, ja que no hi troben la llibertat, la confiança, el suport o la comprensió necessàries. Així, alguns manifesten que senten una immensa solitud, es troben desorientats i sense saber què poden fer. Una informant ho manifestava com que *vas donant tombs allà on pots*.

D'altra banda i en un sentit ben diferent, algunes persones molt freqüentadores han assenyalat que, en situacions que viuen com a enormement difícils, penoses i altament estressants, la malaltia els significa una *fugida*, una *escapada* o una *evasió* dels problemes. Generalment són persones que afirmen que en tenen molts, els perceben molt difícils de controlar i no hi albiren cap solució. En aquestes situacions extremes, la malaltia o un ingrés hospitalari els pot significar una fugida o escapada momentània a la situació enormement difícil en què es troben sotmesos, atès que es poden allunyar emocionalment, i també en alguns casos físicament, del problema o de la font que creuen que el genera, *ja que mentre estàs malalt no has de pensar en el problema (a)*:

Estar ingressada per mi era una escapada de casa, estava molt més bé allà que a casa, ara fujo d'allà, ara te n'adones que allò és...buff...per mi era una fugida (ED16, dona, 41 anys).

A més, aquesta testimoni afegia que en ocasions la família no veia necessari anar al metge, i que hi anava amb la intenció de criticar-los:

El pare pensava que sempre que anava al psiquiatra o al psicòleg, ell deia que era per criticar-lo. Ell no sabia, no sabia entendre tot això, una cosa és parlar-ho, com tot, i una altra cosa és entendre-ho...i per mi era escapar, fugir...(ED16, dona, 41 anys).

En aquestes situacions "desesperants", per alguns acudir a un centre sanitari o estar-hi ingressats els representa una acollida. D'aquesta manera es distancien de l'ambient hostil en el que viuen, i si coneixen els professionals, això encara els hi dona més tranquil·litat i confiança:

Yo le tengo confianza al hospital x porque cada vez que he ido me han tratado muy bien a urgències... Sí, porque hablo con ellos, me tranquilizan(...). No, esa tranquilidad yo no la encuentro en ninguna otra parte (ED02, dona, 44 anys).

Una altra qüestió que algun informant molt freqüentador ha remarcat, és que observa descoordinació entre els diversos centres d'assistència i les institucions. Aquest fet els suposa un problema afegit als molts que ja tenen. La informant següent afirmava: *tiro la tovallola*. La seva percepció era que els metges, i en general tots els professionals, tant de l'àmbit mèdic com dels serveis socials, no comprenien la seva situació ni les seves necessitats; consegüentment, cap d'ells l'ajudava en les *enormes dificultats*. Ella ho atribuïa, d'una banda, a la incompetència professional; de l'altra, a la manca de coordinació entre tots els àmbits professionals, tant sanitaris com socials. Aquesta dona insistia molt en el fet que se sentia abandonada, i a la vegada, *controlada i fiscalitzada per tothom*:

Jo no vull donar-me-les de...però jo penso que no, que no hi ha entesa Però jo no puc ser d'un altre manera, jo no vull donar lliçons (...). També li vaig comentar dies enrere a la psicòloga, la que em va fer l'informe: penso que s'hauria de fer més investigació, perquè moltes coses no es coneixen tant bé, no, i es parla molt a la lleugera, molt així. S'hauria de saber més...tothom, la gent i els professionals...de vegades haurien d'escollar més a la família (...). Sí, la seva actitud és de mal professional, és la meva sensació, eh, jo sempre m'he hagut de barallar. Mira amb la curatela, això va passar a la fundació, que amb ells també les he tingudes. Amb algunes coses a l'hospital x han coincidit amb mi però també he tingut baralles, però la gent se't tira a sobre...que deixin fer a la gent si us plau!. Doncs estic molt cansada, doncs estic molt cansada de molta intromissió, de tothom, de la família, d'amics, de professionals també, també (...). He trobat meravelles del senyor jo, no soc la típica que mai em carregaré a tothom, he trobat gent que m'ha ajudat molt...(perquè ho diu lo de la intromissió?) perquè no et deixen fer, et sents sempre molt qüestionada... ja sé que em salto d'una cosa a una altre però com que són tantes coses, tantes coses i... aquell dia ja farta de tanta historia me la vaig quedar mirant i vaig fer una cosa perquè ja estava cansada, dic: mira estoy cansada de venir aquí y que me miréis como si fuese una imbécil, yo no me siento ayudada, me siento nada más que vigilada y controlada; entonces pegué un puñetazo sobre la mesa: a vosotras os daba yo una semana de las mías, ya veríais lo que es tener que sacar energías, para ella, para mí y para su padre, tócate los cojones, ya me puse a llorar y me desahogué (plora). Estic farta de sigles. Te sientes muy sola porque incluso tu entorno social y familiar ni entienden, ni pueden, ni saben cómo ayudarte...(ED25, dona, 55 anys).

Algunes de les persones altament freqüentadores descriuen una dinàmica de cercle, de donar voltes sobre el mateix problema i acudir una i altra vegada als SUH o altres, sense que ni els professionals ni cap institució els ajudi a trobar una solució duradora. Tanmateix, es tracta de dificultats que tenen una base eminentment

social i sovint s'acompanyen de precarietat econòmica. En aquestes situacions els professionals no tenen al seu abast mecanismes per resoldre el problema d'arrel. Tanmateix, d'acord amb el model biomèdic, el continuen considerant i tractant-lo com un problema d'ordre biològic i mèdic, que no es resol i continua en forma de visites repetitives.

El fet que un gran nombre d'assistències es deguin a problemes derivats de l'alcohol i altres addiccions, així com a un suport familiar i social inexistent o molt dèbil, s'ha d'analitzar des de la perspectiva dels determinats socials de salut (*solid facts*) (Marmot i Wilkinson, 2006). En aquest sentit, algunes de les persones més freqüentadores, compleixen diversos dels *solid facts* que descriuen aquests autors que més incideixen en la salut. També s'ha de veure des de la perspectiva que els factors socials i les relacions socials dèbils influeixen en la salut i la malaltia (Berkman, 1984; Berkman, Glass, Brisette & Seeman, 2000).

En aquest sentit, també s'han de tenir en compte els estudis de Menéndez (1983, 1984a) sobre l'alcoholisme. El fet que la medicina tracti solament els símptomes que van apareixent, i els únics paràmetres que es prenen en consideració són la quantitat i la freqüència que s'ingereix d'alcohol o altres drogues, comporta que les persones acudeixin una vegada darrera l'altra al SUH i altres serveis sense resoldre el problema. La ineficàcia i ineficiència per tractar i solucionar aquestes dificultats provoca desorientació i rebuig dels professionals cap a aquests malalts: *és que no saps què fer, venen una i una altra vegada*. En l'àmbit sanitari, i també en el camp social, a l'alcoholisme se'l segueix considerant encara un vici o un pecat, associat a trets negatius, se'n responsabilitza la persona i es continua creient que si ella *hi tingués interès* ho solucionaria. Com diu Menéndez, el MMH ha abdicat per fer-se càrrec coherentment del problema i els deriva cap a grups d'ajuda, tanmateix, quan presenten un problema acudeixen al servei d'urgències.

Aquests aspectes també s'han d'enquadrar des del punt de vista de la medicalització, en el sentit que s'ha pretès convertir els problemes que tenen arrels socials, com les addiccions, el poc o nul suport social, la soledat o els problemes derivats de la precarietat econòmica, en problemes mèdics. Així, es pretén tractar-los des d'aquesta perspectiva, en la qual la solució no és eficaç ni duradora, sinó sols momentània, fins i tot contraproduent en alguns casos. Aquestes situacions ens mostren com l'espai mèdic ha ocupat l'espai social; tanmateix, sense oferir-hi ni ser capaç de donar solució.

També, per ajudar a comprendre aquestes problemàtiques descrites, és interessant l'anàlisi que Martínez (2011) fa de la biomedicina, no tant amb relació amb el poder que exerceix, sinó en els "artificis que encobreixen aquesta relació", i es pregunta:

"¿de dónde surge esta capacidad individualizadora de la biomedicina?, ¿qué artificio simbólico e ideológico permite que alguien pueda entender un problema de salud como algo personal y por tanto no achacable a una estructura de relaciones sociales y condiciones económico-políticas?. Dicho en otros términos, ¿qué hace invisible a ese poder que se está expresando a través de la biomedicina?" (Martínez, 2011, p. 50).

És en aquest sentit que apunta Martínez, que, segurament, una de les esferes on més s'evidencien els artificis i encobriments de la biomedicina per abordar i tractar molts problemes de salut, és en els casos de l'alta freqüentació i de les problemàtiques que hi ha al seu darrere. En aquests casos es tracta com si fos un problema individual allò que té les arrels en l'estructura social, i el que fa la biomedicina és encobrir i invisibilitzar aquesta relació.

5.6. ANÀLISI I CLASSIFICACIÓ ASSISTÈNCIES AL SUH

En aquest apartat es classifiquen els motius que porten a acudir al SUH, a partir de les respostes dels professionals, dels testimonis i de les dades provinents de l'anàlisi estadística de les assistències. Es classifica la freqüentació al SUH en tres grups: els grans freqüentadors, els freqüentadors moderats i els usuaris esporàdics. Els grans freqüentadors són els que hi han acudit en un nombre superior a unes 15 ocasions; el freqüentadors moderats de 5 a 15 ocasions, i els ocasionals menys de 5. Aquests tres grups no són rígids ni homogenis, només són orientatius en el sentit que ens indiquen una tendència.

Grup dels grans freqüentadors:

- Persones amb problemes de psiquiatria o salut mental. Els CAP no disposen de servei de psiquiatria permanent.
- Persones amb problemes de consum d'alcohol o de drogues, que hi acudeixen per descompensacions o abusos, o per problemes que se'n deriven.
- Persones que tenen escàs o nul suport familiar o social.

- Persones amb un problema de salut greu, com són casos de càncer o altres malalties¹¹⁰.
- Persones que senten la "necessitat" d'acudir-hi per un problema que des del punt de vista mèdic no es considera ni urgent ni greu.
- Persones amb malalties cròniques, que sovint presenten complicacions, descompensacions o aguditzacions.

Grup de freqüentadors moderats:

- Persones que presenten un problema que no es resol i hi acudeixen unes quantes ocasions pel mateix trastorn.
- Després d'una intervenció quirúrgica o hospitalització per les complicacions o problemes que apareixen.
- Persones que estan en una llista d'espera i els apareixen complicacions amb relació al problema o alienes, també per dolor.
- Persones que tenen malalties cròniques que presenten descompensacions, complicacions o aguditzacions derivades de la malaltia.
- Persones que senten la necessitat d'acudir-hi per un problema que des del punt de vista mèdic no es considera ni urgent ni greu.

Usuaris esporàdics:

- Per símptomes o signes que es perceben com a greus, per pors i angoixes.
- Davant d'un dolor, en especial si és intens, que pot ser conegut o no.
- Per la tecnologia, els avantatges i les comoditats que suposa anar a un SUH.
- Persones amb malalties cròniques que es descompensen de manera més esporàdica.
- Per més facilitat d'horaris que els CAP.

Les referències a les quals acudeixen per indicació del metge del CAP o de l'especialista apareixen en els tres grups.

¹¹⁰ Arran de l'aparició d'un problema van apareixent complicacions per la mateixa malaltia o derivats del tractament, per exemple de la quimioteràpia o la radioteràpia. Algunes persones fins aquell moment no havien anat mai o molt poc a urgències.

5.7. ADEQUACIÓ, COL·LAPSE I FUGUES DEL SUH

Un tema de debat en el camp tant sanitari com social és si aquests serveis són utilitzats adequadament o si la inadequació els provoca col·lapse i saturació. Majoritàriament es creu que se'n fa abús, però, s'analitza sols des de la perspectiva mèdica, i no es tenen en consideració les raons dels usuaris, per exemple com hi influeixen les necessitats creades en el camp de la salut/malaltia. Els treballs mèdics coincideixen que una part molt important de les assistències als SUH no en són tributàries. L'amplitud en què es mouen les dades és que entre el 20% i el 80% de les visites són inadequades¹¹¹. Aquestes dades depenen de les variables que es tinguin en compte; a més, hi ajuda la falta de consens per definir què es pot considerar adequat o no per atendre en aquests serveis¹¹².

El debat sobre si la població els utilitza de forma inadequada no és solament mèdic, també afecta els usuaris. Aquest punt es posa de manifest quan els informants afirmen que són els *altres* els que utilitzen el servei per *coses banals*. En canvi, quan un mateix hi acut, tot i que se'n reconegui la gran quantitat d'ocasions, no es considera injustificat sinó que es percep totalment adequat i necessari:

¿Ventajas?, hombre, si vas mal como yo, que te atienden más o menos rápido...buena depende de la persona también, de la fortaleza, a lo mejor hay gente que va peor que yo...¿Desventajas? que hay mucha gente que va por...que podría ir perfectamente al médico de cabecera, esto lo he visto yo, como he ido tantas veces lo he visto, entonces lo he vivido...entonces hay gente que perfectamente puede ir al médico de cabecera, o a San Félix mismo (ED14, dona, 49 anys).

En aquest sentit, alguns testimonis afirmaven que ells no hi havien acudit en "massa" ocasions; és més, tenien la sensació que ho havien fet poc i sempre de manera ben justificada. En canvi, les dades estadístiques mostraven l'elevat nombre d'assistències que hi havien fet al llarg dels anys. En aquest sentit, Hernando (2018) defensa que les persones no solen mentir en allò que diuen, sinó que no es reconeixen elles mateixes en allò que fan.

Els professionals són els que més creuen que molts hi acudeixen de manera inadequada. Hi van per comoditat o per guanyar temps, amb la qual cosa fan un

¹¹¹ Per Oterino *et al.* (1999) són inadequades un 27%; per Cantero *et al.* (2001) un 35%; Gómez-Jiménez, Becerra, Boneu, Burgués & Pàmies (2006) en una revisió bibliogràfica situen la proporció de visites adequades entre un 20% i un 80% de les assistències ateses en els SUH, és a dir fins a un 80% podrien ser inadequades. Unes xifres que varien poc al llarg dels anys en els treballs consultats.

¹¹² Alguns estudis usen qüestionaris mèdics per definir la adequació, altres es basen en si s'han efectuat proves radiològiques i analítiques tenint en compte els resultats, i altres ho consideren ingressar en una planta de l'hospital.

mal ús del servei: *alguns venen i fan una utilització inadequada del servei, si van a la primària a demanar hora saben que són de 3 a 5 dies (P)*.

Des del punt de vista mèdic es defensa que una conseqüència de la inadequació en la utilització és la saturació i la massificació. A les persones més freqüentadores i a les que hi van per motius simples des del punt de vista mèdic, es tendeix a responsabilitzar-les del col·lapse. Tanmateix, aquest punt no és compartit per tots els autors, ja que els motius de la saturació els situen en altres aspectes; com a més important que no es dona sortida ràpida als que requereixen ingrés; també alguns professionals van assenyalar-lo com el principal motiu de col·lapse¹¹³.

Uns dels moments que cada any generen més col·lapse en el SUH són els episodis de grip que, recurrentment, apareixen cada hivern. Aquests episodis són el punt àlgid de l'afluència al servei i són un moment temut pels professionals pel caos que generen any rere any. Tanmateix, els professionals consideren que en molts casos la seva assistència està injustificada.

En les situacions de col·lapse o gran col·lapse, és quan professionals i malalts més denuncien les situacions que consideren *d'amuntegament* i han d'atendre amb condicions de poca o nul·la intimitat. Un dels moments més denunciats per uns i altres és quan han de satisfer les necessitats íntimes en un lloc on estan exposats a altres malalts i familiars, tot i que hi pugui haver una cortina o mampara. Això, ho defineixen de *condiciones inhumanes, i mancades de tota ètica*. Els professionals a aquestes situacions les anomenen *hospital del tercer món o de campanya*, denuncien que han de treballar en un espai sense els recursos necessaris i han d'atendre *de qualsevol manera*.

En aquestes situacions de col·lapse i molt temps d'espera és quan més usuaris demanen l'alta voluntària o abandonen el servei abans de finalitzar la visita. És el que els professionals anomenen *les fugues*. En els anys estudiats en aquest treball se situen en una mitjana del 4,3%. Arce, Luaces, García & Pou (2002) les situen en un 5% i assenyalen que no troben evolució mèdica desfavorable en els casos que han contactat posteriorment ni en la bibliografia revisada¹¹⁴. El destí dels que

¹¹³ Les persones que acudeixen al SUH per motius com esquinços o refredats no el saturen, el problema és en les sortides en els malalts pendents d'ingrés hospitalari (McCabe, 2001; Flores, 2011).

¹¹⁴ Segons Arce *et al.* (2002) dues terceres parts van al domicili i no els visita cap altre metge i molt pocs en les hores següents tornen a una visita; es tractaria, doncs, de persones amb problemes lleus, que quan estan al servei milloren i decideixen anar-se'n.

abandonen és majoritàriament el domicili. Algunes persones tornen al servei posteriorment i se'ls coneix com a *reincidentes*¹¹⁵.

Analitzant-ne les dades estadístiques, s'observa que els abandonaments o fugues es donen tant en els usuaris que hi acudeixen freqüentment com en els esporàdics. Alguns abandonen el servei silenciosament sense avisar; en altres hi ha discussió entre usuaris, professionals i família perquè no hi renunciïn.

Els factors que més insinuen els testimonis per abandonar el servei són el llarg temps d'espera, la incomoditat d'estar hores esperant, que tant pot ser per la incomoditat física com per l'angoixa de ser en aquell espai, o perquè han trobat milloria en el seu estat durant el temps d'espera:

A vegades se'm pinça el nervi ciàtic, i un dia vaig anar a urgències que estava molt malament, em van asseure allà en una cadira a fora, no podia estar assentat, no podia estar dret, al final estava estirat al terra, de la única manera que podia estar era estirat o encongit al terra, va sortir una infermera i la meva dona li va dir: escolta jo no demano que m'he l'atengueu però poseu-lo en una camilla en un lloc que pugui estar estirat en condicions, i no hi va haver manera. Vaig tenir d'estar allà terra, al final vaig marxar i vaig anar a Sant Fèlix, allà em van atendre amb dos minuts, em van punxar i vam solucionar el tema ràpid (ED15, home, 51 anys).

En aquest sentit, les persones amb problemes de salut mental argumenten que van al SUH perquè es troben *molt malament*, amb desesperació i angoixa molt gran, i no tenen un altre lloc per poder-hi acudir. Però si s'han d'esperar moltes hores en aquell espai, amb molta gent i soroll, no els afavoreix sinó que els empitjora. Si l'angoixa disminueix decideixen anar-se'n, de manera que en ocasions la llarga espera la perceben amb més riscos que beneficis:

Si, si me encuentro mejor no espero, me pongo más nerviosa allí y me voy cuando ya me han puesto alguna medicación o sin ponérmela, (¿te tranquilizas?) no, no me tranquilizo pero me voy, porque me da un puntazo, me da un puntazo y me voy, no sé porqué, no ha sido una vez, han sido varias (ED01, dona, 36 anys).

Els professionals també opinen que les llargues esperes són la causa de més abandonament, i són els que no es troben malament els que se'n van¹¹⁶:

¹¹⁵ Jiménez-Puente *et al.* (2015) situen els reincidentes en un 6% a les 72 hores. Ho atribueixen a quatre causes: 1) a la malaltia en un 61% dels casos, com a més important la persistència i la progressió, també l'aparició d'un problema que no hi està relacionat; 2) atribuïdes als professionals en un 15% dels casos: error en el diagnòstic o tractament; 3) atribuïdes al pacient en un 14,5% dels casos, com important l'alta voluntària o la fuga; 4) atribuïdes al sistema sanitari en un 9% dels casos, com important no disposar el SUH d'un especialista.

¹¹⁶ Per Flores (2011) i Jarrod, Carretero, Closa & Allué (2006) els malalts tendeixen a abandonar més quan l'espera és llarga; Lugo & Pavlicich (2011) ho atribueixen a viure prop de l'hospital; Arce *et al.* (2002) ho relacionen amb la poca tolerància.

Molts dels que marxen ho fan perquè no estan malament, es pensen que es un servei d'urgències amb servei immediat, llavors diuen marxo quan veuen que han d'esperar (P).

Segons l'opinió dels professionals, com insinuava aquest últim testimoni, alguns usuaris van al servei considerant que se'ls atindrà de manera immediata, associant el SUH amb immediatesa en l'atenció.

També hi ha professionals que creuen que en ocasions alguns malalts abandonen el servei per facilitar-los la feina a ells:

Altres que marxen abans d'hora són persones que quan veuen com anem aquí de liats i ells no estan gaire malament decideixen marxar per no molestar (P).

A més, els professionals afirmen que en molts casos el problema que presenten és menor o se'ls soluciona mentre esperen, per la qual cosa decideixen anar-se'n, recalcant que alguns ni tan sols volen conèixer els resultats de les proves:

Els que marxen, molts és per l'espera, tenen coses a fer i ja es troben millor i no volen esperar. Es cansen d'esperar, els hi ha passat el dolor i no es volen esperar a tenir l'analítica i marxen (P).

Segons l'opinió dels professionals, els que més se'n van tendeixen a ser els més *conflictius*:

Són persones difícils i conflictives, que no tenen espera, que tardem molt per ells, és la seva percepció (P).

Alguns dels que marxen abans d'hora són aquests que no tenen res, i quan veuen que han d'esperar molt marxen, solen ser moltes vegades uns busca-raons, són els intransigents, els que estan malament esperen, no reclamen (P).

I els que més ho necessiten són els que esperen amb més paciència i protesten menys:

Els que més malament estan no diuen res, esperen que els hi toqui el seu torn, en canvi els que protesten més són els que estan millor, els que tenen més jeta (P).

Els professionals insinuen que les persones molt freqüentadors i les que presenten problemes de salut mental o addiccions són les que causen més problemes, i les qualifiquen de *persones difícils, problemàtiques o conflictives*¹¹⁷. Entenen-ho en els termes que exigeixen: *ser atesos ràpidament, presenten queixa per tot, no estan contents amb res o discuteixen sovint*. Pels professionals, es presenten demandes més enllà d'allò que ells creuen *lògic i normal*. En aquest sentit, Ágreda & Yanguas (2001) també defensen que aquests grups de persones són catalogades com a

¹¹⁷ Arillo *et al.* (2006) descriuen el "malalt problemàtic" com un grup heterogeni però sense una definició precisa. Com a trets més rellevants hi ha: la capacitat de produir malestar en els professionals; sovint presenten malalties cròniques o rellevants; pregunten molt; són agressius i poc agraïts; i és dona més en els freqüentadors. Els autors sostenen que el component subjectiu és propi de les persones, per tant també dels professionals, aquest fet contribueix que uns malalts caiguin bé i altres no i generen rebuig en els professionals.

pacients difícils, i que hi intervenen factors subjectius. Subjectivitat que està present en les dues parts: professionals i usuaris.

5.8. LA IMMIGRACIÓ USUÀRIA DEL SUH

La immigració continua sent un tema d'actualitat i debat en diversos camps i, sovint relacionant-la amb aspectes negatius, també s'hi fan referències en les assistències al SUH i de maneres ben diferents.

Les persones immigrades que utilitzen el SUH en aquest estudi són un percentatge sensiblement menor al que li correspon amb relació al total de la població de l'àrea estudiada (vegeu els annexos: taula 19). El 2013 la població immigrada era un 11% a la comarca, i el percentatge de les assistències al SUH d'aquest col·lectiu va ser d'un 8%, amb dades similars cada any. Les dades existents varien poc en els estudis: Cots *et al.* (2007) observen a Barcelona, en una zona d'alt índex d'immigració, que tendeixen a utilitzar-los més que la població autòctona, i López & Epelde (2010) que els usen en la mateixa proporció. Per tant, cap d'aquests estudis mostra una alta utilització d'aquest col·lectiu.

A més, en aquest treball es constata que les persones immigrades tenen poc pes en l'alta freqüentació (vegeu els annexos: taula 20), i de les 46 persones dels "freqüentadors entre els freqüentadors" cap ho és. Tenint en compte que possiblement la població immigrada és lleugerament superior a les dades oficials, per les persones que no tenen els papers en regla i no estan censades, els percentatges encara serien lleugerament més baixos¹¹⁸.

En relació amb la mitjana d'edat, és inferior en la població immigrada que en l'autòctona. Cots *et al.* (2007) observen que el 78% de les visites dels immigrants estan compreses entre els 16 i 50 anys en comparació amb el 44% en la mateixa franja de la població autòctona. Dades similars surten en aquest treball: l'any 2013, en la mateixa franja d'edat, les persones immigrades ho eren en un 78%, les autòctones en un 41%. Així, segons la procedència geogràfica, canvia l'estructura de les piràmides d'edats: la de la població espanyola és més homogènia, i la immigrada presenta un pic important en edats més joves (vegeu els annexos gràfics: 10 i 11).

¹¹⁸ Tot i que la població immigrada a la comarca no és en percentatge de les més altes de Catalunya, la seva procedència geogràfica és abastament diversa. Hi trobem al voltant de 120 nacionalitats en les assistències, en el període estudiat han passat per urgències persones de 155 països diferents (Vegeu els annexos: taula 21).

Ressalta de les dues poblacions la diferència en el nombre de menors. Mentre que en la població immigrada és molt baix, en l'autòctona és alt. També el nombre de persones d'edat avançada és gairebé nul en la població immigrada, dades que també mostren López & Epelde (2010).

En relació amb el menor percentatge de la població immigrada d'edat avançada pot ser-ho pel fet que molts es queden en el país d'origen i sols emigren els joves. En els nens també hi pot influir que alguns romanguin en el país d'origen amb els avis, però en altres casos es pot tractar d'un factor cultural, i les famílies no van per algunes molèsties tan ràpid a l'hospital com els autòctons i cerquen altres alternatives. Igualment, aquest fet també es pot donar en les altres franges d'edat o en alguns col·lectius d'immigrants.

El 2013 la relació d'homes i dones en la població espanyola i la immigrada va ser:

- Població espanyola: homes 46%; dones 54%.
- Població estrangera: homes 41%; dones 59%.

S'ha de tenir en compte que aquestes dades es refereixen a les assistències als SUH, no al conjunt de la sanitat, si s'analitzen les assistències als CAP de la població immigrada, possiblement, les dades variïn, atès que molts per la situació legal que es troben no poden acudir-hi, però sí a un servei d'urgències.

Un altre punt és el factor econòmic. Cots *et al.* (2007) estudien els costos econòmics de les visites al SUH i constaten que en les persones immigrades són notablement inferiors als de les autòctones, amb l'excepció de les visites ginecològiques que són similars. L'explicació és que la població autòctona és molt més vella; per tant, presenta més patologies i problemes crònics, i consegüentment, més despesa. A més, Cots *et al.* (2007), en aquest estudi, classifiquen la població immigrada per la seva procedència de països amb nivell de renda baixa o alta, i hi observen diferències¹¹⁹.

No obstant aquestes dades anteriors, en l'imaginari d'algunes persones encara es creu que els immigrants consumeixen massa recursos sanitaris. Les referències a aquesta qüestió hi són presents tant en els discursos de la població en general com en el d'alguns professionals: *todos esos que vienen de esos países, hacen un gasto*

¹¹⁹ El promig del cost de la visita a urgències el situen en 10,97€ per visita. El promig per visita per la població autòctona i els estrangers pertanyents a països amb als ingressos alts el situen en 11,66€ i el de la població de països amb baixos ingressos en 7,21€ per visita. Les diferències més grans son en medicina, traumatologia i cirurgia, en canvi ginecologia, obstetrícia i pediatria no hi troben diferències.

grandioso, no digo que no haya que atenderlos, yo no soy racista, pero eso no puede ser (E15, dona, 73 anys).

A més dels aspectes sanitaris, en alguns informants que viuen de manera precària s'hi afegeix la indignació per unes ajudes que ells no reben o reben de manera insuficient, i "creuen" que es donen a persones a qui no els corresponen, en aquest cas als immigrants. San Román (1998) assenyala com en situacions de precarietat i marginalitat es competeix per uns recursos socials escassos, i són situacions que poden afavorir el racisme. També els discursos de certs sectors de l'escena política i social contribueixen a aquesta percepció, fet que algun informant ha insinuat:

Sí que los hay, pero a los de aquí no nos los dan, los dan a los de afuera, se los dan a los de fuera porque yo lo he vivido en mis propias carnes, porque cuando murió mi marido, por ejemplo, yo me quedé que no podía pagar los libros de instituto y no podía pagar los libros del colegio, y a mí me dijeron que naranjas de la China, y luego iba gente de fuera, que no es porque sea racista, y le daban de todo, y eso es injusto, primero hay que barrer para casa y luego si sobra para los de fuera (ED14, dona, 49 anys).

Una altra qüestió que apareix és la creença que les persones immigrades ens porten malalties noves. Les informacions dels mitjans de comunicació que diuen que en reapareixen que no eren tan presents en la població autòctona, contribueixen a aquest discurs:

No habíamos tenido tanta tuberculosis en toda la vida (...). Algo que no hemos tenido nunca. Están viniendo tantísimas personas aquí de fuera que nos están trayendo muchísimas enfermedades que no las teníamos (E09, dona, 63 anys).

Altrament, les referències a les persones immigrades, a més de ser-hi en relació amb la utilització dels serveis, també hi són pels professionals que exerceixen que no són del país, que en ocasions no inspiren la mateixa confiança:

La última vez que fuimos dijo: bueno yo ya te doy el alta, no vengas más, tú la medicación te la vas tomando si necesitas dos te tomas dos, si un día necesitas una te tomas una, tu a tu aire. ¿Perdóname? pero una psiquiatra que le diga a su paciente que se medique a razón de cómo ella lo vea, pues muy coherente la seguridad social no es, y añadido que era argentina. No tengo problemas con los sudamericanos, pero a veces parece ser que vienes de otro país, y se lo toman como si fuera algo superficial (...). O sea, no vengas más fue un poco grosero, ¿vale? pues te obligan a la fuerza a cogerte un privado...Es que yo no sabía qué, tomaba mucha medicación, mucha... Porque la excusa de la doctora argentina era que llevaba más de ocho horas trabajando, y eso no justifica que vaya a una visita y dé el alta sin estar bien, vale? (ED04, dona, 36 anys).

A més dels immigrants, hi ha referències a *altres* col·lectius que també molesten en els serveis sanitaris i es creu que tampoc en són mereixedors de la mateixa manera que *nosaltres*, com són els gitanos o les persones amb addiccions, en especial a l'alcohol o a les drogues. Creuen que no es mereixen l'assistència, bé per la seva addicció pel fet que *s'ho han buscat*, o pel fet que es creu que no paguen els

impostos de la mateixa manera que *nosaltres*, amb relació als gitanos. A més d'aquests factors, també s'hi observa estigma cap a aquests col·lectius, atès que se'n remarquen les diferències, se'ls considera diferents i són els *altres*.

5.9. ELS ROLS DE L'HOSPITAL I DEL SUH

Al diccionari, a la definició d'*hospital* hi trobem 3 acepcions¹²⁰: "1) casa on hom recollia pobres i pelegrins per un temps determinat; 2) refugi de la baixa edat mitjana per acollir els vianants que travessaven ports de muntanya considerats perillosos; 3) establiment destinat a proporcionar a la població una assistència medicosanitària completa". Les dues primeres són les que corresponen antigament als hospitals, i la tercera és el rol que se'ls pressuposa actualment de manera exclusiva.

En aquest apartat s'intenta exposar com els dos primers rols no han desaparegut del tot, sinó que encara hi són presents, si bé, les persones actualment no travessen ports de muntanya reals, sí que els travessen en sentit figurat per les dificultats amb què algunes es troben.

5.9.1. Un lloc de descans per als sense-sostre o desemparats

Casa on hom recollia pobres i pelegrins per un temps determinat

Els SUH són una de les portes d'entrada al context hospitalari, on s'acut per problemes de diversa índole. En múltiples situacions, com trobar una persona que ha tingut un problema al carrer o a qualsevol espai públic, que ha patit un desmai o un petit problema, en una baralla, a un domicili que està poc cuidada o es creu que cal dur a terme un reconeixement mèdic *per si li ha passat alguna cosa*, són alguns exemples per portar una persona al SUH. En aquests casos s'alerten els serveis d'urgències, d'ambulàncies o cossos de policia, i se la trasllada a urgències. Aquestes situacions sovint no són urgents, però no hi ha altres espais per donar-hi resposta, i els SUH se'n fan càrrec en un primer moment. Les expressions dels professionals *aquí ho recollim tot* o bé *aquí ens porten tot aquell que no saben a on portar o què fer-ne*, fan referència al fet que han d'assumir i fer front, a més, dels problemes mèdics també els socials que no els corresponen:

¹²⁰ Font: <https://www.enciclopedia.cat/search/site/hospital>

Venen aquí totalment deixats de la ma de Déu, molt bruts, mal alimentats, alguns tenen casa pròpia però viuen sols i no tenen família o no hi tenen relació. Des d'aquí s'intenta col·locar-los allà on es pugui, no sempre és fàcil perquè la demanda és molt gran i els recursos existents són pocs (P).

En aquest sentit, en el capítol anterior hem vist com les sales d'espera dels SUH són un lloc d'aixopluc per a persones que viuen al carrer. Similarment, al servei també hi acudeixen persones quan no es troben bé i no tenen un altre lloc per anar, ja que aquí hi troben el lloc d'acollida i repòs que necessiten durant hores dies:

Sempre que he anat a urgències he tingut la necessitat d'anar-hi, però ells han pensat que hi anava per anar. També he de dir que un doctor m'ha deixat estar més dies a l'hospital, a urgències o a planta perquè no tenia lloc per anar (ED05, home, 45 anys).

Aquest testimoni és d'un home que viu al carrer. Primer va expressar que acudia al SUH per una necessitat que tenia en aquell moment, però no va saber explicar de quina es tractava. Al final va relacionar el fet de viure al carrer i acudir al servei per què no disposava d'un lloc per estar quan es trobava malament.

D'altra banda, els professionals afirmen que al SUH també hi van persones que, tot i tenir domicili propi no tenen un altre lloc per anar a conversar o passar una estona, i hi acudeixen per sentir-se acompanyats. Aquests casos solen ser persones amb pocs recursos econòmics, però segons els professionals no sempre és així:

Hem tingut una malalta que venia molt sovint, fins i tot ens portava pastes, ens les portava de les bones, comprades a la pastisseria. Era una dona que no tenia problemes econòmics, estava molt sola, tenia sols família llunyana, al final la van internar en una residència (P).

Venen molta gent gran que no té suport familiar i venen cada dia, xerren una estona, se'ls hi mira el sucre...(P).

En aquest sentit, alguns professionals insinuen, i fins i tot en fan broma, que *abans la gent anaven al capellà, ara vénen al metge o a la infermera*. Com a conseqüència del procés de transformació i secularització social, el rol que anteriorment complia l'Església, actualment, en ocasions, l'exerceix el sistema sanitari, i així els SUH es converteixen en espais de socialització i suport.

Els SUH també practiquen l'hospitalitat entesa com: "liberalitat que hom exerceix albergant gratuïtament un estrany, bon acolliment que en un país es fa als estrangers"¹²¹. En els casos de les persones estrangeres que no disposen de la documentació en regla i les de l'Estat espanyol que es troben fora de la seva zona de residència sanitària, en cas que necessitin assistència, no poden accedir als serveis sanitaris ordinaris, però sí que se'ls atén als SUH.

¹²¹ Font: <https://www.encyclopedia.cat/search/site/hospitalitat%20>

Així, es pot dir que l'hospital actual continua complint una funció social. La distància i diferència entre aquest hospital modern i els antics hospitals medievals dels segles XV al XIX de la mateixa ciutat, descrits per Carreras (1992a, 1992b) i Ferràndiz (1983), possiblement no són tan grans com es creu. Aquells hospitals "recollien pobres, pelegrins i desemparats per un temps", i els hospitals actuals ho continuen fent en consonància amb els temps que es viuen.

5.9.2. Els hospitals com a lloc de descans familiar

Refugi baixmedieval per acollir els vianants que travessaven ports de muntanya considerats perillosos

Actualment, amb una població envellida o amb diversos graus de dependència¹²² moltes famílies tenen al seu càrrec al domicili una persona dependent. Els "cuidadors informals" són les persones que en l'àmbit domèstic en tenen "la cura no retribuïda"¹²³. Les dones són les principals cuidadores¹²⁴ i sovint són famílies mononuclears, de manera que les cures recauen en una sola persona amb suport ocasional. Són els que s'anomenen "cuidadors principals"¹²⁵. Estar pendent d'una persona que necessita ajuda 24 hores pot generar cansament i esgotament al cuidador, i requereix un esforç físic i emocional que pot repercutir en la seva salut. És el que s'anomena "sobrecàrrega del cuidador"¹²⁶.

De la Cuesta (2007) assenyala que no es cuida sense costos per als cuidadors; així, quan el cansament es fa insuportable, una solució pot ser anar a l'hospital ni que sigui durant uns dies. Els professionals del SUH i de les àrees d'hospitalització, observen i afirmen que *està ple de persones grans que haurien d'estar en un altre lloc*. I, recalquen que molt sovint, a més de problemes d'índole física, també en presenten de cognitius, com les demències, la qual cosa genera encara més angoixa

¹²² Segons l'Informe de Salut (2014) unes 593.000 persones, el 9,2% de la població major de 15 anys (el 5,9% dels homes i el 12,5% de les dones), es troben en situació de dependència, necessiten ajuda per fer les activitats de la vida quotidiana; un 4,7% la necessita de manera regular i el 4,5% de manera puntual.

¹²³ Les "cures formals" són les oficials que es donen dins el sistema sanitari i social: hospitals, residències geriàtriques, centres de dia o ajudes amb cuidadores a domicili.

¹²⁴ Sobretot són dones de més de 50 anys amb situació socioeconòmica baixa, sense ocupació i nivell d'estudis baix (Flores-Torres, Montalvo-Prieto, Herrera-Lian & Romero-Massa, 2010; Flores, Rivas & Seguel, 2012; García-Calvente, Mateo-Rodríguez & Maroto-Navarro, 2004; López *et al.* 2009).

¹²⁵ El "cuidador principal" és qui es fa responsable de les cures i de tot el necessari, al formar part de l'àmbit domèstic les cures informals són invisibles, no remunerades i sense valor social.

¹²⁶ Flores *et al.* 2010; Flores *et al.* 2012; García-Calvente *et al.* 2004; López *et al.* 2009.

als cuidadors. Segons la seva opinió, l'objectiu de les famílies en molts casos és descansar uns quants dies, un cap de setmana o agafar unes "vacances" de cuidar la persona dependent:

Un motiu important que els portin aquí és per cansament del rol del cuidador (P).

Hi ha famílies que els tenen a casa perquè no els poden tenir en una residència, i quan no poden més, sobretot els caps de setmana o per uns dies de vacances els porten cap aquí (P).

Igualment, alguns cuidadors afirmen que van a urgències per poder descansar de la càrrega de cuidar algú constantment:

A veces al hospital x he llevado a la niña y me la han mandado para casa...yo les digo: aunque sea una semanita para respirar, es que no puedo respirar. En psiquiatría no la atienden como la deben atender. Es muy problemática pero no la atienden como debe. Dicen siempre en psiquiatría que no tienen cama. Yo creo que debería haber más atención a esos problemas...A veces no puedes mas, te derrumbas, somos humanos, no somos máquinas (ED13, dona, 44 anys).

Martorell-Poveda (2015) observa reticència dels familiars a ingressar-los en una institució, atès que els cuidadors senten l'obligació moral cap al familiar i han d'estar les vint-i-quatre hores al seu costat, de manera que associen ingressar en una institució amb el fet d'abandonar-lo¹²⁷. En canvi, en aquestes situacions, anar a l'hospital durant uns dies pot ser una solució momentània no traumàtica i que permet un descans.

Tanmateix, en ocasions, les crítiques dels professionals poden anar cap a les famílies, a qui consideren *fresques i irresponsables per voler desprendre's* del familiar. A més, en aquests casos es considera que contribueixen a malbaratar els recursos públics.

Com vèiem en l'aparat anterior referent als motius per acudir al SUH, segons l'opinió dels professionals, les famílies veuen en aquests serveis la porta d'entrada a l'hospital, i l'objectiu és obtenir una estada llarga per a un descans familiar:

Alguns volen forçar un ingrés hospitalari, saben que els hi trobaran alguna cosa perquè en tenen moltes, i que els ingressin en un llit de l'hospital durant uns dies (P).

Quan les expectatives familiars són un ingrés hospitalari llarg i no s'aconsegueix, es poden negar a acceptar l'alta i es generen moments de tensió: *bueno, si m'obligueu a marxar, marxaré, però tornaré en poques hores o dies, va reblar* l'esposa d'un home gran i mobilitat molt reduïda; al·legava que el problema no estava resolt i es negava a acceptar l'alta del marit. Segons l'opinió d'una

¹²⁷ De la Cuesta (2007) sosté que hi ha persones cuidadores els hi dona vergonya demanar ajuda i que elles han de ser-ne capaces, a més, senten com un fracàs i culpa la necessitat de descansar. L'autora defensa que les cures informals es desenvolupen en terreny inestable i en un context d'incertesa, les famílies es troben en problemes i resoldre'ls requereix coneixement, dubtes i moltes incerteses.

infermera: *en aquests casos hi ha poca gent que marxi satisfeta, i molta gent que està molt insatisfeta.*

Hi ha una altra circumstància que contribueix a aquesta problemàtica familiar de tenir una persona amb un grau alt de dependència al domicili: les escasses ajudes socials destinades a aquest sector, que, tot i que hi són, són insuficients en la majoria dels casos. A més a més, l'economia de moltes famílies és precària; algunes tenen tots els membres a l'atur, no reben ajudes o són insuficients. En aquestes circumstàncies la pensió de la persona es converteix en una ajuda molt valuosa per a la subsistència familiar. Alguns ho han manifestat obertament: *si tenim a la persona gran i dependent a casa i no en una residència és perquè rebem ajudes; nosaltres vivim de la pensió i de les ajudes de la dependència* (a). De manera que, en ocasions han de cuidar en un espai físic reduït que dificulta una atenció adequada i en unes condicions carregoses i complexes per a tots; a més, sovint es tracta de famílies que tenen habitatges petits i poc adequats per la situació en què es troben. En aquestes circumstàncies de precarietat econòmica es busquen ajudes fora dels canals oficials quan s'està cansat i esgotat, i una possibilitat és anar a l'hospital com a lloc de descans familiar durant uns quants dies.

Un altra qüestió és que en als SUH també hi acudeixen persones que viuen en una residència geriàtrica, la qual disposa de personal mèdic i infermera. Aquests casos solen ser més qüestionats per alguns professionals: *aquí ningú es vol mullar, la responsabilitat sempre es passa als altres*, ja que creuen que algunes atencions es podrien dur a terme a la residència.

També, quan apareix un problema que augmenta la situació ja delicada que patia la persona, la família es troba en una situació en què no sap què ha de fer, està sola, perduda i desorientada, creu que *potser encara hi ha alguna possibilitat de millora* i busca un professional que davant del dubte prengui una decisió per ells o certifiqui que no hi ha cap més *remei*. En aquests casos, la família no es creu amb coneixements ni prou autònoma per prendre aquesta decisió, i allò que fa és traspassar la decisió i responsabilitat als professionals.

5.9.3. Els SUH: *un mini hospital*¹²⁸

L'estructura física del servei d'urgències està pensada per distingir-lo de la resta de l'hospital, atès que disposa d'una entrada específica diferenciada de l'entrada general. A la vegada aquest servei té dues entrades: la principal i visible és per a les ambulàncies, ja que és una forma important d'arribar-hi; la porta per entrar-hi les persones està en un lloc petit, secundari i amagat. Així també ho descriu Peneff (1992). Aquests accessos ens indiquen que estem davant de "dos espais diferents": o vas a urgències o vas a l'hospital.

El primer que es troba a l'entrada del SUH és el servei d'admissions. D'aquí es passa a la sales de *triaatge*, on una infermera fa la primera visita i adjudica un destí dependent de la urgència segons el protocol. Aquest primer destí pot ser en una zona de butaques o de lliteres. Aquestes dues àrees són el que és pròpiament el servei, les quals estan pensades per fer la primera visita i estar-hi poques hores.

Posteriorment si no se'ls dona l'alta, passen a una de les sales de suport al servei. Aquí els malalts ja no estan ubicats en una llitera sinó en llits, són sales que estan pensades per una a estada més llarga. Aquestes unitats o àrees són una extensió o complement del SUH; reben diferents noms com "unitats d'observació", "suport al servei d'urgències" o "unitats de curta estada". Tanmateix, totes tenen com a missió donar-hi suport. Estan creades amb l'objectiu de fer una estada d'hores a pocs dies, però es pot allargar fins a una setmana o més. El percentatge d'estades superior a les 24 hores amb relació al total d'assistències és del voltant del 6%¹²⁹.

En les unitats d'hospitalització les habitacions són de dos llits i per a persones del mateix sexe; en canvi, aquestes sales disposen de diversos llits separats per una mampara i amb malalts dels dos sexes. Aquests espais estan enfocats cap a una activitat assistencial mèdica més constant al llarg del dia que les unitats

¹²⁸ Amb aquesta expressió definia un professional el SUH.

¹²⁹ En els annexos es mostren les dades de les estades superiors a les 24h. A la [taula 22](#) veiem que hi ha més homes que dones, i la població immigrada hi és en percentatges més baixos. El [gràfic 12](#) ens mostra la relació de les assistències totals per especialitats i sexe. El [gràfic 13](#) ens mostra les estades superiors a les 24 per especialitats, i s'observa que el servei de medicina és el que més en té. El [gràfic 14](#) ens mostra les estades superiors a les 24h. per franges d'edat, on s'observa que les persones més grans són les que les tenen més llargues.

d'hospitalització convencional. Com diu Ovens (2010), són una barreja entre les sales d'urgències on hi ha lliteres i les plantes convencionals de l'hospital¹³⁰.

En el servei d'urgències es duen a terme tota classe de proves diagnòstiques, analítiques, radiografies, ecografies, TAC, proves complementàries, tractaments urgents i els convencionals d'una planta. Amb la creació d'aquests espais, allò que es pretén segons Allué és: "crear un hospital (de Urgencias) dentro del hospital. Esto se apoya en la demanda creciente de recursos tanto diagnósticos como terapéuticos por parte de los médicos de urgencias" (Allué, 1999, p.101).

Actualment, la majoria d'hospitals disposen de sales de suport al servei d'urgències i la demanda continua creixent. Amb aquestes sales, l'hospital disposa d'uns llits d'atenció extra i pot atendre moltes més assistències. La gestió i també els professionals argumenten que, degut a la pressió assistencial a les plantes d'hospitalització, aquest servei és el lloc ideal per estabilitzar els malalts. D'aquesta manera, el servei es converteix en una vàlvula d'escapament i de suport tant per al servei d'urgències com per a l'hospital¹³¹. Així, el servei d'urgències es converteix en un *mini hospital* com el descrivia un testimoni, o "un hospital dins un hospital" en paraules d'Allué (1999). Un espai on es genera molta activitat assistencial i econòmica. Una expressió comuna entre els professionals és que *això és un món apart*, com si es tractés de dos hospitals.

5.10. RESUM DEL CAPÍTOL

En l'imaginari social i professional es tendeix a creure i dir que "tothom va a urgències" per a tots els problemes. Aquest treball posa de manifest que tot i que aquests serveis són molt utilitzats, no ho són per a "tothom" ni "sempre". Hi ha una part petita de la població que hi acut freqüentment i en moltes ocasions cada any. Progressivament va descendint el nombre dels que hi acudeixen en més d'una ocasió fins a arribar a una assistència l'any, i la gran majoria de la població no hi

¹³⁰ Una altra particularitat del servei és que disposa de sales que s'obren o es tanquen segons les necessitats d'ocupació. A l'època hivernal s'obren i es tanquen quan ha passat el pic de màxima afluència.

¹³¹ En aquesta línia Tudela & Modòl (2015) proposen de crear més àrees d'observació i tractament en aquests serveis, donat que realitzen un efecte de filtre entre els SUH i la hospitalització convencional.

acut cap vegada. És a dir, una part important de la població hi acudeix poc, de manera esporàdica o mai.

Amb relació a com s'entenen els conceptes d'urgència i gravetat, coincideix amb el concepte biomèdic, considerant-la com una situació que compromet seriosament la vida, però no solament. Alguns expliquen la urgència com una *necessitat* que no és estrictament biològica sinó que està relacionada amb aspectes com la por, allò desconegut, la inseguretat o el desconcert que provoca una situació. La gravetat es qualifica en un esglai superior o fase més avançada que la urgència. La urgència s'identifica amb la rapidesa i pot tenir solució; la gravetat pot ja no tenir-la.

Els motius per acudir als SUH estan relacionats amb la concepció d'*urgència* i *gravetat*, els quals són problemes que la biomedicina considera justificats, atès que comprometen de forma greu biològicament. En altres, els motius difereixen de forma considerable. Els temors, les pors, la inseguretat, un problema desconegut, les experiències prèvies negatives o les necessitats que s'han creat des del camp mèdic i social són factors per anar al SUH. Això comporta que es tendeix a maximitzar problemes poc rellevants des del punt de vista mèdic, és a dir, la subjectivitat hi és present. L'individu pot ser conscient que el problema no és urgent i no compromet la vida; no obstant això, apareix una necessitat, i pot ser difícil explicar en què consisteix; tanmateix, hi és.

També s'hi acut per aspectes organitzatius, com ara que sempre estan oberts i no cal sol·licitar cita: uns per la comoditat que això els representa, per a altres es tracta d'una solució a les problemàtiques laborals.

Un aspecte rellevant és per les tecnologies de què disposen. En un món altament tecnificat, la rapidesa i la immediatesa que la societat imposa i potencia que tot s'ha de solucionar ràpid, hi contribueixen. A més, les tecnologies creen fascinació i la creença que mostren exactament allà on s'ubica el "mal", tant en els professionals com en els usuaris. Paral·lelament a la necessitat tecnològica es reclama la vessant humana, i es valora molt positivament.

D'altra banda, el consum imperant en el camp social contribueix que es consideri també normal i necessari el consum en salut/malaltia; per tant, acudir al sistema sanitari per tots els problemes o molèsties. En aquest context social de tecnificació i rapidesa, els hospitals ocupen la centralitat en l'assistència sanitària, atès que representen la immediatesa i l'esperança que ho resoldran "tot". Així, tant usuaris com professionals consideren que "anar a urgències" s'ha convertit en una manera

de fer o d'actuar; per tant, es pot parlar de "la cultura d'anar a urgències" com una manera més de consum, potenciada per la "necessitat prèviament creada".

També el procés de medicalització en què es veu involucrada la societat, el qual ha convertit en problemes mèdics allò que abans eren problemes personals, familiars o socials, afavoreix que les persones més freqüentadores, però no només, sovint hi van per problemes d'aquesta mena. Així, els SUH compleixen funcions de caire social en què hi ha contribuït el procés de transformació i secularització social. El rol que abans complia l'Església ara l'executa el sistema sanitari.

Quant als SUH, hi ha un fet que entra en contradicció. D'una banda, tendeix a l'estabilització en el nombre d'assistències, i de l'altra n'hi ha una ampliació constant. El fet que s'atenguin persones cada vegada més ancianes i amb pluripatologies, que es realitzen més proves exploratòries i que s'hi acut per motius socials i no solament mèdics, hi contribueix. Aquests aspectes requereixen més temps d'atenció, espai físic i més professionals. Malgrat aquests aspectes, els professionals no es qüestionen les arrels ideològiques i interessos del sistema mateix, sinó solament les actuacions dels col·legues, companys sanitaris o dels gestors.

CAPÍTOL 6. SALUT I MALALTIA: PERCEPCIONS, VIVÈNCIES, SIGNIFICATS I INTERPRETACIONS

La enfermedad es el esfuerzo que la naturaleza
hace para curar al hombre.
Por lo tanto, podemos aprender mucho de la enfermedad
para encontrar el camino de regreso a la salud,
y lo que al enfermo le parece indispensable rechazar
contiene el verdadero oro que no ha sabido encontrar
en ninguna otra parte.
C. G. Jung

6.1. INTRODUCCIÓ AL CAPÍTOL

El que s'entén per *salut* i *malaltia* en el nostre context pot semblar un fet banal i sense transcendència des del punt de vista biomèdic i dels professionals sanitaris. La biomedicina està centrada en el positivisme i li és difícil comprendre aquests conceptes lluny del seu paradigma.

La terminologia anglosaxona disposa de més d'un vocable per distingir les diverses maneres explicatives de la malaltia. La *disease* es refereix a la mirada clínica, l'alteració o disfunció dels òrgans, és el que la medicina pot diagnosticar i requereix el seu discurs per a la construcció. En canvi, l'antropologia centra l'interès en la *illness*, entenent-la com la perspectiva que la persona té en el seu patiment, en les sensacions, les percepcions i les vivències amb relació als canvis que experimenta el seu cos durant el procés anomenat *malaltia*. També és interessant la proposta de Fabrega, que relaciona els conceptes *emic* i *etic* amb la *disease* i la *illness*. *Emic* es correspon amb la *illness*, és el que s'observa des de dins; i *etic* amb la *disease*, és el que s'observa des de fora (Fabrega 1972¹³²). Les ciències socials també inclouen la *sickness*, que fa referència a la construcció social de la malaltia. Els idiomes català o castellà no disposen de vocables similars a *disease* i *illness*, però les paraules *patiment*, *sofriment* o *aflicció*, malgrat les diferències, d'alguna manera es corresponen amb la *illness*. Són mots que els testimonis sovint han utilitzat per expressar les seves vivències.

En aquest capítol s'analitza el que els subjectes de l'estudi entenen per *salut* i *malaltia*, quines són les percepcions, les vivències, les creences, els significats, les experiències i les interpretacions que fan al seu voltant o amb què ho associen. També es mostra una valoració de l'estat de salut que perceben les persones entrevistades i les que van respondre els qüestionaris.

6.2. CONCEPCIONS I VIVÈNCIES EN LA SALUT I LA MALALTIA

En aquest apartat s'exposen les idees més significatives que han aparegut per definir *salut* i *malaltia* (il·lustració 4), i en els següents se'n fa una anàlisi més

¹³² Fabrega, H. (1972). Medical Anthropology, *Biennial Review of Anthropology*, Stanford University Press, p. 167-229. Citat a Martínez (2008).

detallada. Els conceptes que s'han expressat han estat diversos, en ocasions contundents al voltant d'una idea, i en altres n'inclouen de diverses.

Il·lustració 4. Idees salut i malaltia

Salut	Malaltia
<i>Salut ho és tot</i>	<i>És el pitjor que es pot tenir</i>
<i>És el principal</i>	<i>Passar-ho o estar malament</i>
<i>És allò més important a la vida</i>	<i>És un impacte</i>
<i>És més important que els diners</i>	<i>És l'últim a la vida</i>
<i>És el millor que pots tenir</i>	<i>No poder fer vida normal</i>
<i>No es pot pagar amb res</i>	<i>Una lluita constant</i>
<i>És una riquesa</i>	<i>És estar o sentir-se abolit</i>
<i>És alegria</i>	<i>És veure-ho tot negra</i>
<i>És tenir força</i>	<i>Tenir un problema</i>
<i>És il·lusió</i>	<i>És una esclavitud</i>
<i>És felicitat</i>	<i>És estar avorrit de tot</i>
<i>No tenir cap malaltia</i>	<i>Una ensopagada a la vida</i>
<i>Trobar-se o sentir-se bé</i>	<i>És patiment</i>
<i>És tranquil·litat</i>	<i>Una desesperació</i>
<i>Estar content</i>	<i>Una cosa lletja</i>
<i>És no tenir dolor</i>	<i>És tenir dolor</i>
<i>És estar animat</i>	<i>És desànim</i>
<i>Estar o sentir-se bé amb tu mateix</i>	<i>Una desgràcia</i>
<i>És la vida</i>	<i>És escapar-se la vida</i>
<i>Tenir ganes de viure</i>	<i>És anar-se apagant</i>
<i>Estar o sentir-se emocionalment bé</i>	<i>Estar o sentir-se interiorment malament</i>
<i>Estar o sentir-se psíquicament bé</i>	<i>Pessimisme</i>
<i>És independència personal</i>	<i>Pèrdua independència, ja no ser tu</i>
<i>Estar amb la família, amics...</i>	<i>Estar fora dels camp dels demès</i>
<i>Fer allò que vull fer: treball, esports...</i>	<i>És invalidant</i>
<i>És normalitat</i>	<i>Sentir-se inútil</i>
<i>La salut és un do de Déu</i>	<i>És un càstig</i>
<i>La salut és una sort</i>	<i>Una resignació</i>
<i>És el destí de cadascú</i>	<i>És el destí de cadascú</i>
<i>La salut és una loteria</i>	<i>La malaltia és una loteria</i>

Elaboració pròpia

6.2.1. Un cos físic necessari, la *disease*, però no només

És un fet universal que els processos de malaltia succeeixen en els cossos biològics. La malaltia també afecta el món animal i vegetal, i l'ésser humà, en tant que forma part de la natura, també hi està afectat. Byron Good ho defineix com: "La enfermedad es paradigmáticamente biológica; eso es lo que queremos decir con "naturaleza" y con la presión e influencia de ésta sobre nuestras vidas" (Good, 2003, p. 22). Alguns símptomes com febre, dolor agut, alteracions de la digestió, vòmits, diarrees, inflamacions, ulceracions o erupcions no són exclusius d'un indret

geogràfic sinó que es troben arreu (Rivers, 2010), també al regne animal. La naturalesa pot actuar i actua, en ocasions de manera implacable: *formem part de la natura i ho hem d'acceptar* (a), i per aquest sol fet es creu que és inevitable no estar malalt en un moment o altre de la vida.

Això no obstant, les referències als símptomes somàtics, la *disease*, en moltes ocasions no han estat allò que primer han mencionat els informants per definir la *salut* i la *malaltia* ni allò que més han subratllat, sinó que ha estat *el patiment* i el *neguit* que sent la persona, la *illness*. L'accent es posa en la vivència personal i íntima, en la part emocional i psíquica, en el subjecte, en paraules de Le Breton (2012). S'explica el símptoma a través del patiment.

Quan els informants han remarcat més els símptomes ha estat en el moment de la seva aparició, quan es fan visibles, sobretot quan apareixen de manera sobtada i amb virulència. És llavors quan la persona els percep amb més intensitat, ja que *se'ns presenten quan menys s'espera* (a). Generalment, aquest moment coincideix amb els conceptes d'*urgència* i *gravetat* que hem vist en el capítol anterior, i són uns dels motius per acudir al SUH. Els símptomes físics que més s'han anomenat són les hemorràgies, l'ofec, la febre, el dolor i les situacions que es perceben invalidants en el moment de la seva aparició.

Les hemorràgies són dels símptomes que causen més preocupació i que porten a una consulta més ràpidament *sagnava i no sabia què podia ser* (a), *al veure sang em vaig espantar molt* (a). La sang crea alarma. Hi ha persones que no suporten ni tan sols observar com se'ls fa una extracció per a una analítica. La sang és un símbol de la vida. Quan hi ha pèrdua de sang, la relació simbòlica inconscient és fa amb la pèrdua de la vida.

Un altre símptoma que causa alta preocupació i angoixa és la sensació d'ofec, que també presenta càrrega simbòlica, atès que la respiració està lligada a la vida. No en va l'expressió popular *l'últim alè de la vida* o *va deixar de respirar*. Quan apareix dificultat per respirar, els pensaments ho relacionen ràpidament amb la mort. Expressions com *m'ofegava tant que sentia que em moria* (a) o *em costava tant de respirar que semblava que em marxava la vida* (a), exterioritzen la sensació de mort imminent. És una situació en la qual *em sentia totalment desesperada i terroritzada* (a).

La febre és un altre dels que causa preocupació, en especial quan apareix de manera sobtada o és molt alta. Si és una febre amb què la persona està familiaritzada li serà molesta però la suportarà; altrament, es busca una explicació

ràpidament. La febre es relaciona amb les infeccions que poden ser greus. A aquest fet hi han contribuït les campanyes sanitàries i publicitàries que presenten la febre com un símptoma potencialment mortal si no s'actua ràpid. La preocupació per la febre també té relació amb els conceptes de contaminació i tabú, els quals tenen l'origen en les nocions de brutícia i contaminació, que estan implícites en els sistemes simbòlics de les societats (Douglas, 2007). Així, quan a un malalt se li diu que la malaltia té un origen contagiós, el que primer es pregunta és *on em dec haver contagiat?*.

Un altre moment que s'esmenten els símptomes físics és en les fases de recidives o d'aguditzacions de malalties cròniques, pel fet que són moments que igualment es manifesten amb força, que també coincideixen amb les situacions d'urgència i gravetat. Unes altres ocasions en què es fa especial referència al cos físic és en les malalties invalidants, en la vellesa o en fases avançades en malalties de pronòstic terminal, quan la persona percep que *el cos no em respon*, quan sent que el seu cos ha canviat radicalment respecte a com sempre l'havia percebut:

Salud es no tener nada de lo que tengo, encontrarme fuerte y bien, enfermedad es estar mal, estoy chafada, no estoy bien ni para caminar ni para nada, no poder con el cuerpo, se te quitan las ganas de comer...(Q185, dona, 81 anys).

També les persones amb problemes de salut mental els remarquen de forma especial, els defineixen com que els *invaliden i persegueixen*, i contra als quals als és difícil de *lluitar*:

No tener voces, no tener manías persecutorias, no tener ideas de suicidio, no creer que me entran de noche, que me violan, que me lo dicen porque lo saben, sueño que me atacan, que me secuestran a mí y a mi hijo, que tienen cámaras y me ven. Enfermedad es tener todo eso (ED07, dona, 35 anys).

Salud sería no ver nada de lo que veo, no tener voces, poder estar tranquila, dormir bien también me gustaría. Enfermedad es que yo no puedo estar con esta tristeza (ED01, dona, 36 anys).

Els símptomes i malalties també succeeixen al regne animal. Tanmateix, la diferència entre el món animal i l'ésser humà és que aquest té informació socialment adquirida des d'abans que apareguin els primers senyals. Freidson ho explica així:

"El diagnóstico y tratamiento de la enfermedad no son actos comunes a los ratones, monos y seres humanos, sino actos sociales peculiares de las personas. La enfermedad como tal puede ser una afección biológica, pero la idea de enfermedad no lo es, ni tampoco lo es el modo en que los seres humanos responden a ella. En estos términos, la desviación o enfermedad biológica se define socialmente y se circunscribe mediante actos sociales que la condicionan" (Freidson, 1978, p.213).

De fet, tenir informació per si sol ja predisposa i condiciona cap a conseqüències o esdeveniments futurs, els símptomes biològics i físics quan apareixen poden abatre, sobretot en els moments més aguts *et cau la malaltia al damunt com una llosa* (a). En aquestes situacions en què la *disease* es fa sentir amb més o menys força, l'individu inicia tot un seguit de relacions, probabilitats, subjectivitats i somatitzacions a conseqüència dels coneixements adquirits. És aquí quan emergeix la globalitat com a persona, i és allò que el diferencia de l'animal. En aquests moments, l'ésser humà sent el patiment més enllà del mal físic o biològic, i hi entren en joc les relacions entre allò que s'ha après i allò que es percep que succeeix en aquest moment. Estrada ho defineix així:

"Somatizamos lo que sentimos, haciendo que la subjetividad impregne a nuestra corporeidad y materializamos nuestras sensaciones, que influyen en nuestras vivencias, estados de ánimo y comportamientos. La inteligencia sintiente, y también la emocional, son expresiones que apuntan a esa realidad psicósomática que somos" (Estrada, 2008, p.103).

Com deia, aquesta informació culturalment adquirida modula les percepcions, actuacions, decisions, comportaments o adaptacions davant dels indicis del cos biològic i diagnòstics mèdics des del seu inici i durant el procés. Així, quan apareix un símptoma, s'associa allò que succeeix i allò del qual es té coneixement:

Urgent sí, estava molt espantat, molt, perquè vaig orinar sang i molt dolor, un amic ha tingut un càncer de testicle fa poc (Q101, home, 35 anys).

Es que no lo sé...una fiebre muy alta, vómitos, es que no lo sé...eso ya los médicos. Yo lo vivía muy urgente porque no era normal...no sabía lo que era, me asustaba muchísimo, muchísimo porque llegar a estar a cuatro de tensión y deshidratada, completamente mareada, es que no veía, no veía (ED14, dona, 49 anys).

Tot i referir la força d'uns símptomes, les persones no tendeixen a deslligar-los del patiment; de fet, aquesta vessant l'esmenten la majoria dels testimonis. Així, els senyals biològics i el patiment solen ser inseparables i indestriables, com veiem en aquests dos últims testimonis, atès que els posen en el mateix nivell, ja des del moment de l'aparició.

En canvi, entre els professionals sanitaris és habitual parlar d'un *hepatòpata*, *broncòpata* o *cardiòpata*, per referir-se a persones que presenten un problema al fetge, als pulmons o al cor, talment com si aquests òrgans no formessin part d'un tot. Aquest llenguatge és la conseqüència de considerar sols un òrgan malalt en els termes de cosificació (Taussig, 1995), i no la persona en tota la seva dimensió. També es veu el malalt com "un catèter, un apòsit o una sonda" al qual s'han de prestar unes cures enfocades sobretot en aquests aspectes i, igualment, deslligades de la globalitat de l'ésser subjecte. En aquest cas, el professional que cuida centra

més les atencions en el "catèter" que porta col·locat el malalt que en el subjecte *per se* (com pot ser en el fet escoltar-lo i interessar-se per les seves preocupacions, neguits, pors o altres, que passen a un segon terme o no es prenen en consideració).

Aquest sentir de les persones més enllà de la *disease* o del cos físic o biològic, ens porta en ocasions a percebre la mateixa situació com "dues realitats o universos paral·lels": la dels professionals i la dels malalts. En els professionals prevalen els aspectes biològics i en ocasions de manera exclusiva. En canvi, els malalts perceben una globalitat complexa que és a la vegada física/objectiva i subjectiva. Aquesta dimensió és igualment transcendent per al qui viu el problema. Comentaris dels professionals com *aquesta persona no s'assabenta de res o greu com està i li preocupa aquesta tonteria* ens indiquen mirades diferents sobre el mateix fet o situació. Malalts i professionals comparteixen visions culturals, i a la vegada en divergeixen en altres.

Paral·lelament, ens trobem que els professionals, quan parlen de salut i malaltia, utilitzen els termes "normalitat i anormalitat", que fan referència a uns valors numèrics i quantitius. En canvi, els malalts tendeixen més a utilitzar els mots "bo i dolent". Una pregunta freqüent dels usuaris és *això és bo? o això és dolent?*, quan pregunten per aspectes generals relacionats amb la malaltia; en canvi, els termes de "normalitat i anormalitat" els utilitzen més per parlar d'aspectes tècnics com valors analítics, resultats radiològics o qualsevol prova tecnològica. Alhora, els professionals tendeixen a utilitzar els termes "bo i dolent" per donar consells als malalts sobre allò que han de fer o no fer.

En aquest sentit, Canguilhem (1971) defensa que els metges tenen poc en compte el significat de les paraules "salut i malaltia", pel fet que la biomedicina sols inclou l'afectació dels fenòmens vitals en el cos físic. Isla (2004) apunta que quan es fan les definicions de "salut i malaltia" no es tenen en compte els actors, atès que aquestes definicions es redacten en despatxos allunyats de les persones. Altrament, Campbell *et al.* (1979) sostenen que els metges tendeixen a considerar malaltia aspectes diferents de la població; Freidson (1978), que els metges tendeixen a veure més malaltia i tractament que no salut, i Isla (2004) assenyala que els metges defineixen la salut com l'absència de malaltia; en canvi, les infermeres tendeixen a fer-ho de manera més holística.

6.2.2. Dolor i patiment. Placebo i nocebo

Parlar de vivències en salut i malaltia inclou, obligatòriament, tenir en compte l'esfera del dolor. Tanmateix, és un tema complex i per tractar-lo per si sol. Segons l'Informe de Salut (2014), a Catalunya el dolor i el malestar afecten un 30% de la població adulta. Amb aquesta premissa es considera "obligat" preguntar a totes les persones que acudeixen a l'àmbit sanitari si tenen dolor, ja que no es concep tenir un problema de salut sense dolor. No en va, Allué (2009) es refereix al dolor com la cinquena constant.

El tema del dolor presenta una paradoxa en aquest treball. D'una banda, se l'ha mencionat sovint, i de l'altra ha estat un tema poc rellevant en si mateix en les definicions de salut/malaltia. Quan l'han assenyalat, en moltes ocasions ha estat de manera poc concreta i sense especificar exactament quin dolor presenten; se'n parla en un sentit ampli i inespecífic.

Les persones que han remarcat més el dolor són les que el pateixen crònic, atès que els afecta el seu dia a dia. També pel fet que presenten fases d'exacerbació que els invalida; també es menciona quan apareix de forma sobtada, és agut i desconegut. En aquestes dues situacions es defineix com una urgència, i és una de les causes per acudir al SUH, com hem vist en el capítol anterior. D'altra banda, sovint s'hi ha fet referència com a preocupació a patir-lo en un futur: *a mi el que em fa por és el dolor que pugui tenir* (a).

El dolor és un dels símptomes que prenen significat i causa preocupació quan no se'n sap l'origen o quan coincideix amb un problema que anteriorment ha patit la persona o el seu entorn; aquest aspecte el tornem a veure en l'apartat de les pors.

El dolor o patiment que està present en els relats dels informants hi és amb algunes diferències respecte a la concepció biomèdica i dels professionals. Per a aquests últims, parlar de malaltia porta implícit parlar de dolor físic localitzat en un punt concret del cos físic. No es veu com un *patiment* de la persona en totes les seves dimensions: *em fa mal tot o és que em fa mal tot el cos* (a). És aquest altre *patiment* que assenyalen una part important de persones, el que fa de frontera entre el dolor físic i el patiment/sofriment/aflicció, que pot ser difícil de distingir i de separar si no s'avalua tot l'entorn del subjecte. Allò que hi pot haver darrere de la paraula *dolor* és sensació de *patiment*, i no un dolor específic i localitzat. Alhora, el patiment contribueix a exacerbar un dolor físic:

¿Dolor? sí, pero (...). Yo sé que se estaba mirando mas allá de la imagen física, se estaba mirando por dentro. Sé que sufre mucho, no se gusta, no se quiere, no se acepta (...). Hay veces que me pregunta ¿mama tu me quieres? yo le respondo, si no te quiero yo ¿quién te va a querer? que eres lo más valioso que tengo. Te desesperas y piensas con lo bien que podríamos estar las dos, te preguntas ¿Por qué mi hija por su corta edad ha sufrido y sufre tanto? ¿Qué hemos hecho para merecer tanto dolor? (ED25, dona, 55 anys).

Hi ha la paradoxa que, d'una banda, el dolor és un tema central en el sistema biomèdic, però, de l'altra, algunes persones que pateixen dolors crònics i invalidants, per exemple la fibromiàlgia, poden tenir verdaderes dificultats, tant institucionals com dels professionals, perquè se'ls reconegui el problema centrat en el dolor i donar-hi alguna solució. En aquests casos, hi contribueix el fet que sigui un dolor, del qual, des de la perspectiva biomèdica, no es coneixen bé les causes i és difícil valorar-lo quantitativament; tanmateix, la persona en la seva dolença sent solitud, incomprensió i desemparament.

El dolor físic es distingeix en dues tipologies: agut i crònic. El dolor agut se'l relaciona amb un nou procés de malaltia i fa saltar les alarmes; una característica és que sol ser transitori. En canvi, pel que fa al crònic, la persona ja el coneix, però no sap quan acabarà i sovint sap que serà per sempre, cosa que li condiciona la vida, a més, pateix el dolor en molts moments i cada dia. Això el converteix en penós per a l'individu, però en aquestes ocasions no presenta la preocupació i incertesa del dolor agut en el moment de l'aparició. Cal remarcar que Delvecchio, Brodwin, Good & Kleinman (1992) defensen que el dolor crònic no s'ha pogut demostrar que sigui un fet universal i no ha existit en totes les cultures ni èpoques; en canvi, l'agut és generalitzat arreu i és present en el món animal.

El dolor s'ha estudiat des dels diferents camps del coneixement com la medicina, la psiquiatria, la psicologia o l'antropologia, amb controvèrsia de criteris pel que fa als orígens i les causes¹³³. Des de la perspectiva biomèdica se'l redueix principalment a causes biològiques o físiques; per tant, no tenen en compte totes les dimensions psicosocials (Delvecchio Good *et al.* 1992).

El fet que el dolor no és quelcom palpable i és difícil de mesurar i quantificar, propicia que tingui una part de subjectivitat en cada individu que no és fàcil de valorar, ja que hi intervenen molts factors, també estrictament personals. Molt

¹³³ Els mecanismes pels quals actua el dolor no es coneixen bé. Melzack i Wall (1965) citats a Acebedo (2013) van elaborar la "teoria de la comporta, que integra components fisiològics, psicològics, cognitius i emocionals que regulen la percepció del dolor, pel que, defensen, que la persona pot aplacar el dolor mitjançant forces externes i que la ment juga un paper crucial en la seva interpretació.

directament relacionats amb la subjectivitat i el dolor, hi ha els efectes placebo i nocebo¹³⁴, els quals són coneguts per la biomedicina. Aquests, en el camp del dolor estan ben contrastats en la pràctica clínica pels mateixos professionals, els quals saben que un dolor intens pot desaparèixer ràpidament amb poca o nul·la analgèsia sense conèixer les causes per què ha cedit: efecte placebo. El mateix succeeix en sentit contrari, en l'efecte nocebo, en què un dolor, tot i l'administració d'altres dosis d'analgèsics, no cedeix¹³⁵. En aquests casos, una explicació plausible és l'eficàcia simbòlica de Lévi-Strauss (1987). També Le Breton (1999) defensa que el que la medicina entén per placebo és l'eficàcia simbòlica que actua com una palanca terapèutica que opera al centre del vincle social.

6.2.3. La salut i la malaltia: del bo i millor al dolent i pitjor

Una de les idees que possiblement més vegades s'han utilitzat per definir la salut ha estat *el tot, el principal, el més important o el millor* de que pot gaudir una persona. Aquestes expressions ens diuen que la salut és el màxim a què es pot aspirar. La malaltia s'ha definit com *allò pitjor, dolent i passar-ho malament*, que no es pot comparar amb cap altre estat. En aquest sentit, la salut i la malaltia són percebudes com dos pols oposats, el *millor* i el *pitjor* que es pot tenir. En ocasions, aquestes expressions o idees han estat l'única resposta que ha donat el testimoni. D'altra banda, n'acompanyen o en reforcen d'altres:

Per mi tenir salut és el tot, el tot, per mi no hi ha res més important que la salut, per mi i pels meus (ED19, dona, 74 anys).

Salud es todo en el mundo, lo principal, antes que el dinero, estar enfermo lo peor del mundo, lo peor (ED22, dona, 66 anys).

Tener salud es algo muy importante, porque si no tienes salud no puedes tirar para adelante, lo es todo, yo creo que es lo principal de la vida, tener salud (ED04, dona, 36 anys).

¹³⁴ S'entén per efecte placebo aquell que produeix una millora en la salut a partir d'una substància, un medicament o pràctica que se'ls hi pressuposa mèdicament que no n'haurien de produir. L'efecte nocebo és l'invers del placebo, es refereix a una pràctica o substància que hauria de produir efecte positiu i no el produeix o és perjudicial. A més de l'esfera del dolor, en una altra que també són coneguts aquests efectes és en els treballs experimentals sobre nous fàrmacs.

¹³⁵ En aquest sentit, Ferreres, Baños & Farré (2004) defensen que els mecanismes pels quals actua l'efecte placebo i nocebo sobre la persona no es coneixen, però hi són presents. També Forcades, Caminal, Rodríguez & Gutiérrez (2007) defensen que l'efecte placebo és conegut i acceptat, se'n coneix la seva eficàcia i que és utilitzat en algunes ocasions pels professionals de la sanitat.

Salut és el millor del món, més que els diners, si no hi ha salut no hi ha humor. Malaltia és que prenc moltes pastilles pel colesterol, sucre, estomac, cor, etc. (Q089, home, 78 anys).

Duch (2002) defensa que és significatiu l'ús del vocable *tot* per definir la salut, pel fet que un dels mots grecs per expressar la bona salut era *holon* que es correspon amb la paraula àrab *salam*. Aquesta paraula també s'utilitza per expressar un estat perfecte de salut, que designa la salvació plena, el "tot". Això vol dir que involucra tant l'ordre temporal com és el cos físic, com també l'espiritual.

Aquest *millor* per a alguns equival a felicitat. Tenir salut és la situació que permet ser o estar alegre i feliç, i en la seva absència ni l'alegria ni la felicitat són factibles: *salud sería mi felicidad, ¿enfermedad? quisiera morirme, siempre estoy mala, nunca estoy buena, me paso la vida en el hospital* (Q054, dona, 59 anys).

Aquest *millor* de la salut pot ser senzillament *sentir-se còmoda i a gust amb un mateix* (a) independentment de tenir algun trastorn; també *gaudir dels plaers que et dona la vida* (a) igualment és suficient per afirmar que es té salut:

Salut és estar sense dolor, gaudir de bona alimentació, no tenir problemes, estar còmode en tu mateix. Malaltia és estar fet una merda (Q164, home, 18 anys).

Salut és estar bé, menjar saludable, fer esport, no estar al sofà, fer vida saludable (Q133, dona, 18 anys).

La salut *per se* es relaciona amb la vida i allò realment positiu: *la salut és vida*, i la malaltia amb el que és negatiu, dolent i la mort:

Malaltia és quan la vida es va apagant (A).

Malaltia és estar morta (A).

Salud es lo mejor de este mundo, enfermedad es querer llegar y no poder, irse apagando, apagando (Q030, home, 86 anys).

Aquest *pitjor* de la malaltia fa referència a diversos aspectes. Alguns ho defineixen com un *desastre, una catàstrofe, una cosa fatal, un fet molt negatiu* i ho relacionen amb allò més negatiu que li pot succeir a una persona en contraposició a el que és millor, que és la salut i vida: *salut és la vida, la malaltia és un desastre* (Q062, home 51, anys). Aquest *pitjor* altres el descriuen com *escapar-se la vida*, una situació en què *no hi pots fer res* ni es pot controlar res.

Aquest *dolent*, algun informant ho relaciona amb un "bitxo" que es porta dins del cos. També Le Breton (2012) sosté que la malaltia es planteja com una "intrusa":

Salud es el principal, enfermedad es un bicho que llevo en el cuerpo, la llevo como puedo, ya lo viví con mi marido, siempre digo: por Dios que me quiten este bicho. Sé que la tengo ahí y no se va a curar (Q024, dona, 73 anys).

Alguns el *pitjor* el relacionen amb la foscor, amb un món fosc i tenebrós: *veure-ho tot negre* (a) o *estar en un forat negre* (a).

Per altres, la malaltia és la frontera entre la vida i la mort. Això significa que és l'últim pas o esglaó de la vida: *salud es lo principal de la vida, si no hay salud no hay vida, enfermedad es lo último de la vida* (Q050, dona, 79 anys).

Algun informant destaca que la malaltia és un fet tan negatiu que ni tan sols el sap definir bé, i a algú li és difícil respondre a la pregunta:

Salut és la vida, i la malaltia no ho sabria ni definir, no (Q167, dona, 24 anys).

La salut és primordial...la malaltia és difícil de dir (Q012, dona, 55 anys).

En algunes situacions extremes la malaltia es defineix com *estar vegetatiu*. Aquesta expressió ens diu que es tracta d'un estat que no es pot controlar i que pertany a un altre món o dimensió. Aquest *estar vegetatiu* alguns el defineixen i l'equivalen a *no ser persona* (a); a més a més, remarquen aquesta idea. Allò que es destaca en aquestes situacions és que l'individu necessita absolutament per *tot* dels altres per poder seguir amb vida, també que perd la capacitat de prendre les decisions sobre la seva persona, i amb el greuge, altament significatiu, que queda exclòs de la vida social, amb el qual *deixes de ser persona* (a). El rerefons que amaga és que ja no es forma part del món dels humans atès que *ets un vegetal*.

Un altre punt és que algunes persones no volen parlar de la seva experiència de la malaltia: *de les coses dolentes és millor no parlar-ne i oblidar-ho* (a). Argumenten que és un fet altament dolorós i traumàtic i que si no en parlen creuen que la poden oblidar més fàcilment o que els causa menys *patiment*. En canvi, altres, tot i ser un fet molt dolorós i traumàtic, necessiten expressar les seves vivències, tot allò que els passa, com ho senten, les seves perspectives, les seves pors i dubtes; per ells és una necessitat imperiosa i gairebé vital que se'ls escolti, ja que obtenen confort quan ho expliquen. En les entrevistes i en els qüestionaris, així com en l'assistència professional, trobem algunes persones que tenen aquesta necessitat constant, i en ocasions "imperiosa" de parlar de la seva malaltia i dels seus patiments, i a la més mínima oportunitat aprofiten per explicar-ho. Estarien hores i hores parlant-ne incansablement. També succeeix que l'individu té la necessitat de parlar-ne però no troba interlocutors a la família o l'entorn que estiguin disposats a escoltar les afliccions i els fets dolorosos d'una malaltia. L'argument del familiar sol ser que *allò dolent és millor deixar-ho córrer*. En aquest sentit, Williams & Leslie (2008)

assenyalen que sovint les famílies no volen parlar amb el familiar malalt perquè no saben com afrontar-ho ni saben què respondre-li.

Aquest millor i pitjor també porta que algun informant relacioni la salut/malaltia amb la joventut i la vellesa. Aquests són els dos extrems de la vida, el millor i el pitjor, en un s'inicia la vida i en l'altre s'acaba:

Salud es tener veinte años, estar como una flor, vivir feliz, y que en el mundo no hubiera nada malo. Enfermedad para mí lo peor del mundo, para vivir enfermo no hace falta vivir, para esto uno no tendría que nacer, toda la vida sufriendo (Q181, home, 61 anys).

En aquesta percepció hi contribueix el fet que actualment s'han idealitzat la joventut i la bellesa física; la societat els dona valor i prestigi i paral·lelament es desacredita a qui no les posseeix; a més, s'estigmatitza les persones grans portant-les a sentir-se relegades de la societat. Le Breton (2012) sosté que la nostra societat considera l'envelliment intolerable, i la vellesa i la mort són dos innombrables de la modernitat. En aquest sentit, un informant afirmava que *ser vell i malalt és una merda*.

Aquest pitjor també relaciona la malaltia amb *una cosa lletja: la salut és el més important, la malaltia és una putada, és lleig* (Q014, dona 35, anys). Han estat diverses les persones que en algun moment s'hi han referit amb aquesta expressió, i no solament en al·lusió al càncer, que és la més habitual, sinó també en malalties de llarga evolució, les invalidants, les d'origen desconegut o les que *un mateix s'ha buscat* (a), apuntant sobretot a les addiccions.

Quan es defineix la salut com el millor que es pot tenir, es tendeix a relacionar-la amb l'esfera material per excel·lència, com són els diners. Quan es comparen aquestes dues esferes se sol afirmar que la salut és millor. Així, salut i diners són dues expressions que van sovint unides: *la salut és més important que els diners, o la salut no es pot pagar amb diners*:

Salut és la riquesa més gran del món, qui té salut no sap què té. Malaltia és una carga que et treu una mica de felicitat, dona feina als altres i fa patir l'entorn familiar (Q066, home, 75 anys).

Alguns afirmen que tot i que els diners són molt *llaminers*, si no es té salut resten importància:

Salud es lo más importante, más que el dinero, a mí me gusta el dinero pero me gusta más la salud. Enfermedad es lo peor, yo para eso firmo, para que pongan más dinero por la salud (Q138, dona, 73 anys).

Generalment, en processos de malaltia, especialment greus, es reconeix que tenir diners és secundari a tenir salut. En aquests moments disposar de diners es percep

que no solucionarà el problema, *tot i que hi poden ajudar i fer més fàcil a suportar la situació* (a). En aquestes circumstàncies els diners passen a un segon terme i resten importància: *cuando estás buena todo el dinero te sabe a poco, pero cuando estás mala ya no te sirve de nada* (a). En aquest cas la resposta va estar reforçada pel professional que l'estava atenent amb *jcuánta razón lleva!*.

No obstant això, algun informant opina que els diners i l'economia són el principal factor per tenir salut:

Te ayuda mucho el tener sobrada de dinero, entonces no vas necesitado de nada, de nada, es el primer factor desde luego la economía. Si hay economía no hay factor (E08, dona, 49 anys).

Davant de les necessitats materials, els diners prenen importància, atès que és el que permet la subsistència de la persona i de la família. Així, sense diners es creu que és més complicat tenir salut, ja que *sense salut sols sobrevius o malvius* (a). En algunes situacions tenir salut es converteix en imprescindible per poder *fer diners per viure* (a). En aquestes situacions la salut s'entén com un "capital o riquesa" que es posseeix, sense el qual no podran viure dignament ni el malalt ni la família, i es converteix així en un instrument que cal preservar al llarg de la vida (Otegi, 2002).

El fet que la salut sigui considerada la cosa millor i principal, implica que es diferenciï entre un problema passatger d'un de greu: *malaltia és quan un no pot fer la vida normal; un refredat és una putada, no és una malaltia* (Q008, home 35 anys). En general, els problemes com un refredat, una grip, vòmits o diarrees no es consideren malalties si tenen una evolució acotada en el temps; malgrat fer-hi esment amb *estic malalt* es defineixen com *quelcom passatger o petits entrebancs* que ens succeeixen, i es cataloguen de problemes lleus. Aquests problemes formen part de la normalitat de la vida; tot i així, es desitja solucionar-ho al més aviat possible, i si cal s'acut a un professional.

En canvi, generalment es considera malaltia quan s'està davant un problema que té o pot implicar conseqüències serioses o de llarga durada, com són els processos invalidants, tant físics com psíquics, problemes greus de salut mental o malalties com un càncer; llavors, l'individu es defineix com a malalt, tot i que, com veurem també hi ha excepcions:

Salut és el primer de tot, ho saps quan et trobes malament, malaltia ara ho hem viscut amb un gendre, set mesos a l'hospital x. Això és estar malalt, estar al llit i no poder-te moure (Q058, home, 83 anys).

També n'hi ha que afirmen que ni tan sols recorden què és la salut:

¿Qué es tener salud para mí? pues ni me acuerdo. ¿Enfermedad? mejor estar muerta...Lo siento eh, mejor estar muerta, no te adaptas a la sociedad, sabes que no vas a poder trabajar porque yo cuando trabajaba me cortaba los brazos con cuchilla....Es estar muerta en vida...diez minutos puedes estar bien pero el resto del día tienes que disimular. Y hay un momento que tienes una parte en ti que te dices voces, y otra parte en ti que te dice que si te matases esas voces se callarían y podrías descansar tranquila (ED06, dona, 40 anys).

En aquest ampli espectre de definir la salut i la malaltia, algun testimoni reconeix que no sempre és fàcil delimitar aquests dos conceptes, una separació que pot ser mínima, imperceptible i difícil de distingir, atès que *és una divisió molt petita, una línia molt prima* (E04, dona, 55 anys).

Cal remarcar una distinció que han fet els informants amb relació a la salut/malaltia: *trobar-se* i *sentir-se*. Mentre que alguns l'han definit en termes de *trobar-se* o *estar malalt*, altres ho han fet amb *sentir-se malalt*. *Trobar-se* fa referència a estar, estar en un lloc o en una situació determinada, que pot ser deguda entre altres accepcions per atzar i sol tractar-se d'una situació temporal. En canvi, *sentir-se* fa referència a un sentiment: "tenir el sentiment d'alguna cosa, experimentar-ne en si mateix les conseqüències, ésser-ne dolorosament afectat"¹³⁶.

La salut i la malaltia són percebudes en termes abstractes, perquè el tot, el millor, el més important o el pitjor són conceptes que no defineixen en si mateixos una situació concreta. No obstant això, expressen com se sent la persona, sense oblidar que tenen connotacions diferents per a cadascú. En conjunt abasten el cos físic i la part emocional i espiritual de la persona, com veurem en els apartats següents.

6.2.4. Déu i espiritualitat. Sort i destí¹³⁷

Una altra manera d'explicar i de viure la salut i la malaltia és a través de Déu i de l'espiritualitat. El *tot* esmentat en l'apartat anterior inclou aquesta dimensió. En aquest sentit, Duch (2002) sosté que el *tot* involucra l'ordre espiritual.

Han estat diversos els testimonis que en algun moment de les entrevistes han vinculat la salut i malaltia amb Déu: *la salut es un don de Dios* (Q176, dona, 89 anys). Alguns informants en aquest concepte hi fan recaure el pes principal de la resposta afirmant-ho amb contundència; per ells la salut i la malaltia són fets que

¹³⁶ <https://www.enciclopedia.cat/search/site/sentir-se>

¹³⁷ Aquestes esferes es tracten a l'apartat de les causalitats, aquí es mostren només alguns exemples de com es defineix la salut i la malaltia a través d'aquests factors.

estan relacionats amb Déu i formen part d'un altre món. En canvi, en altres la relació amb Déu era més secundària o acompanyava altres idees.

També algun informant ha comparat la salut amb viure en un *paradís*, tal com es considera en el pla religiós, que és el cel: *salud es el cielo* (Q182, dona, 64 anys).

En contraposició al fet que la salut és percebuda com un *do* o *com una gràcia de Déu* (a), la malaltia es viu com *una desgràcia* i es vincula amb un fet *dolent*. S'han utilitzat diverses paraules i expressions tals com: *ensopegada a la vida, una tortura, un patiment, una esclavitud, una calamitat, una pena, una llàstima, una pega, estar abolit*, idees que porten a la connexió amb un món fosc i de càstig:

Enfermedad es una desgracia, lo he pasado con mis padres, mi marido y mi hijo (Q176, dona, 89 anys).

Salut és l'alegria més gran del món, la malaltia una tortura (Q010, home, 87 anys).

A més de ser una desgràcia, la malaltia pot fer *desgraciada* a la persona que la pateix: *salut és el millor, millor que els calès, millor que tot, malaltia és desgraciat el que li toca tenir una malaltia* (Q031, home, 74 anys).

També es relaciona la salut i malaltia amb el món espiritual. En aquest sentit, algun testimoni creu que un món espiritual pobre és propens a la malaltia, o que *ser pobre d'esperit ja és per se estar malalt*:

Estar mal es ser pobre de espíritu, eso sí que es una enfermedad, si uno está bien el cuerpo responde bien, si está mal el cuerpo responde mal, lo sé por mí mismo, a mí la vesícula me la quitaron por problemas de separación, de nervios, de estrés. Todo depende de las creencias de cada uno, todo es cuestión de actitud de la persona. (ED21, home, 55 anys).

A altres aquest factor espiritual els porta a puntualitzar que la salut és un fet tan simple i senzill com és estar bé amb un mateix: *salut és estar bé amb un mateix* (ED05, home 45, anys). Aquest *estar bé amb un mateix* per alguns vol dir sentir *tranquil·litat i gaudir de la vida*. Això no està forçosament relacionat amb tenir una malaltia diagnosticada sinó amb tenir ganes de viure o viure amb il·lusió dins les possibilitats que permet el moment present.

La malaltia es relaciona amb l'espiritualitat en el sentit que es defineix com una experiència de *superació* o *creixement personal* (a). Alguns reconeixen que el procés que han viscut els ha ajudat a *reflexionar* i a *veure les coses d'una altra manera*. Es busca en la malaltia el sentit de la vida en allò que fem, que ens passa o que ens ha passat. Algunes persones, després de passar un problema greu en què han sentit *amenaçada* la vida afirmen: *he après molt de tot el que m'ha passat* (a), *després de tot el que m'ha passat soc un altre* (a). Creuen que els ha ajudat a canviar actituds o

comportaments: *abans donava importància a unes coses, ara en dono a coses petites, al dia a dia* (a). Per altres, la malaltia és una *oportunitat* de la qual intenten aprendre i millorar com a persones. Afirment que *ha estat una lliçó de vida*.

També es defineix com a resiliència, entesa com la capacitat per adaptar-se positivament a situacions adverses o noves; posen l'èmfasi en la seva capacitat d'afrontar i solucionar els problemes que van apareixen: *jo sempre soc optimista* (a), *no m'enfonso davant dels problemes* (a). Expliquen amb humor tot allò que han superat, mostren flexibilitat i confien en les seves capacitats per afrontar els problemes que se'ls presenten.

Aquesta dimensió espiritual a algunes persones les reconforta i les ajuda perquè no temin el pas a la mort. El fet de creure que la vida no acaba en el cos físic sinó que continua en una altra dimensió contribueix que la malaltia *es suporti d'una altra manera* (a). En aquest sentit, Elias (1987) defensa que en la nostra societat la mort és un tabú i s'oculta, i la dimensió espiritual i la decadència lenta són factors que en els malalts o les persones grans els ajuden a l'acceptació de la mort, que intueixen propera:

No tengo miedo a morirme, porque sé que voy a ir con mi marido, si tengo que padecer mucho prefiero morirme, tengo miedo al dolor, no a la muerte (Q024, dona, 73 anys)

En aquestes ocasions, la persona pot mostrar serenitat davant de la situació: *ara veig que se m'escapa la vida, ho espero serena, no tinc por de la mort,estic a punt* (Q088, dona, 92 anys).

A més de vincular-la amb la dimensió divina i espiritual, la salut també es relaciona amb una altra dimensió que ens és difícil de controlar, com és la sort, l'atzar o el destí: *la salut és una sort, la salut és una loteria, és el destí de cada persona*. Són definicions que molts individus han fet en algun moment, com a definicions de salut en si mateixes o acompanyant-ne d'altres:

Salud es lo principal, ni dinero, ni nada, por suerte o por desgracia no tengo; enfermedad muy mal, hay días que la llevo muy mal. Cuando me hacen la quimio durante una semana no soy yo (Q074, home, 69 anys).

¿Salud? no sé, nos tenemos que morir todos tarde o temprano, cuando menos te lo esperes has caído, no sé. Salud es tener suerte, para mi es tener suerte tener salud, tener suerte en la vida, yo tuve la mala suerte de caer donde caí y me estropeé la salud (ED18, home, 41 anys).

Algun informant considera que la sort és intrínseca a la persona, i el fet de ser una persona amb sort propicia a solucionar els problemes de salut: *jo crec que me'n*

sortiré perquè dintre de lo fumut soc un tio amb sort (ED05, home, 45 anys). Aquest comentari és d'un informant que en el moment de l'entrevista vivia al carrer, però ell creia que, tot i aquest problema, era una persona amb sort i allò que tenia en aquell moment se solucionaria de la mateixa manera que s'havia solucionat en anteriors ocasions.

6.2.5. Un món i un munt d'emocions, sentiments i experiències ¹³⁸

En les percepcions i vivències de la salut, especialment en la malaltia, les emocions i sentiments són de les esferes que hi prenen especial rellevància. Seguint Merleau-Ponty (1993), el cos és el vehicle que ens connecta al món i un determinat medi, a través del qual s'experimenten tota mena de sensacions i emocions. Per Csordas (1994), és on es viuen les experiències i les emocions, i ens permet connectar i relacionar-nos amb el món que ens envolta. Hernando (2018) defensa la importància que tenen les emocions per als individus, i el poder, la raó i la individualitat els resten importància.

Les emocions afluïren en les entrevistes i en els qüestionaris, apareixen molt sovint quan es parla de salut i malaltia, tant en l'àmbit formal com informal. També hi estan presents de manera significativa en l'àmbit assistencial; usuaris i professionals hi fan referència de manera natural, probablement sense ser-ne gaire conscients. Les emocions afluïren a través del llenguatge verbal, però segurament és en el no verbal com més s'evidencien i s'observen millor, atès que les paraules i el llenguatge no verbal no estan sempre en consonància. De fet, en algunes entrevistes els informants les van expressar de manera ben visible, com ara plorant, en ocasions desconsoladament.

Tizón (2011) es pregunta si seria possible viure sense emocions i sentiments, pel fet que ens serveixen per connectar-nos al món, per relacionar-nos i moure'ns amb els objectes animats i inanimats. La definició¹³⁹, la interpretació i les diferències d'aquests conceptes presenten controvèrsies entre pensadors i psicòlegs; Tizón les entén així:

¹³⁸ En aquest apartat s'analitzen i s'agrupen, les emocions i els sentiments que més destaquen els testimonis, però van apareixent al llarg de tot el treball.

¹³⁹ "Reacció afectiva, en general intensa, provocada per un factor extern o pel pensament, que es manifesta per una commoció orgànica més o menys visible, i el sentiment: "Actitud mental, coneixença, desvetllada per la sensació, i disposició mental vers una cosa". Font: <http://dlc.iec.cat/results.asp?txtEntrada=sentiment+&operEntrada=0>.

"Les emocions són alteracions de l'estat d'ànim, intenses i passatgeres, agradables o desagradables, que apareixen la costat d'una certa commoció somàtica. (...) considerem els sentiments emocions "cognitivitzades", com uns resultats més o menys intel·lectualitzats de l'experiència de viure les emocions en la relació amb els altres i de processar aquesta experiència amb la nostra consciència" (Tizón, 2011, p.28)¹⁴⁰.

Es coneix que les emocions poden afectar de manera positiva o negativa la persona i que alguns estats emocionals negatius sostinguts poden comportar trastorns en el cos biològic i en l'estat mental, un fet que han posat en relleu molts autors (Marmot i Wilkinson, 2006; Tizón, 2011; Cobb, 1976; Cassel, 1976; Berkman, 1984).

La il·lustració 5 ens mostra la classificació de les emocions i sentiments, tant les que es consideren primàries com les secundàries¹⁴¹.

Il·lustració 5. Classificació de les emocions

Primàries	Secundàries
Temor, por	Ansietat, aprensió, preocupació, por, inquietud, desassossec, incertesa, nerviosisme, angoixa, espant, terror, fòbia, pànic...
Ira	Enveja, ràbia, enuig, ressentiment, fúria, indignació, acritud, animositat, irritabilitat, hostilitat, odi...
Plaer/alegria	Felicitat, goig, beatitud, delit, diversió, plaer sensual, satisfacció, èxtasi, eufòria, mania...
Sorpresa	Sobresalt, esbalaiment, admiració, desconcert...
Fàstic	Aversió, repugnància, menyspreu, desdeny, displicència, antipatia...
Tristesia	Afflicció, pena, desconsol, pessimisme, malenconia, autocompassió, solitud, desànim, desesperació, depressió...
Amor/aferrament	Cordialitat, confiança, amabilitat, acceptació, afinitat, devoció, adoració, enamorament, dependència...
Vergonya	Culpa, perplexitat, defici, remordiment, humiliació, pesar...

Font: Tizón, 2011, p. 36. (Síntesi de diversos autors presa de Tizón, 2007)¹⁴²

¹⁴⁰ Les emocions es correspondrien amb impactes que sorgeixen de manera espontània i ràpida davant d'una situació inesperada que la persona no pot controlar, provoquen reaccions fisiològiques com suor de les mans, mal d'estomac, tremolors, galtes vermelles, els batecs del cor i la respiració s'acceleren o el cos pot quedar immòbil. En canvi els sentiments se'ls considera la reacció més elaborada posterior a l'impacta produït per l'emoció, en el procés hi han intervingut els pensaments que els han pogut modificar i modular, per la quals cosa són més conscients i modificables que les emocions.

¹⁴¹ Algunes de les emocions i sentiments es consideren negatives, per contra, ens serveixen per protegir-nos davant de certes situacions, ja que tenen valors adaptatius i de supervivència, i es converteixen en perjudicials quan es fan permanents.

¹⁴² A més de les que enumera aquesta taula en trobem altres d'equivalents com: estrès, tensió, excitació, agitació, violència, horror, basarda, consternació, còlera, rancúnia, exasperació, animadversió, impotència, frustració, decepció, dolor, pesar, disgust, resignació, avorriment, enyorança, abatiment, timidesa, inseguretad, anhel, pudor, modèstia, rubor, menyspreu, rebuig, recel, entusiasme, excitació, contentació, humor,

Moltes de les emocions i sentiments que s'enumeren en aquesta il·lustració i les que estan a peu de pàgina les han anomenat els testimonis. Les que més sovint han emergit amb relació a la malaltia han estat les de preocupació, inquietud, ràbia, ira, incertesa, irritabilitat, tristesa, desànim, desconsol, desempament, impaciència, vergonya, culpa, humiliació, desconcert o agressivitat entre altres. Per a la salut tranquil·litat, felicitat, benestar o satisfacció. Les d'amabilitat, acceptació o gratitud s'esmenten tant per expressar vivències amb relació a la malaltia com a la salut. També apareixen la por, l'ansietat o l'angoixa, que es tracten en l'apartat següent. Generalment, davant de molts processos no n'aflora solament una, sinó diverses, de forma simultània o successivament.

Com dèiem, la ira i la ràbia són emocions i sentiments que s'expressen freqüentment. Tanmateix, els testimonis en poques ocasions les verbalitzen clarament i directament, sinó que ho fan a través d'altres paraules com *et quedes paralitzada, estàs commoguda, estas encendida o ho engegaries tot a rodar* (a), com si la persona intentés amagar-les o es mostren a través del llenguatge no verbal.

Els malalts poden expressar les vivències a través d'episodis d'agressivitat ira, ràbia o violència, que poden ser en ocasions accions desfermades. En aquest sentit, Morin (1993) sosté que l'agressivitat dissipa i reabsorbeix la por; i la fugida, la inhibició i l'agressivitat són reaccions als perills que es perceben en certes situacions. Seguint amb Morin, la fugida i la inhibició obeeixen a la por, i l'agressivitat és una reacció per superar-la. És a dir, al darrere de l'agressivitat hi ha l'emoció de la por. Alguns episodis d'agressivitat, ira, ràbia o violència que presenten els malalts són viscuts altament angoixants pels professionals, en els quals difícilment es troba una resposta mèdica per què succeeixen.

També el factor incertesa apareix sovint en el context de la malaltia, es retroalimenta i es potencia amb aquestes emocions anteriors. En aquest sentit, Morin (1993) sosté que la incertesa forma part de la vida. Estem condemnats a viure-hi. Però en la malaltia, adquireix un sentit especial, atès que és un moment que algunes persones senten amenaçat el projecte vital, temen que no podran complir les expectatives de vida que s'anhelaven o senten que *tot un món s'esfondra* (a) sense que *hi puguis fer res* (a), i amb ell les esperances, els desitjos i les il·lusions *desapareixen*.

estimació, gratificació, joia, tendresa, simpatia, empatia, respecta, veneració, gratitud, pau, tranquil·litat, benestar, benaurança o placidesa.

Una altra manera de viure la malaltia és com un avorriment constant i de *tot*, una situació que no permet complir els objectius que s'esperaven i gaudir d'una vida amb la *tranquil·litat* que proporciona la salut: *salut és tenir tota la riquesa del món, una malaltia és estar avorrit de tot, quan no et trobes bé ho engegaries tot a fer punyetes* (Q022, home 81 anys).

En altres ocasions la malaltia es viu com una situació que causa horror: *salud, uf lo primero; enfermedad es horroroso* (Q021, dona, 56 anys). Es viu com una situació extremadament desagradable que causa *disgust, fàstic, repugnància o rebuig*, com una cosa lletja relacionada amb la brutícia:

Salud lo es todo, es mi vida; enfermedad es la marraneria más grande del mundo (Q025, home, 79 anys).

La salut és molt important, ho és tot; la malaltia és una merda (Q136, dona, 46 anys).

També es defineix l'aparició de la malaltia com un *impacte*: *un gastar de moltes coses, és un impacte amb tot* (Q043, dona, 81 anys). Un altre ho explicava en forma d'*una llosa que et cau al damunt* (a). A més, aquests casos també estan relacionats amb el factor *sorpresa* pel fet que es presenten *quan menys t'ho esperes* (a).

I, amb relació a la sorpresa, diversos testimonis han manifestat el *desconcert* que senten davant la malaltia, per les incerteses que tenen davant el futur que els espera. La persona no sap a què es pot atendre, qui la pot ajudar o on pot acudir, raó per la qual es pot sentir sola i allunyada de tot.

La malaltia també es defineix com una font de *nerviosisme*, de *cansament* o de *preocupació constant*: *la salut és benestar, és vida normal; la malaltia és preocupació constant* (Q011, home 73 anys).

També apareixen la *desesperació* o la *impotència*: *la salud no sé ni que es a estas fechas. ¿La enfermedad? no sé, una desesperación* (ED13, dona, 44 anys). Aquesta informant no albira una solució per a la malaltia, sent un gran desemparament ja que no percep que tingui cap ajuda i té molts dubtes que algú la pugui fer, reconeix que aquesta situació li causa molta desesperació.

Altres testimonis expliquen la malaltia com un *desconsol* o desassossec:

Salut és el principal, i diners per poder passar, del demès no envejo res, molts diners no calen; la malaltia és un desassossec (Q084, dona, 80 anys).

També es reconeix com una situació que causa una immensa tristesa i desànim profund:

Per mi una cosa molt senzilla, trobar-nos bé tots dos, que tinguéssim una vida més tranquil·la, que no tinguéssim els mals de caps que tenim, i no demano res més...viure. No vivim com voldríem, nosaltres esperàvem estar jubilats per anar aquí, anar allà, i a última hora no podem fer res. És més, el meu nano tenen una caseta a Montferri, cap a Tarragona, ells hi van molt sovint, casi cada cap de setmana. En canvi, nosaltres no podem anar-hi, llavors és clar, estàs tot el dia aquí asseguts en aquest sillò, mirant la tele, això no és...(Plora) (ED09, home, 79 anys).

El desànim es fa més acusat a mesura que transcorre el temps sense que aparegui una solució; la persona s'adona, a poc a poc, de l'abast del procés i com avança la malaltia, alhora que va apareixent la sensació de soledat; a més, s'hi pot afegir la vivència que és una càrrega o un pes que es porta al damunt:

Desanimada, sí, ahora más porque se va pasando el tiempo y es cuando te vas dando cuenta de las cosas. Al principio estas encendida...pero cuando el tiempo pasa es cuando te vas dando cuenta. No me gusta estar sola, tengo mucho miedo a la soledad, cuando mis hijos se van yo procuro irme a la calle. Soledad en cuanto a compañía de una pareja sobretodo. Des de que se fue mi pareja estoy más desanimada en este aspecto, pero aliviada por todo lo demás. Necesito una persona para hablar, para todo, para que la carga no sea tan dura (ED14, dona, 49 anys).

També apareixen les emocions i els sentiments de tristesa i solitud. Alguns tenen la sensació que els altres no els poden entendre, atès que *sols ho sap qui ho ha viscut en la seva pell(a)*. Es creu que si una situació no s'ha viscut directament no es pot comprendre en tota la seva magnitud:

Em costa molt explicar els meus problemes (...). Tinc una amiga però no li explico res d'això, em diria que estic boja i no s'ho creuria, prefereixo no dir-li res i ja està....No, no ho explico a ningú tot això que em passa, bueno a algú d'alcohòlics Anònims sí, però poc, poca cosa, moltes de les coses amb ningú. Amb el psiquiatra...m'agradaria de poder-ho parlar amb una psicòloga, hi he anat, anava amb una de l'hospital x, no sé què li va passar i ja no vaig tornar a anar-hi (ED17, dona, 39 anys).

El sentiment de solitud en alguns casos pot ser tan profund que fa sentir la persona allunyada, fora de lloc o desarrelada de l'entorn. Una solitud i desarrelament que tant poden ser l'origen de la malaltia com manifestar-se posteriorment:

Yo perdí mi trabajo, me fui a la mili y lo perdí todo. Acabé trapicheando en otro mundo que no era el mío, este mundo no es el mío, este mundo no me pertenecía a mí. Era un chaval que la gente que me conoce sabe que no era así (ED18, home, 41 anys).

En les situacions de malaltia l'individu pren més consciència que sols ell viu veritablement la situació amb tota la seva magnitud, intensitat i solitud: *hi ha coses que no es poden parlar amb ningú, les sents només tu i ningú més (a)*. En aquests casos la persona pren consciència que cap altre pot percebre la situació exactament de la mateixa manera com la sent ella sobre el seu cos i ment. Allò que sent li és difícil d'expressar-ho amb paraules, es tracta d'un sentiment tan abundantment profund que no es troben els mots adients per comunicar-ho amb tota la profunditat.

Aquestes circumstàncies porten a la desesperació, al pessimisme o desemparament, entre altres, que poden calar de forma molt punyent. El malalt per un costat expressaria totes les emocions que l'envaeixen, però per l'altre troba resistència en ell mateix. Hi ha aquesta part íntima que és intransferible i molt difícil de compartir per diversos motius: per dubtes i no estar segur de si s'està en la raó; per vergonya de mostrar els sentiments; per no causar pena o patiment en els familiars, o per creure que no el comprendran.

En aquest sentit, factors com el tabú a parlar de certs aspectes, l'individualisme imperant en la societat actual, la frontera amb què es converteix el cos, o la dessacralització de la natura que la separa de l'ésser humà, han contribuït a augmentar el sentiment de solitud (Le Breton, 2012).

En un sentit ben diferent, la malaltia també pot significar una experiència de *paciència: ens cal molta paciència*, o senzillament s'expressa el vocable *paciència*. Estar malalt pot significar un procés llarg en el temps de patiment i lluita, en el qual cal una *bona dosi de paciència*. Aquesta paciència en alguns està relacionada amb tenir una actitud passiva davant la malaltia, esperen que els altres els curaran; en canvi, en altres l'actitud és activa amb relació a buscar solucions i responsabilitzant-se amb la condició en què es troben. Altrament, també pot sorgir la impaciència. El fet que es divulgui des del sector mèdic que tot es pot solucionar i de forma ràpida, contribueix i predisposa a viure el procés de malaltia amb impaciència si els fets no van ràpid en la direcció que s'espera.

També afloren els sentiments de sentir-se inútil o invàlid: *ja no vals per res o el teu cos ja no serveix* (a). Es posa l'accent en el caràcter invalidant que se sent que provoca la malaltia *quan ja no et pots valdre per tu mateix* (a), quan apareixen limitacions, siguin per dur a terme les activitats personals de la vida diària, de la vida de parella, del treball o qualsevol altra:

La enfermedad, ahora lo voy asimilando un poco mejor, pero para mí ha representado sentirme inútil, porque me he sentido inútil. Por la enfermedad también me dejó la pareja que tenía, él me decía que era inútil, que no valía para nada...en fin...estando ya operada de cáncer, entonces es una...(ED14, dona, 49 anys).

Altres situen l'èmfasi en la pèrdua de independència personal, quan necessiten els altres per dur a terme les activitats més bàsiques, quan *tu ja no ets tan tu* (a), una situació en la qual senten que perden la capacitat de decidir sobre la seva persona o les seves actuacions:

Malaltia és un entrebanc, és una dificultat, que no pots fer el que fas habitualment, els altres estan pendents de tu, ja no ets tan tu, ja no ets tu sol que decideixes (Q076, home, 50 anys).

Davant d'aquestes situacions, alguns posen l'accent en el sentiment d'inutilitat pel fet que els han d'ajudar a ells i a la vegada ells no poden ajudar, la qual cosa els provoca impotència, reafirmant-los en l'autovaloració negativa, així com una autoestima baixa. Creuen que si ells *almenys* poguessin ajudar en quelcom el sentiment d'inutilitat s'apaivagaria.

La informant següent afirmava que feia bé les tasques domèstiques, però se sentia insegura per sortir sola al carrer i necessitava que algú l'acompanyés. Aquest fet la feia sentir més inútil que malalta, atès que posava l'accent que no podia anar sola pel carrer, no que ella se sentís malalta:

L'agorafòbia em fa sentir malalta, no puc anar jo sola a on vull anar, no puc desplaçar-me sola, sempre necessito ajuda, tot això em fa sentir inútil, més que malalta inútil, el psiquiatra em diu que em busqui un gosset (ED17, dona, 39 anys).

En algunes circumstàncies punyents l'individu no troba les paraules adients per definir com es troba. La impotència, la frustració, la ràbia o la decepció poden ser tan grans que solament es poden definir a través de la duresa de la situació que viu:

Tenir salut no ho sé definir, no sé que dir, és el més important, però això que em passa a mi és molt dur, molt dur, voldria acabar, però és una cosa que no es pot triar. S'ha d'anar passant, intentar patir el menys (ED10, home, 64 anys).

Un altre sentiment que aflora és el d'humiliació davant d'algunes situacions a les quals s'enfronta l'individu. Una situació especialment difícil i *dura* és el moment que es necessita ajuda per dur a terme les necessitats fisiològiques més bàsiques com són les d'eliminació. Acceptar aquesta condició no és fàcil. Aquests moments que els altres han de presenciar i d'ajudar pel que fa a les necessitats tan íntimes, generen molt pudor i vergonya: *mai hagués pensat haver de passar per aquest tràngol (a)*. A més del pudor i la vergonya que provoca, l'individu ho pot viure com una humiliació, atès que ho percep com una deshonra en mostrar allò més íntim davant els altres.

A més dels prejudicis que provoca la malaltia, en ocasions les persones també se senten humiliades pel sistema sanitari i pels professionals, pel fet que *m'he sentit obligat* a acceptar actuacions diagnòstiques o terapèutiques que es viuen com a imposicions, amb el greuge en alguns casos que es senten enganyats o traïts. Alguns afirmen que han estat les pressions i coaccions de l'entorn, familiar i professional, el que els han portat a acceptar a *contracor*, i remarquen que són ells

els que en patiran directament les conseqüències en el seu cos i el dolor que se'n pugui derivar:

El metge és una mica cabeçut, perquè cada dia ve allà: què vostè com està? jo contesto bé com sempre; ell diu com sempre, oi? ja ens veure'm. Tampoc em dona cap solució. Jo li dic escolti a veure si em treu alguna hora, i ell no, perquè ara està molt bé i no volem; i jo dic: escolti jo vaig començar per tres hores estava molt malament i me'n vareu posar una altra, d'acord. Però si ara estic bé tornem a les tres hores a veure que passa, no hi ha manera! quatre hores allà que no saps com posar-te, et fa mal tot, a més a més, les cames, i bueno...ho has d'anar aguantant per nassos, per nassos (ED09, home, 79 anys).

En aquest sentit, en el capítol anterior ja vèiem com algunes persones se senten obligades a acudir al SUH. En aquests casos defensen que no han pogut elegir i decidir amb total llibertat; consegüentment senten imposició, enuig, rancúnia, còlera, impotència o indignació davant una situació que perceben que no dominen; al·leguen que la decisió l'haurien d'haver pres ells pel fet que incumbeix la seva persona física, emocional i psíquica. Per tant, en reben les conseqüències en primera persona.

Una altra manera de viure una malaltia és com un fet singular i excepcional, en especial quan n'hi ha pocs casos. Un exemple n'és el primer episodi de la grip A, a l'hivern del 2009, que va succeir en un context altament mediàtic. Alhora es va tractar d'un episodi que va afectar de forma greu a un nombre més reduït de persones del que s'esperava. Els malalts que van estar greus i ingressats en una UCI sentien que formaven part de la història d'una manera especial. Per ells va significar haver viscut un "fet singular", el qual els va deixar una empremta profunda. La majoria mesos més tard tenien la necessitat d'expressar les emocions i vivències, així com una explicació als dubtes que els preocupaven.

D'altra costat, com ja hem vist en el capítol anterior en les definicions d'*urgència* i *gravetat*, alguns testimonis definien la malaltia i la percebien com a greu sobre la seva persona física com a conseqüència de la mort de familiars molt propers, i no es podien imaginar una forma pitjor de sentir malestar o malaltia. Als individus que senten com a greu la mort de persones properes els apareixen les emocions i sentiments de: ràbia, ira, irritabilitat, agressivitat, tristesa, apatia, desesperança o confusió que percebien amb tota la seva força, i les portava a qualificar de gravetat la sensació que percebien en el seu cos¹⁴³:

¹⁴³ Elisabeth Kübler-Ross defensa que s'ha de passar per cinc etapes per superar un dol per sortir-ne enfortit: negació, ira, negociació, depressió i acceptació.

Gravetat per mi va ser morir la dona, seixanta anys junts, va ser la primera i la única, em va venir molt de nou (Q077, home 81, anys).

Pues grave la muerte de mi madre, me ha afectado mucho (ED04, dona, 36 anys).

En aquest sentit, Cassel (1976) i Cobb (1976) defensen que el dol de persones molt properes pot incidir negativament en la salut i pot comportar canvis biològics. Cassel mostra com els homes viudos presenten més probabilitats de morir que els casats en la mateixa edat.

D'altra banda, també apareixen emocions i sentiments com l'esperança, *l'esperança mai es pot perdre*, una frase que es pot dir amb "esperança" i sinceritat, o només per intentar restar dramatisme a la situació i un intent desesperat de tranquil·litzar les persones de l'entorn. Aquesta expressió és bidireccional, del malalt cap a la família per no preocupar-la pel seu estat, o també en sentit contrari, de la família i professionals cap a la persona malalta pel mateix motiu: per no alarmar-la per la situació en què es troba i no transmetre sentiment de desesperació. En aquest sentit, Elias (1987) defensa que la principal necessitat del moribund pot ser parlar que s'està morint; en canvi, les persones properes fan silenci o li diuen que ja es posarà bé, es recompondrà o que *no perdi l'esperança*, per tal de no parlar de la mort per la incomoditat que els genera a ells. En aquestes situacions les expressions solen ser de consol: *s'ha de tenir fe que tot anirà bé*, les quals poden ser acceptades en silenci i amb resignació per qui les rep; a més, aquests mots poden generar dubtes que siguin sincers o de compassió, i creure que són un engany cap a la situació que estan travessant.

Malgrat els sentiments negatius, també hi apareixen sentiments de gratitud i agraïment dels malalts i famílies cap als professionals i l'entorn per tot el que estan fent per ells. Així l'expressió *sort n'hi ha d'aquests llocs o estem molt agraïts*.

D'altra banda, també s'esmenten la felicitat, la satisfacció o l'alegria davant de les bones notícies en una situació de malaltia, especialment quan es preveia que aniria en sentit negatiu.

Les emocions no les manifesta sols la persona malalta, també el seu entorn hi està afectat. Martorell-Poveda (2015) mostra com una de les esferes que més mencionen els cuidadors de les persones amb Alzheimer és l'emocional. Les sensacions d'irritabilitat, impaciència, nerviosisme, depressió, inseguretat, degradació, ira o frustració hi són presents, però també de positives com amor o gratitud.

A través d'aquests relats s'evidencia com les emocions formen part de la connexió entre el món, la cultura i la persona. A través de les emocions les persones mostren les seves vivències, com se senten, com es relacionen amb l'entorn i que n'esperen, i es compara amb allò viscut prèviament. Les emocions són informació que dona la persona sobre com es troba i com viu la situació; són interpretacions, experiències i significats que canvien i es transformen. Com diu Csordas, ens mostren una manera de ser en el món (*being-in-the-world*).

6.2.6. Un món de pors

La por és una emoció que se sent sobretot individualment. S'ha estudiat des de diverses disciplines, com la psicologia, la medicina i les ciències culturals i socials¹⁴⁴. Tanmateix, les pors no són solament individuals. Boscoboinik (2016) defensa que hi ha també les pors col·lectives, quan es comparteixen preocupacions en una comunitat. Les pors col·lectives es poden convertir en *pors socials* quan porten a accions en el grup social com identificar un responsable o culpable, "quan la instrumentalización de los miedos colectivos los transforma en miedos sociales" (Boscoboinik, 2016, p. 123).

La por és una emoció primària i innata que també l'experimenten els animals. Es tracta d'una resposta emocional davant la percepció d'una amenaça o perill, comporta l'acció d'atacar o de fugir i permet així una resposta adaptativa i de supervivència (Morin, 1993; Tizón, 2011). La por és una emoció sempre desagradable, però no ha de ser sempre negativa. És preprogramada, atès que quan s'han desencadenat els mecanismes i les conductes té una base comuna en tots els humans¹⁴⁵. Jodelet (2011) estableix diverses tipologies de por. Destaca la por a la malaltia, a perdre la salut i al benestar de la família. Al llarg de la història tenim exemples de pors col·lectives en les epidèmies o la pesta, més recents ho són la sida i el càncer.

¹⁴⁴ Tizón l'ha defineix així: "Es tracta d'una síndrome o agrupació de múltiples experiències que compromet tot l'organisme", afegint que "es troba fonamentada en uns estats i patrons corporals i bioquímics característics", i "és la resposta emocional genèticament preprogramada en la nostra espècie, davant una amenaça a la nostra integritat, sigui biològica, psicològica i social" (Tizón, 2011, p. 59).

¹⁴⁵ La por està present en totes les cultures, totes comparteixen algunes amenaces, també en tenen d'específiques. Aquest fet implica que hi ha aprenentatge de la por, una part de la por es pot aprendre o desaprendre, és a dir, es pot arribar a dominar.

La por es pot manifestar de diverses maneres: en forma de preocupació, inquietud, aprensió, terror, paüra o pànic. Tizón (2011) diferencia entre por, ansietat o angoixa. Per Morin (1993) no és fàcil delimitar la por d'expressions properes com l'espant, la preocupació, el terror i el pànic. Una diferència fonamental és que la por necessita una cosa concreta o objecte real que la provoqui; en canvi, l'ansietat i l'angoixa tendeixen a ser pors sense objecte, ni tan sols es coneix el motiu que les provoca (Tizón, 2011). El mateix autor sosté que la por pot aparèixer en situacions reals o simbòliques; les dues desencadenen reaccions psicofisiològiques que donen dos tipus de fenòmens: psicològics i fisiològics¹⁴⁶.

La por és negativa quan s'instaura de forma permanent en la persona. Morin (1993) sosté que la por pot paraitzar, i en aquesta situació l'ésser humà no té capacitat de trobar-hi resposta. Segurament les expressions populars com *la por mata* o *la por paraitza* no fan res més que evidenciar allò que l'ésser humà sempre ha sabut. També expressions com *ets incapaç de raonar a vegades* o *no ets tu*, evidencien que la persona està presa per un munt d'emocions, entre les quals la por, que la porten a torbar-se i l'incapaciten per prendre decisions de forma serena.

La paraula *por* en situacions difícils de malaltia es tendeix a pronunciar poc i s'amaga. Mostrar por es pot identificar amb trets negatius, com ser una persona poc valenta, dèbil i que no sap afrontar les adversitats. Es mostra principalment a través del llenguatge no verbal, amb forma de gestos, amb expressions corporals i facials o a través de la mirada, i poc a través del vocable "por". En la malaltia s'experimenta en l'àmbit íntim i individual. *El que sents, el que vius, no és fàcil transmetre-ho, ho vius tu molt a dins teu* (a). Aquests mots ens diuen que pot ser molt difícil compartir algunes emocions; en aquest cas, el testimoni es referia a la por la por, que el tenia *bloquejat*.

Tot i que s'admet que es té por, pot ser difícil compartir-la plenament; sovint no es gosa, no se sap o no hi ha el valor de parlar-ho obertament amb les persones més properes. En canvi, s'utilitza més en expressions com *em vaig espantar moltíssim*, o *vaig estar uns dies que no podia dormir de la por que tenia* (a), que es diuen davant

¹⁴⁶ En els psicològics hi trobem els vinculats a la representació del propi cos i els seus estats com el perill o amenaça. En els fisiològics hi ha els viscerals i cel·lulars i els externs. En els fisiològics destaca increment del metabolisme cel·lular, de la pressió arterial, de la glucosa, del cor, de l'adrenalina i de la tensió muscular entre altres, i el sistema immunitari entra en suspensió o alentiment; en els externs hi trobem aspectes com l'expressió corporal i facial. Les característiques que presenten aquestes emocions i sentiments i les similituds que poden tenir amb altres problemes de salut poden ser difícils de distingir (Vegeu annexos il·lustració 6: les manifestacions de l'ansietat; il·lustració 7, contextos de la por).

d'un problema que acaba sense importància, i s'expressa menys en problemes que afecten més seriosament. S'expressa la por de manera oberta en aspectes més generals com tenir por a patir, per exemple, un càncer, i menys en problemes d'afectació més íntima i personal.

Un altre punt interessant és la proposta de Jodelet (2011), que sosté que hi ha pors parcials i totals. Les parcials les enfoca en els perills o riscos que estan localitzats, i les totals tenen la màxima expressió en la mort, atès que la mort representa el final de tot, com és el buit i l'absència. Seguint Jodelet, algunes malalties generen pors totals pel fet que poden portar a la mort; en aquest sentit, les que més s'han mencionat són el càncer, la sida i els infarts cardíacs. Altres malalties també generen pors i temences, però són més parcials, atès que poden limitar la persona però no portar-la a la mort.

Amb relació a les pors a les malalties, la que més apareix és el càncer: *la cabeza, el càncer, se me pone el vello de punta solo de mencionarlo* (ED22, dona, 66 anys).

També les malalties que invaliden físicament la persona per dur a terme les seves pròpies atencions:

El càncer, quedarse ciega, la diabetes ataca a la vista, las piernas también, que no pueda caminar (ED13, dona, 44 anys).

Verme empotrado, no valerme, los pies, las manos, verme en una cama, porque veo a mi madre así, lo estoy viviendo y así no podría vivir, me quitaría la vida (ED18, home, 41 anys).

Les malalties d'índole mental i psíquic també apareixen, pel fet que invaliden la persona per prendre decisions: *la cabeza, que te falle la cabeza te falla todo, si te falla ya te falla todo, no, no hay vida* (ED06, dona, 40 anys).

Altres anomenen qualsevol malaltia que involucri els òrgans principals: *els pulmons, el pit i el cap, de malalties el càncer, el que més por el càncer* (ED17, dona, 37 anys)¹⁴⁷.

També la sida: *la esquizofrenia, el sida, a eso ni acercarme* (ED20, home, 32 anys).

Alguns la por no la situen directament en una malaltia, sinó en les conseqüències que es puguin derivar de la pràctica de tècniques diagnòstiques, terapèutiques o de rebre alguns tractaments mèdics, és a dir, la iatrogènia. El testimoni següent no era partidari que li administressin transfusions de sang per por que li poguessin transmetre altres malalties:

¹⁴⁷ Solano & Siles (2005) també destaquen els sentiments de por, temor i preocupació en un treball en l'entorn hospitalari en malalts que han patit un infart cardíac.

No, no ho veig necessari que em facin coses, em van fotre dos vies a la ma, vaig dir clarament no em foteu sang, no em foteu sang, perquè em fot por, un VIH, el que sigui. Tinc una cosina germana que a l'hospital x (va tenir un accident molt fort de cotxe), és de la bona li van dir els companys...però va tenir problemes. A mi amb sèrums, amb vitamina K, amb ferro, el que sigui. Els metges et diuen no passa res, però a mi un metge em va dir que no es pot assegurar, que no hi ha la garantia, no existeix ni avui en dia, va un ionqui, un d'allò, una persona ben vestida dóna sang i...(ED05, home, 45 anys).

També a través de la por es defineix la malaltia:

La salut física és l'absència de dolor, la salut mental és l'absència de por. Ara el que tinc és por d'operar-me d'apendicitis. La por és el contrari de la felicitat, això ho diu el Punset (Q205, home, 36 anys).

Quan l'entorn familiar o una persona propera ha patit una malaltia, sobretot si el resultat es percep negatiu, augmenta la por que pugui succeir el mateix. En algunes persones la por i el temor al càncer els ha acompanyat al llarg de la vida. Primer la por a la possibilitat de patir-lo, es fan tots els controls necessaris i *respirant tranquil* cada vegada que el resultat és negatiu. Quan malgrat haver realitzat tots els controls apareix la "temuda" malaltia, llavors comença la por sobre les incerteses i el futur:

Por a estar malalt d'una cosa normal no n'he tingut mai, a patir això que em passa ara sí. Tenia por, però que em passés com m'ha passat...em pensava que no seria de pròstata. Feia molts anys que m'ho controlava, des del meu pare; i el lloc menys pensat ha estat el que he tingut. A les revisions sempre em deien perfecta, perfecta... fins que un dia ja no va ser tant perfecta. Ara a l'estiu farà quatre anys. Uns controls que no han servit per res, per res, ja ho veus (ED10, home, 64 anys).

A més, la por al càncer no és sols a la malaltia en si mateixa. Alguns temen encara més el tractament a què hauran de sotmetre's. Si la probabilitat de curar-se del càncer pot ser viscuda com a possible, es passa a tenir més por per les conseqüències d'uns efectes secundaris que no s'esperaven, que poden ser viscuts amb més angoixa que la malaltia. Altres recalquen les pors a les possibles metàstasis, les quals causen més temor i afegeixen un nou problema que pot provocar encara més pànic i aprensió que el diagnòstic inicial:

La malaltia en si potser no és el pitjor, perquè estic convençut que ara actualment els tractaments que hi ha són molt efectius i molt bons. El que em preocupa més són els efectes secundaris, no? que la malaltia. De la malaltia jo estic convençut que em netejaran i punto, i es curarà. Potser estava preparat perquè em diguessin la malaltia que tenia, però no estava preparat pels efectes secundaris que m'han dit que em quedarien (ED15, home, 51 anys).

La por també apareix quan es presenta un símptoma que pugui coincidir amb una malaltia que ha patit algú proper, en especial si es tracta d'un tumor. En aquest sentit, un exemple de la por a un dolor és la cefalea; possiblement és dels que més preocupa. En aquests casos, es pot relacionar ràpidament amb un tumor o amb una

hemorràgia cerebral, i salten totes les alarmes davant de la seva aparició. La por a la cefalea possiblement augmenti pel fet que es tracta d'un òrgan que, tot i que la persona pot continuar en vida, pot deixar de tenir plenes facultats cognitives, consegüentment perdre la condició de "ser persona".

En les pors, un fet que hi contribueix són els consells dels professionals i de les campanyes publicitàries i sanitàries que insisteixen que cal estar molt atents als nous símptomes. En el capítol anterior vèiem com aquest era un dels motius de les assistències al SUH, una consulta encaminada a obtenir una resposta que *et deixi tranquil* (a), que aquell símptoma no té cap transcendència. D'aquesta manera, un problema que pot ser "banal" des del punt de vista mèdic es converteix en una gran angoixa i provoca un malson, que s'incrementa si es té guardada en la memòria el record d'una malaltia d'un mateix o d'un conegut:

Como yo soy informático si me duele la cabeza yo no sé si puedo tener un tumor, porque tengo un compañero que le dolía mucho la cabeza y al final se está muriendo de un tumor cerebral. A ver, no siempre tiene que ser así, pero si uno sabe las cosas le pone remedio, si no las sabe pues hay que ir a donde hay gente que sí sabe, y para eso pagamos una seguridad social (ED21, home, 55 anys).

En aquest sentit, Sumalla, Castejón, Ochoa & Blanco (2013) sostenen que la creació d'un enemic i d'una necessitat afavoreix a l'hora d'obtenir l'objectiu pretès, i com instaurant por és més fàcil assolir el resultat que es busca¹⁴⁸. Així, el relat del càncer és el d'un enemic que s'ha d'estar sempre pendent de mantenir ben allunyat. Les experiències que relaten les persones que l'han patit, que són negatives en la majoria dels casos per la duresa dels tractaments o per l'aparició de metàstasis, condueixen a una por extrema i paralitzant. Per tant, cal buscar una resposta tranquil·litzadora el més aviat possible acudint ràpid a una consulta.

Un altre tipus de por que ha aparegut és a "fer-se gran": *el que em fa por és a anar-me fent vell* (a), no és ja solament la por a "ser" vell, sinó a transitar pel camí cap a la vellesa. La por és cap a les conseqüències inevitables de la decadència del cos físic. En aquest sentit, hem vist anteriorment que la salut es relaciona amb la joventut i la vellesa. També Olvera & Sabido (2007) defensen que el procés d'individualització modern ha radicalitzat els temors i les pors especialment a l'envelliment, a la malaltia i a la mort; així, no es tem solament el fet de ser vell sinó de pensar que un es pot fer vell. Els autors sostenen que les pors davant

¹⁴⁸ "Así, ya en sus fases iniciales, la cruzada contra el cáncer necesitó de la presencia de un formidable enemigo para justificarse; la experiencia de un cáncer como catástrofe que afecta a un creciente sector de la población constituye una constante en nuestra relación histórica con esta enfermedad" (Sumalla *et al.* 2013, p.13).

d'aquests processos adquireixen sentit segons els marc interpretatiu construït històricament, però al mateix temps aquestes pors construeixen la mateixa societat.

Un exemple de les pors a fer-se gran i allò que pugui succeir, alguns informants ho han expressat amb *millor viure a prop de l'hospital, en aquestes edats que et pot passar qualsevol cosa millor tenir l'hospital a prop* (a), a l'hora d'escollir un lloc per anar a passar les vacances. Ho han manifestat persones amb malalties cròniques i també persones grans sanes. Aquests casos són un exemple més de com la por pot coartar la llibertat, supeditar la vida i forjar dependència vers el sistema sanitari, creant així la necessitat d'estar en tot moment a prop d'un hospital com un lloc per a *la salvació*.

Com vèiem en l'apartat del dolor, s'esmenta poc el dolor físic que es té en aquell moment, i es posa l'accent en les pors a patir-lo en el futur. Així, alguns reconeixen que temen més el dolor que la mort en si mateixa pel fet que *tenim marcat el moment de morir* (a). També Le Breton (1999) assenyala aquest aspecte, uns testimonis ho defineixen així:

Si tinc por d'estar malalt? no, no tinc por d'estar malalt. És que ja...ja t'ho explicaré d'un altre manera. No tinc por a la mort, vull dir no em fa por la mort, crec que arribarà quan tingui que arribar i punt. No tinc por a la malaltia perquè estic convençut que el dia que naixem i el dia que morim el tenim marcat ja de principi, vull dir que no canviaria. Per això no em fa por la mort, em fa por patir, em fa por que em faci mal aquella malaltia, però el que és la malaltia no em fa por (ED15, home, 51 anys).

A estas alturas ya no tengo miedo de nada. Yo creo que cuando llega el momento que uno tenga que morir no lo sabes, pero yo miedo ahora mismo no, angustia no (ED21, home, 55 anys).

També contribueix a crear por el fet que s'explica la malaltia, especialment, des de l'àmbit mèdic com un "enemic que cal batre" o uns "bitxos" que ens ataquen. L'ús d'aquest llenguatge bel·licista propicia les pors; en conseqüència, cal protecció i defensa.

La por es pot infondre des de moltes esferes, i amb les informacions que es donen des de qualsevol àmbit se'n poden generar o es poden apaivagar. Jodelet (2011) destaca com els mitjans de comunicació poden infondre por a través de les imatges, i amb la manera com donen la informació les poden manipular. La manera com s'informa i com s'explica l'abast i les conseqüències que es "creu" que "presumptament" poden tenir els símptomes o la malaltia fa que es generin més pors o es mitiguin les que es tenen. Les informacions que es basen en estadístiques

i es presenten com a certes en aquell cas concret, poden desencadenar una espiral d'angoixes i de pors d'abast incommensurable. En aquest sentit, alguns testimonis han afirmat com, a partir d'una informació, va aparèixer la por:

M'han fet una ecografia i m'han dit que està tot bé, però que per més seguretat s'hauria de fer una biòpsia, però no m'he la faran perquè el metge creu que no val la pena (A).

En un sentit gairebé idèntic a aquest testimoni s'hi ha referit també algun professional. En aquests casos, el fet que el professional informi que per *més seguretat* s'hauria de practicar una biòpsia i no dur-la a terme, la persona ho pot interpretar de diverses maneres, i una de probable és que ho visqui amb por i com una amenaça constant que *el mal* li augmenti en *qualsevol moment i no sigui a temps de fer res (a)*.

Altrament, Morin (1993) sosté que, com a defensa a les pors, hi ha el que anomena les "antipors", que són mecanismes de defensa en situacions que causen pors i temors, amb què l'individu es protegeix. L'autor assenyala que es fa amb estratègies de rituals com les salutacions, la cortesia, preguntar com es troba, aferrar-se a les tradicions, a la identitat o la reafirmació del vincle; totes tenen una funció tranquil·litzadora davant el que es pot percebre com una amenaça. A més, Boscoboinik (2016) destaca que les pors són miralls en els quals es reflecteixen els valors, les representacions, les creences, les idees, i altres elements de la societat.

En els espais assistencials la por sovint es fa palpable. Ho observem quan algunes persones hi entren i ja demanen ràpidament una mascareta protectora. El seu argument és que *estic refredat i no el vull contagiar (a)*, referint-se al malalt que van a visitar. Igualment, davant d'una mateixa situació, un professional es posa la mascareta i un altre no. Però les referències a *aquí està ple de bitxos* hi són habituals. En aquestes situacions posar-se una mascareta tant pot obeir al fet d'estar refredat i voler protegir el malalt com ser l'excusa per la por que té un mateix a contagiar-se. Aquestes pràctiques segurament obeeixen a comportaments d'"antipors"; la persona es protegeix amb allò que té al seu l'abast. A més a més, sabem que la por es transmet d'una persona a una altra, i es poden desencadenar situacions que Tizón (2011) anomena "histèria de masses"¹⁴⁹. Com a partir d'un fet

¹⁴⁹ "Un gest, una posició, una paraula, només una brillantor d'ulls, poden servir per a comunicar la por i facilitar la defensa somatitzada davant seu, com s'ha pogut observar una vegada i una altra en unitats de l'exèrcit, escoles, concentracions d'adolescents, festivals de la cançó...i fins i tot en hospitals" (Tizón, 2011, p. 44). A més, Tizón (2000) descriu una d'aquestes situacions d'histèria de masses en un col·legi de Barcelona davant del que es creia que era una episodi de sarna.

insignificant, moltes persones poden entrar en un estat de por que desencadena la somatització de símptomes. De fet, el mot *por* és sovint utilitzat pels professionals en situacions incertes i desconegudes.

Tanmateix, els professionals també tenen pors, i posen en marxa mecanismes per defensar-se'n. Altrament, la legitimitat i autoritat de què gaudeix la professió mèdica pot portar a pressionar el malalt. En aquests casos, infondre por és una pràctica que es dona en el sistema sanitari. L'exerceix el col·lectiu mèdic, també els altres professionals. En els casos en què el malalt es resisteix a acceptar ja sigui un tractament, una intervenció o la pràctica d'una tècnica, el professional pot induir a la por per convèncer-lo. Així, trobem expressions com: *deixa'm que li doni una bona dosi de por i ja veuràs com accepta; si no menja, si no orina etc. li haurem de posar una sonda que li farà mal; vostè sap que si fa tal cosa, o vostè sap que si no la fa, s'exposa a x'*. Aquestes pressions poden obeir en ocasions a un interès professional. Tanmateix, altres s'han de contextualitzar en l'esfera de les "antipors" (Morin, 1993). En aquests casos, els professionals poden témer per les conseqüències que es derivin de no haver realitzat una determinada actuació o pràctica, conseqüències que, a més d'afectar el malalt també els poden perjudicar a ells, pel fet que el sistema els podria acusar de no haver actuat amb la màxima diligència, fins i tot judicialment.

Aquests comentaris els professionals els poden fer carregats de "bones intencions", creient que és el millor per al malalt, però poden ser una sentència per a qui els rep i enfonsar-los anímicament i emocionalment. En aquest sentit, Tizón (2011) defensa que actualment el personal mèdic ha substituït els clergues, i són aquests professionals qui imparteixen i administren la por, tot i que pugui ser de manera inconscient.

La por també és un punt de partida de la medicalització. En aquest sentit Tizón (2011) defensa que els protagonistes màxims en són els metges i el personal sanitari. Altrament, en l'àmbit mèdic també hi ha veus crítiques amb l'excés de por que s'està inculcant. Casado (2017)¹⁵⁰ denuncia aquest fet exemplificant-lo amb les recomanacions habituals que fa l'estament mèdic de dur a terme més controls o d'acudir al metge al mínim símptoma. En aquest sentit, a les sales d'espera de les consultes externes els monitors mostren la frase *consulti un professional avui, no*

¹⁵⁰ <http://www.nogracias.eu/2017/02/02/el-miedo-a-lo-desconocido-en-el-ambito-de-la-salud-por-salvador-casado/>

ho deixi per demà. Aquesta expressió reforça la idea de la màxima tan popular *val més prevenir que curar*, però sobretot contribueix a l'augment de la por, indueix cap a la dependència del sistema, resta autonomia i recorda a les persones que no tenen coneixements sobre la seva salut/malaltia; per tant, elles no poden decidir i han de consultar-ho ràpidament. A més, Gérvas & Pérez (2014) recorden la por que han generat en moltes persones les campanyes de prevenció sobretot en el càncer sense un benefici clar en els resultats. Porroche-Escudero (2016) també sosté que es recorre a la por, i el camp del càncer és especialment sensible. Altres autors com Moynihan *et al.* (2002b) i Marmot & Wilkinson (2006) també exposen que els estats d'ansietat són un dels fets irrefutables que condicionen la salut.

6.2.7. Perills, riscos i vulnerabilitat

Uns altres factors que apareixen amb força en les vivències i percepcions en la salut/malaltia són el perill, el risc i la vulnerabilitat. Torralba (1998) assenyala que les societats post-industrials i massificades són entorns més propicis per sentir-se vulnerable, i Le Breton (2012) sosté que quan l'ésser humà s'ha apartat de l'essència de la naturalesa, s'ha sentit més fràgil i indefens.

Uribe (2009) distingeix entre *perill* i *risc*. El perill el defineix com allò que pot succeir o no; en canvi, el risc remet a condicions que van unides a fenòmens considerats negatius. Així, el risc se situa en un esglai superior al perill¹⁵¹. En aquest sentit, Castel (1986) i Uribe (2009) defensen que el discurs del risc és una estratègia política potenciada des de les estructures de poder i que el sistema sanitari i els professionals estan plenament compromesos en el seu objectiu.

Una de les situacions de viure aquest perill o risc sobre la salut/malaltia l'hem vist en les definicions d'*urgència* i *gravetat*, com allò que hi ha al darrere és la percepció del perill o risc davant d'una situació que es percep incerta, i és un motiu per acudir al SUH. Aquesta sensació de perill o risc davant d'un problema, en ocasions és real ja que pot afectar greument la vida, però també pot ser subjectiva, en el sentit que no la posa en perill; però encara que sigui subjectiva, si la persona la percep com a real, sent una *necessitat* que viu intensament com a real.

¹⁵¹ Uribe sosté que utilitzant la paraula risc en lloc de perill s'aconsegueix un efecte retòric que dona neutralitat, àurea de ciència i la impressió que es pot realitzar un càlcul més precís de la situació.

Així, per tal de no sentir perill o risc, les persones poden estar disposades a fer tot allò que sigui necessari fins als límits màxims dins de les seves possibilitats, Nichter (2006) ho anomena "reducció del dany". L'objectiu és reduir els riscos, danys o control de la salut i vida. En aquest sentit, alguns informants hi han definit la salut, els quals insistien que sentir-se saludables depèn exclusivament de factors com una dieta equilibrada al màxim i fer molt exercici físic. En alguns testimonis aquests temes eren reiteratius durant l'entrevista: *salut és fer esport, no fumar, no beure, menjar sa* (Q111, home, 23 anys). Aquesta percepció de salut també s'enquadra amb el que proposa Otegui (2002), que la salut és un producte de la concepció moderna i lligada a la ideologia neoliberal, la qual fa directament responsable l'individu sense tenir en compte els altres factors.

Percebre risc o perill són factors que augmenten la sensació de vulnerabilitat i fragilitat. Aquesta vulnerabilitat pren especialment cruesa davant de la malaltia, en especial quan s'albira un futur proper incert:

Tengo miedo al futuro, cada vez mi cuerpo está más adaptado a las pastillas, no veo mi futuro muy largo, está feo decirlo pero a veces pienso que quiero dejar las pastillas. Yo ahora llevo bastón, antes no llevaba, aunque me encuentro más agarrado con la muleta... Cuando hablo con la gente, como hablo como hablo, pues la gente dice este tío va borracho, pero mira, la gente que piense lo que quiere. La gente pregunta: ¿qué le pasa al Pedro? Rita les dice: pues le ha salido una mancha en la cabeza que le hace perder el equilibrio... Me han dicho que a lo mejor me tienen que operar más adelante, si supiera que es para bien, pero sino... (ED08, home, 54 anys).

Altres senten vulnerabilitat en cada moment:

Tengo la obsesión que cualquier día no amanezco de la cama (plora)... Cuando me tomo las pastillas pienso si al día siguiente estaré o no estaré. Tengo mucho miedo, todas las noches pienso que me puedo morir, con esos calores que me dan, que me suben para arriba a mí me da algo, como a mi madre le dio lo de la tensión, digo a mí me da algo (ED03, dona, 44 anys).

També se'n sent especialment davant de situacions que la persona creu que ningú la podrà ajudar o davant de circumstàncies adverses que no podrà controlar. Al darrere d'aquesta sensació de vulnerabilitat s'hi amaga por a una situació que es tem. En aquest sentit, Boscoboinik (2016) defensa que la por és allò que ens fa sentir vulnerables i fràgils.

En els moments que la vulnerabilitat es fa més palesa és en els processos que se saben greus o incerts, també en els fenòmens que són mediàtics i que generen alarma social, com l'episodi de grip A (2009-2010). L'angoixa i la por la varen patir moltes persones, però les que més intensament van ser les que tenien patologies cròniques. La insistència dels mitjans de comunicació i dels professionals que eren un "grup de risc molt especial", augmentava el seu sentiment i percepció de

debilitat i vulnerabilitat. Algunes persones creien que formaven part d'aquest grup; consegüentment tenien més probabilitats d'emmalaltir i morir, sentint-ho de manera punyent, i aquest fet en va portar algunes a no sortir al carrer:

Hombre me preocupaba en el sentido de que yo tenía problemas de bronquios, y a mí me lo había dicho la doctora. No me pudieron poner la vacuna ni de la gripe ni de la gripe A, porque caí enseguida, es que cogí la gripe, no la solté y ya tuve el ingreso. Me preocupaba por lo que decían que era mala, que la gente se moría. Pero últimamente ya casi no salía, salía aquí a la casa (EG03, dona, 49 anys).

Nichter (2006) parla de "vulnerabilitat acumulativa" en casos de patiments en estat latent, que quan es donen les circumstàncies adequades, s'agreugen. El testimoni següent era una persona molt obesa i ja estava estigmatitzada per aquesta causa, però en aquest episodi de grip la insistència dels professionals retraient-li la seva obesitat la van portar a sentir-se més vulnerable i culpable de la seva obesitat. Un fet que ell intentava negar insistint que sempre s'havia sentit sa. Aquest home estava en desacord amb el punt de vista mèdic sobre l'obesitat que tenia; tanmateix l'autoritat que emana dels professionals el portava a sentir-se desacreditat i menystingut en els seus raonaments. Aquest factor era cabdal per a ell pel fet que va ser un tema recurrent durant tota l'entrevista:

Se puede achacar que yo pesaba mucho, claro, vida sedentaria, pesaba mucho, pero bueno, se puede achacar entre comillas. Sí, se dice mucha culpa es la obesidad, pero el que nace gordo se muere gordo, y el que nace delgado se muere delgado. Yo eso no se lo achaco a la enfermedad, pero bueno, si los médicos dicen que sí pues sí, ellos sabrán más que yo, pero bueno, tienen una carrera, unos estudios...Yo no lo tengo, pero depende, sobre lo que yo sé o lo que yo entiendo yo no lo achacaría al peso, que ellos dicen que sí afecta, pero...Yo en parte sí, pero bueno, hay que morderse la lengua, ya está (...). Un hombre con 1.87 de alto y con la estructura del cuerpo que tengo yo jamás voy a llegar a los 87 kilos, porque si de niño ya no lo hacía porque la estructura del cuerpo ya era así, la estructura del cuerpo de uno es la que es. Soy un hombre normal, lo único que otro se pone unos pantalones y le quedan bien, yo me los pongo y parezco eso...(EG02, home, 46 anys).

En aquest sentit, Barrett & Brown (2008) defensen que els episodis de grip s'estigmatitzen i tenen conseqüències negatives en les persones vulnerables; així, les informacions dels mitjans de comunicació sobre les conseqüències d'aquests episodis contribueixen a la percepció de vulnerabilitat en la població sensible.

La malaltia també s'ha definit a través de la vulnerabilitat i precarietat que sent l'ésser humà *per se*, *emmalaltim per què som humans* (a) o *quan estem bons ens oblidem d'això* (a). Duch (2002) també assenyala que pel sol fet de viure estem exposats a malalties, i això se sol oblidar; vivim com si això no ens pogués passar.

D'altra banda, hem après que la malaltia pot ser l'avantsala de la mort i aquí és on pren especial significació la vulnerabilitat. Foucault, però, ho planteja en els

termes inversos: "no es que el hombre muera porque ha caído enfermo; es, fundamentalmente, porque puede morir por lo que llega a estar enfermo" (Foucault, 2007, p.213). Per Heidegger, l'home és un ésser en relació amb la temporalitat i la mort, i amb la mort del pròxim és quan es pren consciència de la pròpia finitud i s'experimenta l'angoixa de ser temporal. Aquesta vulnerabilitat i temporalitat es posen de manifest de manera virulenta en els espais assistencials. Expressions com *no som res* o *aquí hi som sols de passada* hi prenen rellevància i dramatisme.

6.2.8. Estrès, patiments i lluites

La malaltia també s'explica en factors com el patiment, l'angoixa o l'estrès. Aquests elements tenen escassa rellevància en el camp sanitari. Això no obstant, alguns professionals ho reconeixen, així com les conseqüències i repercussions que tenen en la salut; però es defensen més fora dels espais assistencials i oficials¹⁵².

Alguns informants defineixen la malaltia com la situació que els causa *un patiment constant*, entenent el terme *patiment* com una situació que els hi provoca molt estrès, ansietat o angoixa: *salut és el principal a la vida, malaltia és patiment constant* (Q018, home, 51 anys).

En alguns casos no hi albiren una sortida fàcil o ni tan sols una sortida. Aquesta situació d'estrès la pot patir la persona malalta o les del seu entorn:

Yo he tenido que ir muchas veces por ansiedad, una ansiedad muy grande, te derrumbas cuando tenemos esos problemas con Rosario, no tengo otra salida que ir a que me den alguna cosa. Me siento impotente y no sé lo que puedo hacer, una ansiedad muy grande y me tienen que llevar (ED13, dona, 44 anys).

Aquest patiment es pot sentir de diverses formes, en ocasions com una esclavitud: *ets presoner del teu propi cos* (a) o *salut es una suerte, no esclavizarse por enfermedades* (Q176, dona, 89 anys). En aquests casos les persones senten que viuen en un cos que no els permet la llibertat que desitgen. També Le Breton (2012) assenyala que la persona se sent ostatge del seu cos.

Algunes persones defineixen i viuen la malaltia com una *lluita constant*, és una situació que es va presentant al llarg de la vida i cal fer-hi front contínuament o les vegades que calgui: *malaltia és anar al metge, agafar-te al que et donen, fer-te forta*

¹⁵² <http://www.lavanguardia.com/lacontra/20160211/302069827488/el-poder-de-la-mente-sobre-el-cuerpo-es-ilimitado.html>
<https://www.elperiodico.com/es/sanidad/20170718/pere-gascon-el-estres-emocional-cronico-puede-iniciar-el-proceso-de-un-cancer-6176396>

i dir vull lluitar, vull lluitar, per mi és això (ED19, dona, 74 anys). En aquestes situacions, les malalties signifiquen obstacles que van apareixen i s'han d'anar superant, són experiències de lluita constant *al llarg del camí de la vida, aixecar-se i tornar a caure* (a).

Altres creuen que a l'estrès s'hi pot fer front i es pot superar, que depèn molt de l'actitud que té cadascú:

A mí la vesícula me la quitaron por problemas de separación, de nervios, de estrés, todo depende de las creencias de cada uno, todo es cuestión de actitud de la persona (ED21, home, 55 anys).

A l'estrès que ja comporta la malaltia *per se* s'hi afegeix el que generen els espais hospitalaris, en especial en aquells casos en què no s'estava convençut d'acudir-hi. Es tracta d'espais que no sempre creen el marc idoni per a una bona interacció i comunicació: *saps que aquí estàs sol en el teu patiment* (a). Per apaivagar els patiments, angoixes o la solitud, alguns malalts sol·liciten contínuament l'atenció dels professionals i ho fan de múltiples maneres. Un exemple és tocant el timbre sovint perquè el personal d'infermeria hi acudeixi, i ni que sigui per un moment tenir companyia, algú amb qui parlar o per clarificar dubtes que contínuament es presenten, dubtes i pors que els obsessionen i tenen la necessitat de parlar-ne. En aquest sentit, Allué (2004) exposa aquesta solitud i falta de suport en aquests espais.

Tanmateix, no tots els malalts viuen l'estada hospitalària com una font generadora d'estrès. Alguns s'hi senten còmodes i reconfortats, fins i tot formen part de la seva vida de forma positiva. Quan vaig dur a terme els qüestionaris en el servei d'urgències dos usuaris van manifestar amb orgull que *a l'any 1987 vam inaugurar el servei d'urgències i hi vam passar la primera nit*, posteriorment hi havien acudit més ocasions. A l'any 2013 tots dos hi van tornar i varen coincidir en dues lletres una al costat de l'altra; això va fer que es poguessin reconèixer, la qual cosa va un ser motiu d'alegria i per compartir experiències. Per alguns malalts, ingressar a l'hospital els porta confiança i tranquil·litat; per ells és com estar al seu domicili; en aquest sentit es solen fer bromes entre els professionals i els malalts: *això ja és com si fos casa seva* (p) o *això ja és casa meua* (a). Aquestes persones senten una gratitud immensa per *tot el que es fa per nosaltres*.

Una altra qüestió és la realització de múltiples proves diagnòstiques i teràpies, que es pot viure amb molt estrès o positivament si és allò que la persona desitja. Comentaris com *m'han fet moltes proves, estic molt content* (a), ens diuen que

l'usuari està satisfet amb tot allò que li han realitzat, i creu que és allò que *s'havia de fer*. En canvi, altres viuen negativament i amb molta angoixa cada vegada que han de sotmetre's a una prova o tractament. En aquest sentit, Christakis (2004) defensa que els impactes que tenen les intervencions mèdiques poden ser positius si van acompanyats de milloria, i negatius si són acumulatius i sense percepció de solució.

6.2.9. El cos com una màquina

El cos i la salut també es relacionen amb el món de les màquines i sovint s'hi compara el cos físic: *el cos és una màquina perfecta, però a vegades també s'espatlla* (a). En aquest sentit, Le Breton (2012) destaca el fet que no es compara la màquina amb el cos, sinó el cos amb la màquina. En aquesta comparació, el valor i la importància es dona a la màquina: això s'ha d'interpretar que el cos queda subordinat i relegat a una posició menys rellevant. Segurament, aquesta percepció és el resultat de l'actual paradigma científic, que és mecanicista, el qual considera l'univers i l'ésser humà com màquines¹⁵³.

I si el cos es compara amb una màquina, la salut és el motor que la fa moure i funcionar: *la salut és el motor de la vida* (Q043, dona, 81 anys). Per aquesta informant, la salut és la màquina que li permet viure i sentir-se viva.

Aquesta relació del cos amb la màquina ha augmentat amb la incorporació de les noves tecnologies i biotecnologies al món de la salut/malaltia. Les tècniques diagnòstiques ens diuen allò que ens passa, i les tecnologies han passat a formar part del tractament de les malalties com són la implementació de pròtesis, marcapassos, microprocessadors o xips. Aquestes noves tecnologies han contribuït i potenciat, encara més, que el cos es consideri una màquina o la seva extensió. Helman (2001) assenyala que la tecnologia mèdica es pot percebre com una extensió dels sentits i de les funcions sensorials, i es deixa de mirar i interactuar amb la persona:

Quan entres a la consulta el metge mira l'ordinador, no et mira a tu (A).

La ciència i la tecnologia no son res davant la naturalesa i les persones (...). A vegades no és només el temps, és la complicitat és...no et miren a la cara. La doctora que teníem fins ara no sé si li anava massa bé el sistema informàtic, però tu estaves

¹⁵³ Aquest paradigma actualment s'està repensant, els avenços en el camp la física quàntica estan iniciant també noves maneres de pensar sobre l'individu i les seves relacions amb l'univers i el món quàntic. Tanmateix, aquestes noves maneres de pensar i teories coincideixen amb algunes corrents filosòfiques que han acompanyat sempre a l'ésser humà.

allà i ella tota l'estona mirant l'ordinador, de moment ja et receptava i no és això el que de vegades vols, no, no és això el que vols (E04, dona, 55 anys).

Així, ens trobem amb la dicotomia i contradicció que, d'una banda, diversos informants expliquen que troben la mancança d'interactuar més amb els professionals i la calidesa de les relacions humanes. De l'altra, ens trobem que alguns serveis hospitalaris, com la UCI o el servei d'urgències, que disposen de monitors que mostren les constants vitals del malalt, quan hi entren alguns familiars poden estar més expectants del monitor que de la persona que està al llit. En aquests casos la màquina s'ha convertit en una extensió de la persona i fins i tot l'ha substituït. Es deixa de mirar el cos per prestar atenció a la màquina. És allò que ha esdevingut important.

També Haraway exposa les complexes relacions entre ciència, tecnologia i societat. Considera que les noves tecnologies han incorporat noves maneres de veure'ns a nosaltres mateixos i reflexiona sobre on se situen les fronteres entre l'ésser humà i la màquina: "A finales del siglo XX –nuestra era, un tiempo mítico-, todos somos quimeras, híbridos teorizados y fabricados de máquina y organismo; en unas palabras somos cyborgs" (Haraway, 1995, p. 254).

En resum, es posa de manifest la necessitat de la tecnologia, que cada vegada és "més imprescindible", amb també la necessitat més humanística de l'atenció i de relació entre les persones, que igualment, cada vegada esdevé "més imprescindible". La persona desitja la vessant tecnològica però alhora li manca i anhela la calidesa humana. Segons els testimonis, les relacions humanes són necessàries i insubstituïbles per les màquines; així doncs, són dues esferes que s'han de complementar sense estar contraposades.

6.2.10. Normalitat, equilibris i reptes

La salut també és *normalitat*, la normalitat implica equilibris i reptes constants. Així, tenir salut es relaciona amb fer una *vida normal*, entenent per *vida normal* dur a terme les activitats que es senten pròpies i acceptables en aquell moment, i en cada persona són diferents. Les que més es mencionen són treballar, estudiar, fer les tasques domèstiques, fer esport, senzillament passejar o valer-se d'un mateix per a les funcions bàsiques de la vida diària, i que es puguin dur a terme de manera autònoma i independent:

Salud es estar bueno, enfermedad es no poder limpiar, si no puedo limpiar estoy enferma; soy muy activa (Q027, dona, 76 anys).

Malaltia és trobar-se que no pots fer qualsevol activitat com treballar, estudiar etc. (Q111, home, 23 anys).

En aquest sentit, Duch & Mèlich (2005) assenyalen diverses maneres de sentir la corporeïtat, i com la persona percep salut o malaltia en funció de si el seu cos pot dur a terme les activitats que desitja.

Tanmateix, hi ha diferents maneres de definir la *normalitat*. Per alguns: *salud es tener un puesto de trabajo y una familia que le quiera (Q148, home, 49 anys)*, és a dir, quelcom tan senzill i simple com aquesta definició, tal com ells mateixos han assenyalat.

La salut i la malaltia també es relacionen amb tenir *equilibri*, sigui amb relació al cos físic o mentalment o emocionalment:

Salud es llevar una vida equilibrada; enfermedad es complejo, se puede estar enfermo del cuerpo y de la mente (es lo peor), ahora empiezo a preocuparme (Q092, home, 54 anys).

Un altra manera de definir la malaltia és en relació a un canvi que apareix que trenca la normalitat que es tenia fins a aleshores: *salud és trobar-se bé i no tenir cap malaltia diagnosticada, malaltia és un canvi de vida (Q041, dona, 31 anys)*.

Depenent de l'esfera afectada i de la importància que l'individu l'hi dona, o si el canvi es preveu *radical*, es percebrà un grau més o menys alt i profund de malaltia:

Tenir salut és sentir-se bé, el trobar-se bé que no et faci mal res, jo és que casi tots els meus problemes no han sigut de salut a nivell físic. Ara sí que en tinc un de greu, però fins ara han sigut més psicològics que no pas el que és de salut del cos, ara sí, ara tinc un càncer de pròstata i estic en el tema...Estar malalt està significant que m'espera un canvi a la meua vida important després de la operació (ED15, home 51 anys).

Aquest testimoni últim creia que l'afectació física que tenia en aquest moment podia revestir més gravetat que els problemes anteriors que eren d'ordre psicològic, els quals, en aquell moment, considerava de menys importància comparat a allò que li podia succeir en el futur. Tanmateix, aquests canvis admetia que també l'afectarien emocionalment.

Una altra forma de normalitat i salut és *sentir-se actiu* a la vida, i aquest sol fet ja és suficient per considerar que es té salut. En algunes situacions, aquest no sentir-se actiu agafa una dimensió més profunda i pot implicar *sentir-se abolit* com a persona, la qual cosa pot fer quedar al marge del grup al qual es pertany:

Salud es que uno se encuentre activo en la vida, que no tenga enfermedades, enfermedad es cuando tienes una que te tiene abolido, no sales de ahí, que tú tienes cosas para hacer y no puedes hacerlas (Q075, home, 72 anys).

Com hem vist, es percep malaltia quan apareix un trastorn i la persona es veu incapaç de dur a terme les activitats que anava fent fins a aquell moment. Tanmateix, en el cas que el problema se solucioni de manera parcial, i la persona pot dur a terme algunes funcions, tot i que no siguin totes les anteriors, si ella s'hi adapta i accepta la situació, pot tornar a sentir que té salut, encara que hi hagi un retrocés en algunes capacitats físiques:

Quan m'ho van dir em va caure el mon a sobre, però ara ja he après a viure amb aquesta malaltia, i no em considero malalta d'una enfermetat que m'impossibiliti, no, he après a viure amb això i visc amb això (E17, dona, 63 anys).

Canguilhen (1971) defensa que la malaltia no és una variació en la dimensió de la salut sinó que és una nova dimensió de la vida. I en aquest sentit ho viuen i ho defineixen algunes persones, acceptant que la vida té *moments de tota mena*. El fet que la nova situació els permeti *ser actives* dins d'unes noves possibilitats, encara que no sigui de la mateixa manera que abans, si s'accepta, els permetrà tornar percebre que es té salut:

Bueno, jo no em considero una persona malalta eh, jo soc una persona que no puc fer una sèrie de coses, però malalta, tampoc vull que em tractin com una persona malalta. Vull dir jo intento lluitar cada dia per no sentir-me malalta, es que això de dir-te malalta és com dir-te estàs fora del camp dels demás, vull dir ets diferent als demás. Jo intento no considerar-me una persona malalta, dintre del límit, soc conscient del què tinc, és clar (E02, dona, 43 anys).

Alguns testimonis posen l'accent en *ser actiu* per definir la salut, cosa que significa sentir-se útil als altres en alguna esfera. En aquests casos, tot i que la persona pugui necessitar ajuda, però si alhora ella en pot oferir als altres, pot ser suficient per sentir-se bé i amb un cert grau de salut, tot i les circumstàncies adverses que viu. El problema pot sorgir si la persona que rep ajuda desitja també oferir-ne i la seva condició no li ho permet. En aquestes situacions que no es pot oferir ajuda, alguns ho accepten i defensen que *nosaltres ja hem fet tot el que havíem de fer*; per contra, altres ho viuen de forma ben diferent, i la seva sensació és que *som una nosa* per les persones de l'entorn. Les expressions *som una nosa* ens diuen que se sent que no s'està en igualtat de condicions amb els *altres*, i que la seva presència dificulta la vida dels éssers més propers, malgrat que *fan esforços* per tal que se sentin bé, però adaptar-se a la situació no és fàcil. Le Breton (2012) assenyala que al discapacitat no se'l considera subjecte. Per tant, si un se sent *una nosa* ens diu que no se sent un subjecte de dret.

També expressions com *estar fora dels camp dels altres* o *estar fora de joc* ens diuen que la persona pot sentir-se allunyada del seu grup familiar/social a causa de la malaltia. En aquest sentit, Hernando (2018) assenyala la importància de la pertinença a una comunitat. L'individu necessita sentir-s'hi vinculat, pel fet que no és una instància aïllada sinó que forma part d'una unitat més gran, en què cada un necessita sentir que forma part del grup al qual pertany. El desig de voler formar part del grup, pot portar a la negació de la malaltia i entrar en contradicció. Així, d'una banda s'afirma que es té salut i de l'altra es reconeix que es tenen unes limitacions que alhora s'intenten amagar o dissimular, és a dir: no s'accepten —i la fan sentir malalta. Unes limitacions que impedeixen fer el que es desitja: *a mi m'agradaria poder fer caminades, excursions...i ja em consideraria amb salut, però...(a)*, aquesta informant havia afirmat que tenia salut, a la vegada, intentava dissimular i acceptar els problemes que tenia que li causaven angoixa. Aquestes contradiccions que amaguen la no acceptació de la malaltia també les manifestava la testimoni anterior (E02, dona, 43 anys).

Altres, a la part física com moure's sense impediment o necessitar alguna ajuda per fer-ho li donen una importància relativa, ja que a elles allò que les fa sentir vives és *pensar, despertar-se a l'alba d'un nou dia o poder fer activitats intel·lectuals (a)*. Mentre puguin dur a terme aquestes activitats, ja consideren que tenen una vida i salut acceptable en les circumstàncies que els toca viure en aquell moment.

La normalitat també es veu alterada amb frases com *nosaltres som diferents*. Les remarquen sobretot les persones amb malalties mentals, addiccions o malalties cròniques. A més, aquestes expressions també denoten que l'estigma continua present en la societat.

Altrament, hi ha persones que han viscut amb *normalitat* i mai s'havien interrogat què era tenir salut o estar malalt fins que ha aparegut un problema o se'ls ho ha preguntat, la qual cosa els ha fet pensar i interrogar-se sobre aquests conceptes:

És una pregunta que mai me l'havia fet, el normal és tenir salut, ara, quan et passa algo dius, ostres, potser hauria de vigilar una mica més en el que menjo, en el que...en tot (E24, home, 27 anys).

Una altra qüestió són els reptes en la salut, especialment en la malaltia, els quals estan encaminats a assolir la màxima normalitat possible. Aquest objectiu s'intenta aconseguir de maneres diferents. En ocasions la malaltia es converteix en la raó i la manera de viure. Aquests processos poden esdevenir un repte personal, quelcom que s'ha de "vèncer" per tornar a obtenir una normalitat. En aquests casos

la malaltia és un repte personal, es dona més en individus que estan ben informats i busquen informació contínuament, intercanvien idees i informació amb el metge, li plantegen dubtes o possibles nous tractaments. El control de la malaltia es converteix en un desafiament i repte, i alguns poden mostrar orgull i satisfacció pels avenços que van assolint.

Al contrari d'aquests casos anteriors, hi ha individus que estan còmodes en una situació de malaltia o amb un diagnòstic mèdic, pels quals reben una pensió per un problema que en un moment varen patir i el poden tenir resolt. La pensió els dona estabilitat econòmica, i deixar la condició de malalt implica perdre l'ajuda econòmica i la "normalitat" en què viuen. Depenent de la conveniència, s'exageraran uns símptomes o conseqüències que, si hi són presents, no els impedeixen de dur a terme activitats ni treballar en alguns casos¹⁵⁴.

Hi ha també una altra manera de viure la malaltia. En aquest cas es dona més en les persones d'edat més avançada, jubilats sobretot, i persones amb problemes crònics. Es poden escoltar converses "competint i presumint" sobre qui té més malalties, qui ha d'anar més vegades al *meu metge*, del qual es parla amb familiaritat, talment fos una persona del cercle íntim. També qui té més controls i proves o qui pren més medicació. Totes desitgen ser qui té "més coses". Algunes persones cada setmana poden tenir diversos dies ocupats en visites rutinàries, controls o analítiques: *jo tinc moltes coses i tinc molts dies de metges* (a). Moltes depenen de diversos especialistes, del CAP, rehabilitació, etc. En aquests casos *anar de metges* s'ha convertit en una normalitat que es pot viure i expressar de la mateixa com dir *anar de compres*.

En aquestes circumstàncies hi sol haver autocomplaença d'estar malalt. La persona es recrea parlant i explicant als altres tot allò que li succeeix i tot allò que li cal fer. Desitja que els altres estiguin pendents d'ella i li preguntin per les *seves malalties*. En aquest sentit, Good (2003) defensa que la malaltia no és una entitat en si mateixa sinó que és un model explicatiu, i és així com algunes persones converteixen la seva vida al voltant de la malaltia i viuen *per a* la malaltia. En

¹⁵⁴ En aquest sentit, Freidson (1978) parla de tres tipus de legitimitat, aquest cas es correspondria amb la "legitimitat incondicional" que exceptua la persona de les obligacions i n'obté privilegis addicionals pel suposat caràcter desesperançador de la malaltia; es tracta d'una manera d'actuar il·legítima, si bé la malaltia no es considera il·legítima, ho és com actua el malalt fent ús indegut o no acostat a la realitat del rol de malalt que la societat ha establert. També Parsons (1999) sosté que una persona pot fer ús del rol de malalt sense tenir malaltia, sols per obtenir beneficis. Aquesta rol els hi facilita uns drets que els hi podria ser difícil d'assolir en un altre context.

aquests casos les persones es troben bé i còmodes acudint a les consultes, i els espais assistencials es converteixen en llocs de socialització, on expliquen la seva vida a través de la malaltia, on tot gira al seu voltant.

6.2.11. La malaltia afecta tot l'entorn: *estem malalts*

En algunes situacions les persones destaquen, de forma punyent, que la malaltia no afecta sols a qui la pateix sinó tot l'entorn familiar, particularment en les malalties llargues, en el càncer o les molt dependents, siguin d'ordre físic o mental. Així, l'expressió *estem malalts* ens diu que és tot el grup que se'n sent, més enllà de l'individu concret; aquesta expressió la solen manifestar més els familiars:

Salut és estar bé. Malaltia és mal assumpta, no li va bé a ningú, ni al que la té, ni al que està al costat (Q121, home 53 anys, familiar).

Enfermedad es no sólo sufrirla el que la tiene, sino los que están a tu alrededor. Se murió una sobrina de sesenta años hace un año, con ocho años de cáncer, lo he sufrido mucho (Q083, home, 57 anys).

També alguns malalts reconeixen que el seu trastorn de salut a més de causar patiment a ells, en causa als familiars, amb la qual cosa ells senten més angoixa:

Salud es tener buena vida, tienes alegría, no estás triste, no piensas si vas a mejorar. Enfermedad es una tristeza, mis hijas están tristes cuando me ven así y yo también, están preocupadas (Q173, dona, 53 anys).

Altres expliquen que va ser posteriorment quan van adonar-se que la seva malaltia havia causat molt patiment a tota la família:

Jo crec que molt..., sí, que crec que han patit també els meus germans tot i la relació, sí. Crec que els hi ha fet molt mal, perquè les meves autòlisis, les meves coses...han fet mal, han fet mal. Quan m'he fet mal jo he fet mal a la meua família. Per ells és molt impactant...jo no he estat mai a la seva pell, però trobar-te que una persona s'ha pres pastilles, s'ha tallat als braços...(ED16, dona, 41 anys).

A més, quan qui està malalt és una dona que sempre ha cuidat la família, la preocupació pels seus li afegeix més pressió i patiment:

Salud es lo máximo; enfermedad es una complicación grande porque no puedes atender a tus personas, al contrario te tienen que atender a ti (Q137, dona, 62 anys).

La majoria dels casos ho enfoquen en el pla emocional, també altres esferes n'estan afectades pel fet que *hem de deixar de fer coses* (a) per dedicar-se al familiar malalt. Diversos testimonis expliquen que les conseqüències de la malaltia van més enllà de l'esfera emocional, i afecten les rutines de la vida del seu entorn familiar.

En aquest sentit, Le Breton (1999) assenyala que els processos crònics afecten tot l'entorn, els quals considera fets eminentment socials, ja que trastornen la família directa, els amics, i fins i tot els veïns o companys. Els familiars no pateixen

directament la malaltia en el seu cos físic, però se'n pot ressentir l'equilibri emocional, atès que ocasiona malestar, angoixa, por o patiment de veure la persona estimada com es va consumint sense perspectiva de solució. Aquests casos requereixen un esforç físic i emocional que influeix en la percepció de la qualitat de vida (Martorell-Poveda, 2015; Flores *et al.* 2010; Flores *et al.* 2012; García-Calvente *et al.* 2004; López *et al.* 2009). Uns fets que a llarg termini també poden portar a desenvolupar trastorns, tant en la salut física com emocional, a les persones que estan al costat del malalt a conseqüència de l'estrès que han viscut.

Una altra esfera que en l'àmbit familiar pot ressentir-se'n és l'econòmica. En ocasions els familiars han de deixar de treballar per dedicar-se al malalt, sobretot en processos crònics i invalidants. En altres casos la persona malalta és l'única que té ingressos econòmics a la unitat familiar: *¿enfermedad? jodido, una putada porque soy autónomo* (Q101, home, 35 anys). Quan la malaltia no permet treballar a l'única persona de la llar que ho feia, les conseqüències són dobles: per la malaltia i pels problemes econòmics que els afecten a tots. En aquests casos en què la subsistència material de la família depèn del malalt, la salut es converteix en un instrument vital (Otegui, 2002). També Menéndez (2005a) assenyala que tot el grup familiar rep les conseqüències de la salut del treballador, i aquest requereix retornar ràpid al treball per a la sustentació familiar.

Aquest fet l'han reconegut treballadors autònoms que no disposen de baixa laboral, però en les actuals condicions i contractes laborals precaris, cada vegada més es dona també en treballadors assalariats, pel fet que alguns no disposen de baixa laboral retribuïda o bé temen un acomiadament si falten al lloc de treball. En el capítol anterior s'ha exposat com aquestes situacions eren un dels motius per acudir al SUH, que tant podien portar a anar-hi de manera ràpida com esperar fins que la situació fos insostenible.

6.2.12. Les etiquetes: *m'han dit que estic malalt*

Una altra manera de sentir la malaltia és amb un diagnòstic mèdic o una "etiqueta". Tanmateix, no totes les persones ho interpreten de la mateixa manera, en algunes pot ser suficient per sentir-se malaltes, altres ho relativitzen o hi donen poca importància, i altres no li'n donen cap i viuen al marge de la informació.

En alguns casos, la persona es trobava bé i sentia que gaudia de bona salut. Arran d'una visita mèdica rutinària, d'un control analític periòdic o d'un cribratge, es

detecta una anomalia o un valor analític que està en aquell moment alterat. Algun testimoni posa l'accent en què s'havia de solucionar el problema:

Jo no tenia res, així ho sentia. El metge de capçalera em va fer una anàlisi i em va fer venir, s'havia de solucionar (Q023, dona, 78 anys).

Altres reconeixen que van prendre consciència que estaven malalts just en el moment de rebre la informació; a més, el testimoni següent destaca que ell era feliç:

Jo estava tan content, jo estava bé, em van enviar de consultes en una visita rutinària. Ara començo a tenir consciència d'estar malalt, jo estava tan feliç; costa molt que em baixi el potassi (Q076, home, 50 anys).

Aquests casos ens mostren com la informació pren significat, i és a partir d'aquest moment que la persona entra en l'estat de malaltia. Aquesta "etiqueta" pot ser una malaltia o solament un factor de risc amb escasses probabilitats que s'arribi a desenvolupar en el futur. En aquests casos, les persones es trobaven bé i no percebien ni eren conscients que estaven malaltes. En aquest precís moment d'una informació potencialment es pot desencadenar tot el procés de malaltia, en què el món íntim i simbòlic comença a fer les interpretacions d'allò que pot esdevenir en el futur. Un testimoni afirmava: *la vida et canvia en un instant. És un instant en què se't paralitza tot* (a). Algun ho verbalitza com *un impacte*. Es tracta, doncs, d'un moment que pot canviar la vida. En un instant gairebé imperceptible es passa de sentir que es té plena salut a sentir que s'està malalt; en conseqüència s'entra en el món de la malaltia; tanmateix, sense que hagi succeït res nou que pugui detectar l'individu. És com si la persona a partir d'aquell moment comencés a sentir que té un cos: *és que jo abans ni sentia que tenia cos, el cos se'm va encongir*, afirmava un testimoni.

Aquest diagnòstic o "etiqueta" pot iniciar el camí cap a proves, visites mèdiques periòdiques, prendre medicació o ingressos hospitalaris. Alguns ho defineixen com un abans i un després. En aquest sentit, algun testimoni no posa l'accent en la malaltia o l'etiqueta, sinó en la conseqüència, com és el fet d'haver de prendre medicació de manera regular: *salud es levantarse por la mañana i no tener que tomarse ninguna pastilla, enfermedad es una piedra en el camino* (Q032, home, 44 anys). Aquest home se sent malalt per la medicació i no pels símptomes que li ocasiona la malaltia, és a dir, les pastilles li recorden cada dia, solament llevar-se, que està malalt. En alguns casos es tracta d'una malaltia que requereix tractament actiu; en canvi, en altres és solament medicació preventiva per una alteració que pot ser sols passatgera o no revestir cap gravetat. En aquest sentit, autors com

Gérvas *et al.* (2007) i Segura-Benedicto (2006) adverteixen dels efectes contraproductius que poden comportar els sobrediagnòstics i els tractaments que s'instauren sobretot quan són preventius; atès que el tractament no té un benefici clar al present i, escasses probabilitats que es desenvolupi la malaltia en el futur.

Altres posen l'accent que han d'acudir regularment a les consultes mèdiques o als espais hospitalaris, que tant pot ser per una malaltia que pot revestir gravetat com per al control d'una "etiqueta":

Tenir salut és no haver d'anar a l'hospital ni al metge, trobar-me bé, no haver de fer ús dels facultatius. Com valoro jo la malaltia? ostres, doncs podent anar a passejar, anar al cine, és a dir, no tenir de pensar ai, ai, ai, ai perquè he passat un 2013 que jo no em trobava bé, que quan estava bé no em trobava bé. Estar malalt és una ensopagada a la vida (ED12, home, 80 anys).

A algunes persones el diagnòstic i les consegüents visites els suposa estar lligades i supeditades al sistema sanitari. S'interpreta com que *sents minvada la llibertat* (a), i es percep com un estat que no se sap quan o si mai acabarà. Les visites i els controls *resten hores de la vida* que es podrien invertir en una altra activitat. També en pot sortir afectada l'economia, ja que no sempre ni per a tothom és fàcil deixar el lloc de treball i acudir a les visites mèdiques, que poden suposar invertir tot un matí o tarda, tant si és per a un mateix com per a un familiar que necessita la seva ajuda.

En un sentit ben diferent, a altres persones la informació d'un diagnòstic mèdic no els causa cap preocupació, ho viuen amb indiferència i continuen fent la vida sense cap mena d'inconvenient: *jo he seguit fent el mateix de sempre, no he canviat res ni m'he preocupat, jo sabia que no tenia cap importància* (a).

En problemes, com ara la tensió arterial alta o diabetis, moltes persones afirmen que: *no em sento per res malalta*. En aquests casos la persona sol dur a terme totes les activitats que ella desitja i la malaltia no li causa cap impediment o pocs. Altres, davant de la mateixa situació, es defineixen com a malaltes, i els crea obstacles per a la vida diària.

D'altra banda, també trobem casos en què un diagnòstic mèdic no s'interpreta com un fet negatiu; ans tot el contrari, pot significar un alliberament i sortir de la incertesa d'uns símptomes que no estaven catalogats i que preocupaven, pel fet que *a partir d'ara ja sé a què he d'atenir-me, això ja és molt* (a).

En aquest sentit, Osorio (2017), en un treball en malalts amb problemes reumàtics, assenyala que l'obtenció del diagnòstic és interpretat en ocasions com una

sentència que condemna l'individu a viure, sentir i construir el seu món en relació amb el diagnòstic. En sentit contrari, la mateixa autora sosté que obtenir un diagnòstic significa un alleujament, atès que permet etiquetar un conjunt de símptomes que desconcertaven la persona fins aquell moment.

6.2.13. Salut i qualitat de vida

El concepte *qualitat de vida* es va començar a utilitzar cap als anys setanta tant en els discursos mèdics com polítics i socials. La frase "s'ha de millorar la qualitat de vida de la població" sovint l'han utilitzat tots els actors, i ha centrat l'interès de diverses disciplines tant del camp mèdic com de les ciències socials. Orzúa & Caqueo-Urizar (2012) defensen que actualment el concepte de *qualitat de vida* incorpora bàsicament tres rames de les ciències: l'economia, la medicina i les ciències socials. Aquest concepte en si mateix és ambigu i no ha assolit una definició universalment acceptada¹⁵⁵.

En línies generals, la qualitat de vida abasta tres categories. La primera, les condicions de vida, referint-se a l'entorn en el qual es viu, tals com les relacions, ocupació o salut física mesurable. La segona, la satisfacció amb la vida, que és sinònima de satisfacció personal, i fa referència a com afronten la vida les persones o la capacitat de fer front als problemes; el principal focus d'aquest punt és el benestar, per la qual cosa té una part de subjectivitat. La tercera es refereix a la plenitud com a qualitat del resultat de gaudir de la vida, i té en compte el sistema de valors de l'individu, entre els quals mesura el grau de felicitat; en aquesta categoria es tenen en compte tant factors objectius com subjectius (Espinosa, 2014; Orzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

Actualment, sovint es parla de la qualitat de vida en el sistema mèdic sanitari; en el context assistencial aquest concepte el tenen en compte els professionals a l'hora d'atendre els malalts o ajudar a les decisions sobre les opcions terapèutiques. També els espais socials i els mitjans de comunicació se'n fan ressò. En les campanyes publicitàries trobem lemes com "el que vull és qualitat de vida!" o similars. Tanmateix, formen part d'un reclam comercial.

¹⁵⁵ Espinosa i Orzúa realitzen una revisió teòrica sobre aquest concepte on mostren la diversitat de factors que hi entren en joc; conclouen que depèn del context que s'estudiï, de les línies d'investigació, dels objectius, de les metodologies emprades i de les particularitats de les disciplines que realitzen la investigació, entre altres factors (Espinosa, 2014; Orzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

Es pot esperar que en aquest context molts informants es refereixin a la salut/malaltia utilitzant aquesta terminologia, definint la salut com "qualitat de vida" i la malaltia com la seva mancança. Tanmateix, no ha estat així; aquesta expressió l'han utilitzat pocs testimonis, no l'han emprat ni per definir la salut ni al llarg de l'entrevista:

Salut és estar bé, trobar-se bé, qualitat de vida. Malaltia és tenir algo gran, estar en una UCI, tenir càncer, estar vegetatiu (Q067, dona, 35 anys).

Qualitat de vida, no tenir baixades, no tenir depressió, no estar eufòrica, no haver caigut amb molta pega i no anar coixeta, bueno, sobretot els trastorns, que és el que més...(ED16, dona, 41 anys).

Quan els testimonis esmenten el terme de *qualitat de vida* el relacionen amb problemes que perceben com a greus, que afecten o poden afectar seriosament la vida i també estan relacionats amb diagnòstics de psiquiatria. Quan algun informant fa servir aquesta expressió ho fa en un context més ampli que el camp de la salut/malaltia, fent referència al fet de tenir feina ben remunerada, fer allò que es desitja o viure en un entorn saludable entre altres, en el sentit que puntualitzen alguns autors (Espinosa, 2014; Orzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

És interessant la proposta d'Orzúa (2012), que afirma que s'ha de distingir *qualitat de vida* de conceptes com *estat de salut* o variables en la malaltia. Tot i que s'ha esmentat poc el concepte *qualitat de vida*, el que els individus reconeixen com tenir salut o malaltia forma part d'algunes de les posicions teòriques i diferents paràmetres que s'analitzen i es defensen en aquest concepte. En aquest sentit, cal destacar, per exemple, el que assenyalen autors com Espinosa (2014) i Orzúa & Caqueo-Urizar (2012), que relacionen qualitat de vida amb felicitat. Hem vist en un apartat anterior que algunes persones feien aquesta relació. Els professionals sanitaris valoren més les categories que es poden avaluar quantitativament que les més qualitatives, que presenten més subjectivitat; en conseqüència, en queden més al marge; en canvi, els malalts expliquen més les qualitatives. Novament, aquí ens trobem que unes categories fan referència a la *disease*, i les altres a la *illness*.

6.2.14. Vivències i experiències de dos casos

Com s'ha dit, en els processos de malalties, en especial, els de llarga evolució, els significats i les interpretacions que se'ls donen són molts, diversos i sovint contradictoris. En aquest apartat es presenta el relat més complet i complex de dos testimonis, un home i una dona, les vivències i experiències del procés de malaltia

dels quals abasten diferents esferes; el que més sovint esmenten són els patiments i neguits, menys la malaltia en si mateixa, que en ocasions fins i tot oblidaven de quina es tractava.

Aquest relat és d'una dona de 47 anys:

Ahora me encuentro mejor, más ligera, pero de ánimos...es que estoy muy desanimada, es muy duro, muy duro en el sentido de que cuando lleva uno la carga de la casa...dice uno: bueno hasta aquí he llegado. A veces cogería la puerta y me iría...dejando todo esto, ya no pago nada; diría yo me voy debajo de un puente y esto que me veo desanimada, llega un momento que dices joder hasta aquí he llegado. Y ya está, si tengo suerte de la paga y sino pues (...). No, mi hijo no trabaja, como está el trabajo ahora con esta crisis, así que le tengo que mantener yo (...). Pero ahora tampoco puedo yo trabajar. Me veo impotente, me veo que...así todos los meses, todos los meses, digo pues me cojo la puerta y me voy debajo de un puente y allí de verdad no tendré que pagar nada, aún me lo tomo con demasiado...y que voy hacer...¿qué hago?...la vida es así. Hay que joderse, que le vamos hacer, los hay que han nacido con estrellas y otros estrellados, unos con estrellas y otros sin (...). Ah, muchas veces me gustaría acostarme y no levantarme más, y meterme en el nicho. Pido un desahogo para ir un poquito mejor, es una pena eh, ya me hinché ayer de llorar, digo ojalá te mate algo por ahí. Es que me da mala leche, que no te llamen, que llames tu por la mañana y te digan que no ha venido, me levanto voy al ayuntamiento: ay, Isabel es que no te han llamado; digo a mí no me ha llamado nadie, y luego te dicen que... (plora). Y luego cuando necesitas algo de la familia...Tengo poca relación con mi familia, a mis hermanas no las veo a menudo, la mayor hace...cuando murió mi padre...no, no me vino a ver al hospital, y la que vive en Palau pues en dos ocasiones le he pedido ayuda, pero búscate la vida...(¿y su madre?) Ay, mi madre...con 72 años, y le digo lo que cobro, lo que pago, como por si aquí le entrara y por aquí le saliera, el mes que yo voy me da 40€... (plora). Vamos a cambiar de conversación (...). ¿Sabes dónde estaba bien? en el hospital, cuando estaba en la UVI, no me enteraba de nada, allí es a donde a mí me gustaría estar, allí no me preocupaba de si había que pagar esto, luego lo otro, lo otro, lo otro, ahí. Le digo a mi niño ¿sabes dónde me gustaría estar? digo en la UVI. Dice mamá no digas tonterías, en el hospital, en la UVI, allí no me enteraba de nada, para que veas (EG1, dona, 47 anys).

Aquesta dona bàsicament centra el relat en l'esfera econòmica, que és la que li causa més problemes i la que més la preocupa —tot el relat estava vinculat amb l'esfera econòmica. Disposa d'uns ingressos molt precaris, viu amb el fill amb una ajuda de 400 euros mensuals per cobrir totes les despeses, inclòs el lloguer. Se sent allunyada i rebutjada per la seva família des de gairebé tota la vida, també per la seva mare, amb els quals hi té escassa relació. Creu que la podrien ajudar econòmicament, en especial la mare. Aquesta manca de suport familiar de llarg recorregut l'explica sovint durant l'entrevista. D'altra banda, la relació amb els veïns no és dolenta, però tot i viure en un barri molt humil, l'avergonyeix la seva extrema pobresa. Afirmar que no té gaires amistats amb qui pot compartir estones, tot i que a aquest aspecte hi dona escassa rellevància. En canvi, per ella té molta importància el fet de no percebre ajuda econòmica i suport familiar i social. Creu que els serveis socials *no hacen todo lo que podrían* per ajudar-la, als quals acut

sovint sense cap solució. Tot això li fa percebre desànim, soledat, impotència i ràbia per no albirar una solució a un problema que *hace demasiado tiempo que dura*, i sent un profund desemparament. Explica sovint que preferia viure al carrer i no haver de fer front a totes les despeses. Afirmar en diverses ocasions que durant el seu ingrés a la UCI va ser quan millor va estar, atès que allà no s'havia de preocupar dels aspectes econòmics que tant l'amoïnaven; en aquest espai es va sentir protegida i aïllada del món. Estar ingressada per ella va significar una "fugida" del seu món real, atapeït de problemes, i es va convertir en un espai de tranquil·litat durant uns quants dies. Per aquesta dona, tot i l'experiència "dura" que va viure pel fet d'estar ingressada en una UCI, alhora, va tenir la vessant positiva d'estar allunyada dels problemes que l'aclaparaven.

El relat següent és d'un home de 54 anys:

He estado engañado toda la vida, no sé si con un hombre hubiera sido peor o mejor, he tenido la sensación que no he valido como hombre. No sabes lo que es peor, que me engañe con un hombre o con una mujer, es que piensas que si es con una mujer, que jcomo hombre no vales!. He tenido esa sensación de cómo si no valieras, si es con un hombre dices: ole tus cojones tío, no sé, has podido más que yo, ¿no? pero también te queda eso que no vales como hombre, porque si hay otro hombre es que no vales. Competir con otro hombre tampoco lo veo normal, porque me da a entender que yo para ella no le sirvo, es que es duro, después de tantos años con una mujer, a veces pienso que a mí ya no me pillan más. De la manera que estoy con mi compañera estoy bien, ya somos mayorcitos las cosas claras. Yo estaba enamorado de mi mujer, locamente, locamente, y sigo, sí, cuando la veo....uf (...). No me considero una persona enferma, sería una cosa que tuvieras toda la vida y no te pudieras recuperar nunca. Yo por ejemplo veo una persona que es adicta a las pastillas, que es drogadicto, que es alcohólico, con terapia se cura, se cura o no se cura, yo lo mío es para siempre, puede ir mejor o peor, bueno sí, se puede considerar una enfermedad, porque un alcohólico no tienen una paga yo en este caso sí, al menos sí (...). Hombre, cuando yo me divorcié, yo pensé que mi padre, que estaba fuerte y sano, me acogería en su casa, y me dijo que no, que no quería. (¿Por qué crees que no te quiso acoger?) no me dio ninguna explicación, no lo sé. Yo estuve viviendo en el coche durante unos días, me afeitaba y duchaba en el trabajo, hasta que una compañera se dio cuenta y me ayudó a encontrar un sitio. Yo no me discutí, que un padre te diga eso. Por supuesto que esto me afectó mucho, esto unido a lo anterior, pues...hay tantas, hay tantas...Pues encontrar-te solo, encontrarte solo es una cosa muy fuerte, el que no te quiera la familia...yo que sé, ni mi padre, no lo entiendo (...). Con mi trabajo pues muy bien, porque cuando me divorcié no quería estar en casa pensando, había que hacer horas extras, pues ahí estaba yo haciendo horas extras, había que trabajar sábados, trabajaba sábados, domingos para limpiar, yo el domingo a limpiar, por eso haciendo horas extras olvidaba (...). Estoy muy limitado por el brazo, las piernas. A veces uno se pregunta: ¿valgo yo todavía para ligar? pues sí, sí, porque yo donde estoy tengo don de palabra, sí, he encontrado muchas amigas, muchas amigas...ya son mayores, saben lo que quieren. Hoy en día son las mujeres las que les pegan los tiros a los hombres (...). A veces me da miedo a salir a la calle, por eso la rehabilitación me va bien, porque me obliga a ir, me obliga a salir de casa, a estar aseado, me obliga a llevar ropa limpia, a no dejarme (...). Tengo miedo al futuro, cada vez mi cuerpo está más adaptado a las pastillas, no veo mi futuro muy largo, está feo decirlo pero a veces pienso que quiero dejar las pastillas. Yo ahora llevo bastón, antes no llevaba, aunque me encuentro más agarrado con la muleta...cuando

hablo con la gente, como hablo como hablo, pues la gente dice este tío va borracho, pero mira, la gente que piense lo que quiere, la gente pregunta: ¿qué le pasa al Pedro? (ED08, home, 54 anys).

Aquest testimoni centra el relat principalment en els aspectes relacionals, en la soledat i en la necessitat de sentir-se estimat, tant per la família com per les amistats o una parella sentimental. Es va sentir abandonat per la seva esposa després de 25 anys de convivència, moment que ella va anar a viure amb una altra dona com a parella. Aquest fet li va plantejar molts interrogants sobre com podia haver passat, un tema que apareixia sovint i l'obsessionava. A més, en aquell moment el seu pare no va acollir-lo a casa, també ho explicava sovint. En canvi, la relació amb altres membres de la família la reconeixia bona, però, en tenia poca amb les filles, cosa que també l'angoixava. Tot això contribuïa que donés molta rellevància a la necessitat de sentir-se vinculat tant al seu entorn familiar com a les amistats. L'expressió *encontrarte solo es una cosa muy fuerte*, la va manifestar sovint; per això en aquesta pertinença al grup hi situava la seva capacitat de supervivència en el sentit que descriu Hernando (2018). Aquest home no havia tingut problemes econòmics ni laborals, un fet que destacava de forma positiva. El relat principal el va centrar en la sensació de soledat i en el desig de tenir relacions afectives i socials, tot i afirmar que tenia moltes persones amb les quals podia parlar sovint, a més d'una companya sentimental. Tanmateix, la sensació de soledat la continuava percebent profundament. Aquest home tenia poca confiança en ell mateix i tendia a l'autovaloració negativa. També va aparèixer la sensació de culpa; es preguntava en diverses ocasions què podia haver fet malament a la vida o si s'havia portat bé. A causa de la malaltia, tenia algunes dificultats en la mobilitat, i aquest fet també creia que li limitava les relacions socials. En ocasions afirmava que no se sentia malalt; en canvi, en altres no albirava un futur esperançador.

El relat d'aquests dos testimonis ens mostra el que defensa Young (1982), en el sentit que és important i necessari conèixer totes les esferes de la persona per analitzar el seu discurs sobre la salut/malaltia, com les persones el modulen en funció de tot l'entorn i de tot allò que han viscut. Aquests informants centraven el relat en tot allò que els envolta, en les seves relacions familiars i socials i d'amistat, en els seus desitjos i l'esfera econòmica. Els seus discursos posen de manifest les teories de Csordas (1994, 2002) sobre l'*embodiment*: com en la forma de percebre el cos, de les seves mancances i limitacions es construeix un relat, a través del qual es dona sentit a la manera de ser al món (*being-in-the-world*). També la dualitat de

què ens parla Le Breton (2012), quan diu que el cos físic/objecte no es pot separar el cos subjecte; les vivències es perceben i s'expliquen amb la unitat de les dues parts, les quals són indestriables. També ens mostren com l'experiència i el discurs sobre la malaltia es construeixen amb relació a la trajectòria vital i intransferible, a uns fets als quals se'ls dona sentit i es van entrelaçant. És "la trama" que descriu Good (2003). Així, l'experiència de la malaltia no és solament un conjunt de símptomes i disfuncions orgàniques, és allò que s'ha construït sobre un conjunt de paraules, d'esperances, de pors, d'expectatives.

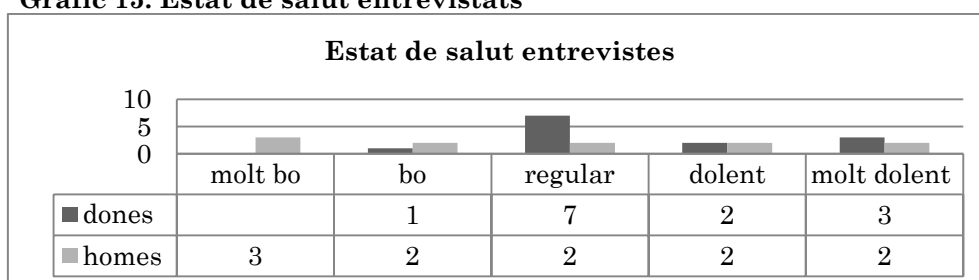
6.3. VALORACIÓ DE L'ESTAT DE SALUT PERCEBUT

En aquest apartat s'exposa com valoren els testimonis el seu estat de salut en el moment que se'ls va fer l'entrevista o el qüestionari. La pregunta constava de 5 possibilitats de resposta: molt bona, bona, normal/regular, dolenta i molt dolenta.

Es presenten els resultats en dos grups: en un es mostren les respostes dels subjectes entrevistats, tots altament freqüentadors. En l'altre les dels que van respondre els qüestionaris; en aquest grup hi havia usuaris freqüentadors i altres que hi acudien de manera esporàdica.

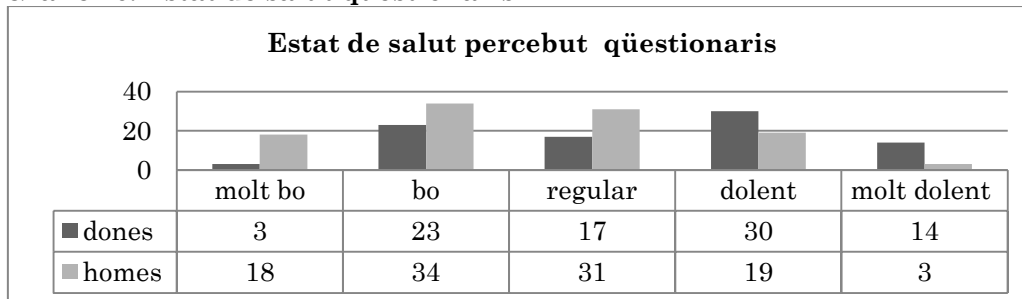
En el grup dels entrevistats van respondre 24 persones, 13 dones i 11 homes; l'edat mitjana és de 46,5 anys. El gràfic 15 ens mostra les respostes d'aquest grup.

Gràfic 15. Estat de salut entrevistats



Elaboració pròpia

En el grup dels qüestionaris van respondre 192 subjectes, 105 homes i 87 dones; l'edat mitjana és de 61 anys. El gràfic 16 ens mostra les respostes d'aquest grup.

Gràfic 16. Estat de salut qüestionaris**Elaboració pròpia**

Aquests dos gràfics ens mostren diferències en la percepció de l'estat de salut. S'observa que el grup dels entrevistats tendeix a definir-la cap a la part negativa, com a normal/regular i dolenta; en canvi, al gràfic dels qüestionaris hi ha una lleugera tendència cap a la part més positiva o bona, tot i que l'edat mitjana en el grup dels entrevistats és bastant inferior. Unes altres diferències entre els dos grups és que la majoria de les persones entrevistades presentaven diversos problemes de salut, escassos recursos econòmics i eren pensionistes malgrat estar en edat laboral; en canvi, el grup dels qüestionaris era més heterogeni en aquests aspectes. En els dos gràfics s'observa que les dones tendeixen a manifestar pitjor salut que els homes.

En l'Informe de Salut (2014) del Departament de Salut ens diu que 8 de cada 10 persones al·leguen que tenen salut excel·lent, molt bona o bona, i en La Salut a Barcelona (2012) el 84% dels homes i el 78% de les dones declaren que tenen un estat de salut excel·lent, molt bo i bo. Aquestes dades contrasten amb les d'aquest treball, en què la percepció es decanta cap a una part més negativa. Seguint amb el mateix informe, a mesura que els grups socials són més desfavorits i el nivell d'estudis més baix, tendeixen a percebre pitjor estat de salut, especialment les dones. En aquest treball també les dones expliquen que tenen pitjor salut que els homes.

Tant en les entrevistes com en els qüestionaris, algunes persones contestaven amb molta seguretat i rapidesa; en canvi, altres sospesaven molt la resposta i tenien dubtes. Les que van contestar amb més determinació eren les que la consideraven molt bona o molt dolenta, també les de normal/regular. En canvi, les fronteres entre les altres possibilitats sovint hi tenien dilema; fins i tot en algun cas, en el moment de donar per acabada l'entrevista, era el testimoni qui tornava a la valoració per matisar o canviar la resposta.

Presento els relats dels testimonis sobre percepció de l'estat de salut amb dos exemples per cada una de les 5 possibilitats de resposta, una resposta provinent de les entrevistes i una altra dels qüestionaris.

Salut percebuda com a molt bona:

Ara molt bé, el 2013 el vaig passar fatal no vam fer ni vacances, tenia por de marxar d'aquí, deia marxaré i m'agafarà qualsevol patatús en qualsevol lloc (ED12, home, 80 anys).

Salut és l'alegria de la vida, no té preu. La malaltia es una cosa que m'ha passat i quan hagi passat tornaré a ser el d'abans, una cosa que passa i l'haig de superar. Jo soc optimista, visc alegrement, soc responsable. Jo quan haig de fer una cosa com operar-me ho faig, però quan està fet, ja està, ja pots marxar. Tota la vida he sigut així, als set anys ja em van llogar per cuidar vaques. Soc amic dels amics, m'agrada tenir la família, reunir-los. Estic molt bé de salut. M'han fet tretze operacions, he tingut embòlia pulmonar, càncer de pròstata, però no té importància perquè vaig fent, també he tingut càncer de pell (Q077, home, 81 anys).

Salut percebuda com a bona:

La tengo buena por lo que le he comentado antes, por la actitud que llevo, diría que buena, buena, bien a pesar de que tengo esas cosillas de la hernia (ED21, home, 55 anys).

Tinc salut, malgrat les cosetes que tinc (Q058, home, 83 anys).

Salut percebuda com a normal o regular:

No arriba a bo, normal, també està el tema del peu, estic prenent medicació, però si em veus sis o set mesos abans m'haguessis vist una mica pitjor, però ara em trobo bastant be, rentar plats i tot això em veia incapaç de fer-ho fa uns mesos, anava sempre arrossegant, arrossegant, arrossegant (ED16, dona, 41 anys).

Normal, jo fins als setanta anys mai havia anat al metge, però als setanta vaig caure jugant a tennis i em vaig trencar una vèrtebra, va ser a partir de llavors que vaig començar anar al metge. Tinc diabetis i pateixo del cor (Q194, dona, 90 anys).

Salut percebuda com a dolenta:

Mala, se me ha caído mucho el pelo, des de hace ya unos meses, des de que me mandaron las pastillas, desde entonces no soy la misma, ahora me han dicho que las suspendiera. Mañana tengo vista y me dirán que se puede hacer, me dirá como estoy, a ver, yo no puedo seguir hinchada como voy, me noto mas hinchada, mucho más hinchada, yo nunca he estado así, nunca, jamás, la cara, no he engordado, he perdido pero me noto hinchada (ED03, dona, 44anys).

Salut, dolenta. No estic bé per tot, ni psíquic ni físic. El meu cap només dona voltes, quan no penses una cosa en penses una altre. Per estar com estic jo val més estar al clot. Separació, sucre, soledat...cobro l'ajuda dels 400 euros i ajudes de Càritas, el dia 3 començava a treballar de cuiner (Q112, home, 56 anys).

Salut percebuda com a molt dolenta:

Con la moral por los suelos. Muy malo, muy malo, me encuentro maaal, me encuentro mal, no sé, no tengo el cuerpo bien, ni la cabeza, triste, me encuentro muy triste, muy triste, con ganas de llorar, sin ganas de nada, yo le digo al médico no tengo ganas de nada, de nada, de nada (ED01, dona, 36 anys).

Salud muy poca, nada. Lo tengo todo enfermo: riñones, hígado, diabetes, no puedo caminar, dolores en todos sitios, estoy enferma de todo, necesito ayuda. No cobro

nada, ninguna paga, me voy a morir sin ninguna paga como mi padre!. Paso mucho miedo (Q139, dona, 77 anys).

D'acord amb allò que diuen aquests testimonis en la percepció del grau de salut, es torna a posar de manifest que la sensació de salut té una part de subjectivitat que és inherent de cada persona i és intransferible. Tenir salut o malaltia no depèn de tenir un diagnòstic mèdic ni de l'edat; sinó de com ho sent, ho percep i el significat que li dona cada individu a cada situació que experimenta. Allò que per a un és important, per a un altre és irrellevant.

Seguidament s'analitzen breument dos d'aquests testimonis en sentits contraposats en la seva experiència i en la percepció del seu grau de salut/malaltia.

El testimoni (Q077, home, 81 anys) explica una llarga història de malalties, algunes greus des del punt de vista mèdic. Tanmateix, als 81 anys afirma que té molt bon estat de salut malgrat que és portador d'una sonda urinària permanent, situació que es pot viure com problemàtica, atès que limita els moviments i la vida de l'individu. Per aquest home, la vida és un procés en el qual alternen moments *de tota mena, de bons i no tan bons*. Tots els problemes que ha passat i té encara no el fan sentir ni definir-se com a malalt, pel fet que *tots els moments són part del camí de la vida*. Ara com ara pot viure la vida d'acord amb les seves expectatives del moment present, adaptant-se a la situació. Si aquest home considera que té salut, la qüestió és si els altres l'hi poden considerar i encara menys tractar-lo de malalt.

Un altre testimoni (Q112, home, 56 anys) afirmava que no tenia diagnosticada cap malaltia greu o important des del punt de vista biomèdic, sols problemes considerats lleus, com el sucre discretament elevat. En aquest cas, s'espera una resposta de bona salut des del punt de vista biomèdic. Tanmateix, ell es considerava amb una salut dolenta. El problema principal d'aquest home era la immensa soledat i tristesa que sentia i la situació econòmica molt precària en què es trobava, que l'obligaven a viure en una habitació petita en un pis compartit on estava molt incòmode, amb l'agreujant que la seva situació no li havia permès conèixer la seva neta de pocs mesos. A més, en el moment del qüestionari tenia el hàndicap que al cap de dos dies havia de començar una nova feina; aquest fet li provocava un immens patiment en aquell moment, ja que ho veia com una oportunitat que possiblement perdria, amb l'angoixa de *vés a saber quan em tornarà a sortir alguna cosa*.

6.4. RESUM DEL CAPÍTOL

En les definicions i vivències de la salut/malaltia, els aspectes físics i biològics, la *disease*, no han estat allò en què els informants han posat més èmfasi ni han esmentat primer. Aquests apareixen en moments més concrets, com és en l'aparició o en casos especials. Tampoc el dolor ha ocupat un espai important en els relats. L'han destacat els que el pateixen crònic i la temença a patir-lo en un futur.

Majoritàriament, la salut/malaltia s'explica a través del patiment, de les emocions i dels sentiments que el trastorn causa a la persona, com ho percep el cos; la narrativa recau sobre la "illness". Les emocions i els sentiments expressats han estat diversos: ràbia, enuig, desesperació, preocupació, inquietud, incertesa, irritabilitat, tristesa, desànim, desconsol, desemparament, impaciència, vergonya, culpa, humiliació o desconcert. També el sentiment de sentir-se inútil o no poder ser útil als altres, la qual cosa pot fer sentir fora del camp social, o es pot negar la malaltia, tanmateix es percep. També apareix amb força la por. Ha aparegut en moltes situacions i, d'alguna manera, està soterrada. Sovint no s'expressa a través del mot "por" sinó del llenguatge no verbal. La por porta a dur a terme unes determinades actuacions i condiciona en tot moment. Allò que amaga aquesta "por", en ocasions poc concretada, és por a la mort o a situacions realment invalidants, siguin d'ordre físic o psíquic.

D'altra banda, salut i malaltia continuen en contraposició. Per alguns es té salut o s'està malalt. En aquest sentit, la salut i la malaltia van des del tot, allò realment millor o el més important que pot tenir una persona fins a allò més dolent o pitjor, passant per tot un ventall de possibilitats. En canvi, altres defensen que la salut i la malaltia formen part de la vida, per la qual cosa no estan oposades, sinó que són moments diferents que ens toca viure. La salut i la malaltia també es perceben en el sentit de "ser o no persona". Algunes situacions de malaltia poden fer perdre l'essència de l'esser humà i convertir-se en "no ser persona", amb la qual cosa es pertany a un altre món: "ets un vegetal".

També es relacionen amb Déu, el món espiritual, la sort, el destí o l'atzar. Després d'una malaltia, sobretot si és greu, alguns afirmen que els ha canviat la forma de veure la vida; l'experiència per la qual han transitat els ha portat creixement personal i espiritual.

En ocasions la malaltia no afecta solament una persona, sinó que tot l'entorn en percep les conseqüències i es defineix amb un "estem malalts". El fet de tenir un diagnòstic mèdic no és sempre suficient per sentir-se malalt. Alguns, sense tenir-ne un de definit o de lleu des del punt de vista mèdic, se'n senten. En el sentit contrari, hi ha persones que presenten diversos diagnòstic mèdics que fins i tot poden ser greus des d'aquest punt de vista. A més, amb limitacions per dur a terme una vida "normal", que, segons afirmen, tenen molt bona.

En resum, les percepcions, vivències, significats i experiències de la salut i la malaltia abasten diverses definicions i sensibilitats. Es comparteixen vivències i significats. Tanmateix, la biografia personal modelada per l'entorn, familiar i social, propicia que les percepcions siguin úniques per a cada persona. Una mateixa situació es pot viure de manera ben diferent. Un fet que cal destacar és que una persona pot variar la seva percepció de salut/malaltia en una mateixa entrevista. En diverses ocasions apareixen contradiccions entre allò que han afirmat en diferents moments. Depenent on es posi l'accent en allò que s'està parlant en aquell moment, el subjecte pot explicar diversos graus de salut o de malaltia. Això ens porta a dir que la salut i la malaltia no són situacions estàtiques, sinó dinàmiques i variants. Les circumstàncies, les expectatives o l'estat d'ànim del moment hi contribueixen en un o altre sentit.

CAPÍTOL 7. CAUSES I DESENCADENANTS DE LES MALALTIES

Hace milenios que la humanidad tiene más o menos conciencia
de que todas las enfermedades tienen en definitiva
un origen psíquico
y esto se ha convertido en una “adquisición científica”
sólidamente anclada en el patrimonio
de los conocimientos universales;
sólo la medicina moderna hace de nuestros seres animados
una bolsa llena de fórmulas químicas.

Ryke Geerd Hamer

7.1. INTRODUCCIÓ AL CAPÍTOL

Conèixer què és allò que ens *roba* la salut o ens causa malaltia és un fet que sempre ha preocupat a l'ésser humà. Al llarg de la història i en les diverses societats, les causalitats atribuïdes a les malalties no han estat estàtiques. Sovint hi ha hagut sincretisme al seu voltant. Rivers (2010) proposa tres grups etiològics: el màgic, que és causa directa de l'acció d'un ésser humà; el religiós, que és conseqüència de l'acció d'un ésser espiritual o sobrenatural, i el naturista, causat per agents naturals. Actualment en el nostre entorn, les causes admeses i estudiades oficialment són les que proposa la biomedicina. Tanmateix, no en són les úniques.

En aquest capítol s'analitzen els orígens que els informants atribueixen a les malalties partint de dues qüestions. La primera: quines són les causalitats a l'àmbit general o en el seu cas. La segona: si estableixen relacions entre la malaltia i alguns moments o fets concrets ocorreguts durant la vida, i quins són. Vaig plantejar aquesta segona qüestió, atès que al llarg de la meua vida professional, observava en les atencions i interaccions amb els malalts que en ocasions donaven rellevància a uns fets (i els obsessionaven) que els havien ocorregut i que consideraven, amb absolut convenciment, la causa *dels meus mals*, i que estaven a les antípodes de les etiologies del model biomèdic. Uns fets que podien haver ocorregut recentment o molts anys endarrere. Tanmateix, per ells seguien presents i els relacionaven directament amb els problemes que patien. En ocasions apareixien espontàniament en la conversa, en altres hi havia algun element a partir del qual s'intuïa que s'amagava quelcom. També algun company o companya professional ha manifestat: *fixa't que m'ha dit el malalt x!*, fent referència a aquesta qüestió.

També s'analitza la creença o malaltia popular o *folk* com és el mal d'ull, que com veurem continua present en el nostre context geogràfic. En el treball de tesina de màster, en les primeres entrevistes va sorgir espontàniament aquest fenomen, i davant la convicció amb què l'informant s'explicava, vaig introduir la qüestió. El resultat, no esperat, va ser que al voltant del 80% dels testimonis van afirmar que hi creien ells o algú del seu entorn, i alguns n'havien fet teràpies (Prat, 2008). Per aquest motiu vaig tornar a plantejar aquesta qüestió en les entrevistes per a la tesi.

7.2. CAUSALITATS GENERALS DE LES MALALTIES

En aquest apartat s'exposen les causalitats que els informants atribueixen al fet d'emmalaltir de manera general o com ho explicaven en el seu cas particular. En l'actual context sanitari oficial, en què el model biomèdic té l'hegemonia ideològica i assistencial, es creu que les etiologies que defensen aquest model explicatiu són les úniques compartides i defensades per tots els individus. Tanmateix, en les causes que varen explicar els informants, les defensades per aquest model hi són presents, però no són les úniques, ni són les que més importància i significat se'ls va donar en molts casos; les provinents del camp social i popular també van aparèixer.

7.2.1. Causalitats biomèdiques

Les causalitats que més es relacionen amb el camp biomèdic són les hereditàries i genètiques, *les de moda*, com les anomenen informants i professionals:

En su familia, en el caso de mi cuñado, se ve que eso del cáncer es muy genético porque su hermano está igual. Me parece que se está muriendo, no sabemos todavía la magnitud del cáncer del pulmón, pero el de próstata se le ha subido para arriba (ED14, dona 49 anys).

Alguns, malgrat que donen el pes més important a la genètica, simultàniament, hi introdueixen altres factors, per exemple si un s'ha cuidat el *què és normal* o *suficient*, la qual cosa porta implícita la idea que *es podia haver cuidat més*. Per tant, també el dubte sobre què hauria pogut esdevenir:

Molt sovint genètiques, en el meu cas ho és. Suposo que a la millor s'ha cuidat una mica, jo m'he cuidat normal, ni molt però tampoc m'he deixat gaire. Jo he fet una vida normal, cuidar-me el normal, com la majoria de persones (ED10, home, 64 anys).

Socialment es tendeix a creure que cada vegada més trastorns tenen un origen genètic o hereditari. Aquest fet sovint el corroboren els professionals, tot i que ho fan de manera general, imprecisa i sense evidència en cada cas particular, però el sol fet que ells ho manifestin ja pot induir el profà de forma més potent en el convenciment que es tracta d'una certesa. També, el fet que els mitjans de comunicació sovint informin que s'ha descobert un nou gen que és el causant d'una determinada malaltia, o que vinculin les malalties a aspectes genètics o hereditaris –unes vinculacions que poden ser dèbils–, reforça aquesta idea, tant en els mateixos professionals com en la població en general. Altrament, són unes informacions que poden ser poc precises, fora de context i manipulades. L'atribució a l'origen genètic o hereditari s'ha insinuat o posat en dubte per qualsevol malaltia:

yo no sé si eso también puede ser genético, yo creo que puede serlo (a). L'associació és més habitual amb les que la biomedicina no en pot definir bé l'etiologia o bé ho fa de manera imprecisa. Així les expressions *el meu pare, la meva mare ja tenia la tensió alta, ja era diabètic* o qualsevol altre trastorn, apareixen sovint. I de forma molt més contundent amb malalties com el càncer.

D'altra banda, algunes de les etiologies destacades pel model biomèdic, com són els contagis en les malalties infectocontagioses, han estat mencionades en menys ocasions, i se'ls ha atribuït menys importància: *malaltia pot ser perquè haguem agafat un virus, no perquè fem vida no saludable, sinó perquè tens les defenses baixes i l'has agafat* (Q133, dona, 18 anys).

Amb relació als contagis, una de les malalties de les que oficialment es reconeix que més en causa són els episodis de grip. Tanmateix, el fet que la grip sovint no és una malaltia rellevant, sinó que forma part de la normalitat, com hem vist en el capítol anterior, contribueix a no considerar el contagi de manera directa com a causalitat. En conseqüència, que se'l mencioni poc i no se li doni importància.

En canvi, alguns informants que s'han referit al contagi com a causalitat ho han fet de manera ben diferent: posant l'accent en els àmbits que es consideren desconeguts o relacionats amb la brutícia; creuen que s'han posat malalts o s'hi poden posar a causa d'haver estat en contacte amb *aquests llocs*. En aquests casos es relaciona espai, brutícia i malaltia com un fet seqüencial. Un exemple que s'ha mencionat en diverses ocasions és compartir zones en què hi ha persones malaltes o desconegudes, com ara, les sales dels hospitals, sobretot quan ocupen lliteres al SUH. En aquests àmbits hi ha *moltes persones malaltes que estan molt a prop o a tocar uns dels altres* (a), es creu que: *aquí hi ha molts bitxos; per tant, hi pots agafar de tot* (a). En aquest sentit, un altre testimoni explicava: *urgències està molt malament, la gent allà al passadís, agafes coses, pots agafar moltes coses* (ED05, home, 45 anys). Es dona la paradoxa que aquest home viu al carrer, amb la qual cosa la seva higiene personal, segurament, és deficitària segons els canons socials i sanitaris. Tanmateix, ell el problema l'experimentava a l'hospital, enmig i tan a prop de tots els altres malalts; en el seu imaginari aquí hi percep brutícia; en canvi, no la percep en els llocs on viu habitualment i hi està familiaritzat. També, el fet de no saber què li passa a la persona que es té al costat, augmenta la preocupació que *et pugui encomanar la seva malaltia o qualsevol cosa* (a). La idea de fons és que et pot encomanar quelcom inconcret que tingui relació amb l'individu i que emergeix

del seu cos físic. A més a més, en aquestes zones que les persones estan tan juntes, haver de fer les necessitats més bàsiques com les d'eliminació, causa aversió i fàstic en els usuaris, i reforça la temença que *hi pots agafar qualsevol cosa* (a) a través d'aquest factor. En aquests casos es relacionen directament brutícia i malaltia, i com més brut i amuntegament de persones hi ha en un espai, més sensació es té que es pot encomanar i contraure una malaltia. En aquestes situacions, la malaltia es creu que s'adquireix a través de les altres persones; elles són el vector de transmissió i contagi, per exemple amb la respiració o l'aire, i a través dels líquids corporals que puguin esquitxar o que en algun lloc hi resta quelcom de brutícia i pugui entrar en contacte amb nosaltres mateixos. En aquest casos, l'hospital a més d'un lloc de curació, també es pot concebre com un de malaltia.

Exceptuant aquests casos anteriors, els testimonis han tendit més a considerar les infeccions com una conseqüència o una complicació del procés de la malaltia que una causalitat en si mateixa.

Una altre motiu per emmalaltir que s'ha plantejat i que es comparteix amb la biomedicina és l'envelliment. En el capítol anterior ja hem vist que es relaciona amb la vivència de la salut/malaltia. Alguns usuaris han remarcat aquest aspecte. El descriuen així: *a mesura que ens fem grans anem tenint més coses de malalties* (a), i *amb el pas dels anys tot es va espatllant* (a). A més: *es normal, cuando uno es mayor el cuerpo se estropea y es normal, es como todo* (ED21, home, 55 anys). Altrament, hi ha persones que creuen que l'envelliment no ha de comportar forçosament malaltia, per exemple en problemes que es poden presentar en un sol peu o braç. En aquests casos algun informant ha explicat que quan el metge li ha dit que era a causa de l'edat ha contestat: *doctor, l'altre braç o peu és igual de vell i no li passa res* (a), amb la quals cosa defensen que el factor edat no és suficient *tot i que hi pot ajudar* (a).

Els estils de vida entesos per portar una *vida sana* i *cuidar-se*, especialment referint-se a la dieta, beure poc o gens d'alcohol, no fumar i practicar algun esport regularment, també s'han anomenat com a causes per tenir bona salut i prevenir les malalties. Ho han fet en els termes d'unicausalitat o exclusivitat en les substàncies addictives que proposa la biomedicina:

A l'alimentació, a dormir bé, a descansar (ED07, dona, 35 anys).

No he begut mai res, no he fumet mai un cigar, soc una persona que jo em considero sana, porto una vida sana (ED19, dona, 74 anys).

També a algunes persones els apareix el dubte de si s'han cuidat bé per no emmalaltir, o si han complert adequadament totes les recomanacions que es fan des de l'àmbit mèdic. Com ja hem vist, es relaciona la genètica amb el fet de *cuidar-se*, a més de la genètica, un s'ha de cuidar. Altres, aquest *cuidar-se*, tot i que ho expressen amb un *suposo*, admeten que els *excessos comesos* els han causat problemes de salut¹⁵⁶:

Suposo que per el rock and roll, per la música, tenia divuit o dinou anys, m'he relacionat amb ionquis, cocaïnòmans, però jo amb l'alcohol he fet barbaritats, a la mili vaig acabar fent amistat amb un basc...Més tard he fet barbaritats, m'he comprat alcohol, he anat a una plaça, m'he evadit, he pensat, pensar en alguns concerts, m'havia guanyat la vida, havia tocat amb Pets, amb Sau, de guitarra, però m'agrada el rock més dur...Soc una persona que pensa molt, els peixos som persones intel·ligents, som tontos però intel·ligents (ED05, home, 45 anys).

D'altra banda, alguns informants han qüestionat els hàbits saludables defensats des de la biomedicina, sobretot pel fet que han vist o continuen observant com aquests van variant, com allò que en un moment no era recomanable o prohibit, posteriorment ha passat a ser saludable. Els exemples que han posat són el vi, el peix blau, el porc o els ous entre altres; com anteriorment alguns d'aquests productes eren descartats i gairebé prohibits, i ara es recomanen, se'n potencia l'ús i se'n destaquen les propietats.

7.2.2. Causalitats relacionades amb el sistema

El mateix sistema sanitari també es pot percebre com a causant de problemes de salut, com ja hem vist algun exemple en l'apartat anterior, tot i que de forma més indirecta. De manera més directa se n'han distingit dos tipus: un, derivat dels errors humans, i, l'altre, estructural del mateix sistema o una combinació dels dos. Amb relació als errors humans, s'ha fet incís en la mala praxi i la poca responsabilitat d'alguns professionals en les atencions:

Yo creo que también fue un descuido, porque no le hicieron el scanner entero a ver si habían más. Cuando le pillaron el del pecho tenían que haber hecho un scanner entero para mí. Porque lo de la cabeza no se le puso en un día, tenía uno que le comía el cerebro (ED04, dona, 36 anys).

Altres expliquen aspectes inherents i estructurals al mateix sistema, alguns exemples en són: no és àgil en les atencions; les llargues llistes d'espera per a les visites mèdiques; el retard en les proves diagnòstiques que implica no tenir un diagnòstic de manera ràpida; el retard en les intervencions, especialment les quirúrgiques; o que el sistema fa anar d'un servei o hospital a un altre amb la

¹⁵⁶ Aquest suposo, implica que la persona admet una culpa en les seves actuacions, el sentiment de culpa està més tractada en un dels següents apartats.

consegüent *pèrdua de temps*. En general, es creu que són deguts a la mala planificació política, i que els recursos econòmics que s'hi destinen són insuficients. Els aspectes que s'han assenyalat són dèficits de centres sanitaris en sentit general, de serveis mèdics específics, de recursos instrumentals (com aparells de TAC, RNM, i de tota mena) i de professionals, fent especial referència als metges:

Llega un momento que un médico en urgencias, un señor con luces, me dice: esto no puede ser; no estaban los estudiantes, la gente joven. Y este hombre fue el que dijo esto no puede ser, me pidió todas las pruebas (...). Después cuando fui por el de aquí, del CAP, me encontré el mismo cirujano. Entonces me dicen: ¿qué le pasa? pues que me duele, des de que me han operado me duele, "pues no sé, a lo mejor no era de la vesícula" me dicen, ¿qué me estás diciendo pues, qué me has quitado la vesícula porque te has equivocado?...Esto es de juzgado eh, sí tenía piedras, pero ahora tengo esto de aquí que me duele, y me duele todos los días después de la operación, no hay día que no me duela. Lo que pasa que lo voy sobrellevando, ya me he acostumbrado al dolor. Además estoy yendo a mi médico de cabecera y le digo ponme un parte al cirujano que me hagan ya, y fue de allí que me derivaron a la clínica x. Es una lástima que tenga que estar así, todo se me inflama, lo paso mal, a ver qué necesidad tengo yo de estar así, coño, ¿qué no lo ves que la barriga está dura, que tengo aquí un agujerito? esto es una hernia, pon solución ya, ¿a qué vas a esperar?...Ves unas cosas que no (ED21, home, 55 anys).

Aquests factors es creu que compliquen i allarguen el procés de malaltia que ja es presentava o que comporten nous problemes o noves malalties derivades dels retards i de la iatrogènia. Si bé molts demanen l'augment de més i més serveis sanitaris, altres qüestionen el que consideren una intromissió del sistema en la seva vida, que, precisament, assenyalen com la causant de més malestars. En aquest sentit, Illich (1975) ja sosté que el funcionament del sistema sanitari és l'origen de molts problemes de salut. L'autor ho assenjala tant pel fet de causar diverses formes de iatrogènia com per incidir en la vida de les persones incitant-les a acudir-hi, i a la vegada, és una font de més iatrogènia.

7.2.3. L'entorn social i estils de vida

També es consideren causants de salut/malaltia els estils de vida que imposa l'entorn social, el familiar o el sistema econòmic, o en són conseqüència. En aquest cas se situen els orígens dels trastorns en un entorn que està modulats per les problemàtiques econòmiques i socials que els afecten de forma directa i implacable. Així, el consum de substàncies addictives com l'alcohol, les drogues i el tabac s'han insinuat com a causants de malaltia, però l'accent es posa bàsicament en un determinat ambient social i els problemes que se'n deriven, i no en la substància exclusivament. Aquí la substància es creu que és necessària però no és suficient.

Així, es du a terme una associació directa entre el context i el consum com a causalitat:

Por mi mala cabeza, yo creo que ha sido por la mili que me ha quemado mucho, la mili, y luego acabar de hacer la mili y al cabo de un año que la quiten, eso fue ya el remate (...). También ya antes a los catorce años empecé a tomar cosas, con el rollo de las cabañas y los amigos, de pasarse en la discoteca. Eso era un basurero, el barranco ese, un basurero, pues abajo teníamos una cabaña, nos juntábamos allí diez o doce, poníamos diez o veinte, entre todos pillábamos mil pesetillas o mil quinientas o lo que fuera, no teníamos dinero, éramos jóvenes, nos lo daban para chucherías y nos lo gastábamos para otras cosas que no eran chucherías(...). También la chica que he vivido estaba pillada en la droga también, ese fue mi fallo (ED18, home 41, anys).

També es reconeixen com a causa de malaltia l'estrès i el patiment a què s'està sotmès. Alguns ho atribueixen a causes generals i altres a més específiques. Com a generals s'esmenta patir un *estat nerviós* com a conseqüència de *les tribulacions* amb què es viu diàriament en *aquesta vida tan boja que portem*, o que *sempre anem corrent*. Creuen que aquests factors contribueixen de forma directa a emmalaltir, però no concreten quins són exactament els motius d'aquest estrès: *yo creo el estrés, el vivir cada día, el no pensar, muchas cosas* (E08, dona, 49 anys).

Altres, aquest estrès el situen en un punt més concret, com pot ser un problema d'índole familiar i social:

El estrés, el estado nervioso, de la situación x, eso lo ha provocado todo, si la persona está tranquila no tiene porque padecer nada (ED21, home, 51 anys).

Todos esos problemas empezaron a raíz que él entró en la prisión, porque yo me vi sola sin protección (ED03, dona, 44 anys).

En el context laboral, en les exigències que el model econòmic imposa, alguns hi troben l'explicació per emmalaltir:

En el trabajo a veces te exigen demasiado y eso te crea malestar, aquí hay el estrés; si tú estás en tu puesto de trabajo y te están exigiendo cada vez más, por ejemplo, tienes una cantidad y te están subiendo los topes, pues eso conlleva que tienes que llevar un ritmo de vida más acelerado, esos son de los factores que conllevan a tener estrés. Mi trabajo es duro, sí, día a día quieras que no por las exigencias, cada vez te aprietan más. Estar agobiado, cuando estás agobiado por algo te puede llevar a una depresión (E26, home, 30 anys).

Mentre que altres situen les causalitats en una combinació entre l'àmbit familiar i el laboral, a més, afirmen que tenen poca o nul·la ajuda i suport, tant familiar com social:

Para mí una de las cosas que veo es que he tenido mucha, mucha faena que llevar, mucho stress sobre mis espaldas, y entonces eso me afecta mucho. El tener unos padres mayores, estar enfermos ellos y yo tener cuatro hijos, pues claro que tenía una jornada grande. Y es esto lo que a mí me ha ido afectando la salud. Yo creo que ha sido esto, además yo trabajaba, mi marido...(E09, dona, 63 anys).

De forma més precisa també se situen les causalitats en la soledat, en el fet de trobar-se sol i amb poc o nul suport familiar:

Hay tantas, hay tantas...pues encontrar-te solo, encontrarte solo es una cosa muy fuerte, el que no te quiera la familia...yo que sé (ED08, home, 54 anys).

Aquest factors com l'estrès, l'ansietat, la inseguretat, l'aïllament social o el nul o poc suport, molts autors sostenen que poden perjudicar la salut amb problemes tant d'indole física com psicosomàtica, o poden agreujar els que es tenen (Cobb, 1976; Cassel, 1976; Berkman, 1984; Marmot & Wilkinson, 2006).

Finalment, alguns testimonis han esmentat un tipus de causalitats molt distants de les exposades fins aquest moment. Podríem considerar que estan ancorades en un nivell entre familiar i social, atès que les dues esferes hi estan relacionades. En aquests casos es refereixen a determinats comportaments o maneres d'actuar dels seus avantpassats: *la meva mare, àvia, tia etc...ja feia tal cosa, o a ja li passava això mateix*, que ells observen que es van repetint en les successives generacions, també en ells mateixos. Alguns insinuen que aquestes conductes que ells repeteixen es tradueixen en malaltia. Aquí no es posa l'accent en una característica física o biològica, sinó en un comportament o manera de d'actuar, i aquest aspecte causa el problema o hi contribueix, un trastorn que pot ser d'ordre físic o biològic o mental. Per exemple, alguns han explicat que *la meva àvia tenia la mania de fer tal cosa*, entenent com a mania un comportament que ells consideren negatiu i perjudicial. És una *mania* que ells han heretat i reproduïen, i la reconeixen com el causant del problema de salut. Aquestes reflexions estan en consonància amb les tesis que exposa Anne Ancelin Schützenberger (1988), en el sentit de com anem repetint comportaments dels nostres ancestres i com aquests ens poden afectar en la salut i la malaltia, que també són conseqüència de la interacció amb l'entorn en què vivim¹⁵⁷.

¹⁵⁷ Anne Ancelin Schützenberger en la seva obra *"Ay, mis ancestros"*, publicada el 1988, mostra com anem repetint comportaments, actuacions i malalties dels nostres ancestres de generació en generació, i en els quals no existeix explicació en una causa biològica o genètica. És el que anomena "vincles transgeneracionals", entre els quals es troben el que ella anomena "secrets de família" o "síndromes d'aniversari": són fets repetitius que a la persona li succeeixen de la mateixa manera o semblant que els havien succeït en els avantpassats. A més de malalties, refereix la repetició d'accidents i traumatismes en unes circumstàncies semblants o idèntiques a com havien succeït als ancestres, fins i tot poden ser en la mateixa edat. Anne Ancelin Schützenberger és una advocada i psicòloga social, doctora en dinàmica de grups, va treballar amb Margaret Mead i Gregory Bateson. Els seus resultats són fruit de més de cinquanta anys de treball clínic professional.

7.2.4. L'entorn natural

També en l'entorn natural i en la naturalesa alguns hi situen les causes per emmalaltir, pel fet que de la naturalesa *en formem part i estem subjectes a les seves lleis com tots els altres éssers vius, organismes i elements* (a):

Perquè tot a la naturalesa, fora dels minerals que no en soc expert i potser també poden agafar algun tipus de mal, tot agafa mals. Ara aquí tinc una planta que ha agafat fongs, vull dir que s'agafen coses, o que van per l'aire o perquè un es va fent vell i per tant...(ED12, home, 80 anys).

Aquest entorn inclou els fenòmens d'ordre físic, i en aquest sentit algun testimoni els relaciona amb els laborals:

Ahora mismo pienso que el ambiente en sí, en la calle, todo esto yo lo noto enrarecido, temperaturas, donde yo trabajo hay unos cambios grandes de temperatura de la calle a dentro, del frío al calor pasas en dos segundos. Esto a mí con lo que he pasado ahora creo que ha sido muy influyente el tema de temperaturas. Ya se sabe, que los alimentos no son todo lo sanos que deberían ser, el ambiente y la comida influyen mucho. El trabajo no es culpable, pero los cambios de temperatura que hay en el trabajo sí. (E23, home, 37 anys).

També la contaminació ambiental, el canvi climàtic, la capa d'ozó o la pol·lució es mencionen com a causalitats de malalties:

L'estrès, el treball, el anar sempre tan ràpid, i sobretot cada vegada hi ha més malalties per la pluja, perquè no plou, hi ha més al·lèrgies (E14, dona, 24 anys).

Pues a nivel general el ambiente, la capa de ozono, influyen, influyen, en mí mucho, mucho(E23, home 37 anys).

Les referències a aquests factors hi són especialment quan per algun motiu són temes d'actualitat i n'informen més els mitjans de comunicació, per exemple, quan hi ha períodes de sequera perllongada, inundacions, es debat sobre el canvi climàtic o els índex de contaminació són més elevats. A més, comencen a prendre cada vegada més rellevància factors com les radiacions que estan en augment constant, com ara les ones que emeten les antenes de telefonia o les xarxes d'Internet, aspectes que alguns testimonis han mencionat i que els porten als dubtes.

Les connexions de les persones amb "l'entorn", tant social com natural, des de sempre s'ha cregut que afavorien o perjudicaven; és el què actualment es coneix com a epigenètica, la qual defensa que factors com les alteracions genètiques no són sempre suficients per causar malaltia, sinó que s'han de donar alhora amb altres circumstàncies¹⁵⁸. Els seus defensors sostenen que les causalitats sovint són

¹⁵⁸ El biòleg Conrad Waddington (1905-1975) va ser el primer a referir-se a aquest aspecte en la dècada dels anys quaranta encunyant el terme d'epigenètica. Aquesta línia la comparteixen autors com que han treballat l'epigenètica com Juvenal (2014) i Kaminker (2007).

més complexes de les que defensa la biomedicina, i que, a més dels factors admesos oficialment, hi intervenen amb força l'ambient i la història de l'individu. La combinació de tots aquests elements (individuals, socials i ambientals o naturals), expliquen que amb unes característiques idèntiques, unes persones emmalalteixen i unes altres no. El biòleg Bruce Lipton (2007), en els seus treballs de laboratori sobre les cèl·lules, va observar com en un ambient saludable proliferaven i quan no era òptim, emmalaltien. Aquest fet el va convertir en un ferm defensor de la importància de l'entorn en què viu l'individu.

7.2.5. El món mental i interior

Les causalitats per emmalaltir alguns les situen en el món interior i mental de la persona. Ho enfoquen a factors com: els *pensaments mal portats o negatius*, l'estat d'ànim, l'actitud davant els fets que succeeixen, la manera d'afrontar la vida i els problemes, l'equilibri mental o la *somatització*. Insinuen que aquests aspectes incideixen en la persona i indirectament la porten a emmalaltir.

Altres en fan una relació més directa, i creuen que les malalties ens les podem crear nosaltres mateixos a través de les actituds positives o negatives que es tenen a la vida:

Buena pregunta, yo creo que las enfermedades las creamos nosotros mismos, o sea, cuando uno es mayor el cuerpo se estropea y es normal, es como todo. Pero de jóvenes el que está enfermo, pienso, es porque su actitud no es positiva y le da importancia a cosas que no debe. Y los nervios pues es un caso que puede ser fatal para las personas, a nivel de todo, un estado de nervios te puede dar dolor de cabeza, que te duela el lado, que te duela el riñón y lo que sea: son nervios por dentro. Con la separación y des de que yo cambié el chip me encuentro mucho mejor (ED21, home, 55 anys).

Fins i tot, alguns afirmen que ho han experimentat ells mateixos i han solucionat algun problema de salut a través d'aquesta esfera:

Jo crec que les malalties són molt degudes a...com ho explicaré, a veure, crec que les malalties depenent molt de l'estat d'ànim de la persona, el mental. Estic posat molt llegint llibres i tal sobre medicina, però una medicina alternativa, no. I ara estic molt aficionat i em sembla que és molt coherent i inclús ho he comprovat i m'he fet passar dolors físics amb un que es diu "medicina del alma" que parla que els teus pensaments et provoquen certes coses, no?. Jo hi crec molt amb això, que les malalties són uns pensaments mal portats i acabes emmalaltint, no?. I jo crec que si tinguéssim un equilibri mental bo moltes malalties es podrien curar sense medicació. Aquestes idees m'han anat arribant, m'han anat arribant, i a partir d'aquí doncs he començat a buscar altres coses. Jo crec que tot és psicològic, hi ha persones que somatitzen molt les coses, vull dir que els hi passa qualsevol cosa i de seguida...No, mala sort no crec que ho sigui, crec que és l'actitud davant les coses (...). Jo crec que si aconseguixo canviar els meus pensaments, aconseguiré molt a mitigar la meva

enfermetat, el que passa que això és molt fàcil de dir-ho i molt complicat de fer-ho, ho crec però no sé si soc capaç de fer-ho, la veritat (ED15, home, 51 anys).

El món mental inclou també aspectes com la felicitat o la infelicitat, que poden provocar malaltia o gaudir de salut:

¿La que tiene mucha salud? hombre, que se ha cuidado, ha sido feliz. Es que yo no tendría la mitad de cosas si fuera feliz...Hay tantas, hay tantas...pues encontrar-te solo, encontrarte solo es una cosa muy fuerte, el que no te quiera la familia, yo que sé...(ED08, home, 54 anys).

La biomedicina no entén que esferes com els pensaments, les actituds o les maneres d'afrontar els problemes siguin causalitats directes de malaltia. En canvi, sí que considera que una actitud mental positiva predisposa a tenir salut o contribueix a la recuperació (efecte placebo); en sentit contrari ajuda a l'empitjorament (efecte nocebo). Per contra, els estats d'ànim, els pensaments i les consegüents actituds que se'n deriven han estat posats en rellevància per alguns autors com Lipton (2007). L'autor planteja com les rutes moleculars a través de les cèl·lules poden afectar els nostres pensaments pels efectes bioquímics que tenen lloc en l'àmbit cerebral, i així afavorir les condicions per emmalaltir o sanar.

7.2.6. La bona sort i la mala sort, el destí o l'atzar

Com hem vist en el capítol anterior, la bona i la mala sort¹⁵⁹, l'atzar i el destí es relacionen amb les vivències de salut/malaltia. Aquestes esferes han tornat a aparèixer quan s'ha interrogat pels factors etiològics. Diversos testimonis en algun moment també els han mencionat en aquest sentit. Cal remarcar que els informants han utilitzat més sovint la paraula *sort* que *atzar*.

Quant a la sort, s'hi poden donar diverses possibilitats. Alguns s'hi refereixen directament com "la causa", com la principal i en alguns casos única. És allò que està en l'origen de la malaltia i que senzillament s'explicita com *sort a la vida* (ED11, home, 23 anys). Diversos informants han utilitzat en algun moment l'expressió *sort a la vida* com una causalitat amb més o menys força per emmalaltir; és a dir, emmalaltir es creu que en gran mesura depèn de la sort. Una altra possibilitat és que es considera la sort com la causa principal, atès que aquí hi posen l'accent de la definició, però s'admet que cal un altre factor, i aquest és secundari. Per altres, la sort acompanya la causa principal; per tant, la sort també

¹⁵⁹ La sort és defineix com: "encadenament de successos considerat com a fortuït en tant que decideix la condició bona o dolenta escaiguda a cada persona", també "atzar al qual hom confia la decisió d'alguna cosa".

és necessària però es considera més secundària. Altres inclouen almenys dues o més causes i s'han de donar en paral·lel, o sigui, que tenen la mateixa rellevància i són totes igualment necessàries: *tenir molta salut és una sort, i també a la genètica de la persona* (ED10, home, 64 anys). Les causes que s'esmenten que han d'acompanyar la sort poden provenir dels camps biomèdic, social i alternatiu.

En general la sort es relaciona amb un fenomen que no es concreta ni s'explica bé de què es tracta o com actua, és un factor inconcret i abstracte. Tanmateix hi és present. És a dir, la sort, com quelcom que està fora de l'abast de la comprensió humana, en especial pren força quan ocupa la centralitat en la causalitat, i quan és secundària pot perdre força en aquest sentit.

La sort i la mala sort o desgràcia planen sobre la cosmovisió dels usuaris: *qui té salut és que té sort, no ho sé...jo crec que és una sort* (ED17, dona, 39 anys). Però també formen part del vocabulari de tots els grups professionals, sense cap excepció: *ha tingut sort o ha tingut mala sort; a veure si tenim sort; això ha estat mala sort; és una loteria; és un miracle*. Aquestes són algunes de les moltes expressions habituals en els contextos sanitaris per part de tots els actors.

A més, alguns informants es pregunten si encara hi ha persones que puguin tenir aquesta "sort" de no estar mai malaltes:

No conozco a esas personas que no están enfermas, que tengan esa suerte...no me relaciono con mucha gente...(ED06, dona, 40 anys).

Pero, ¿hay personas así? que tengan la suerte de no estar enfermas (ED14, dona, 49 anys).

La mala sort s'expressa per referir-se, sobretot, a malalties greus i invalidants, però també a problemes considerats menors com pot ser una "simple" caiguda que ha provocat una fractura. També apareix la *mala sort per una infecció que s'ha agafat a l'hospital*, mala sort per les complicacions d'una intervenció quirúrgica o de qualsevol pràctica professional, mala sort per una ferida que no es cura bé i ràpid com es preveu, mala sort per qualsevol acció que s'esperava que havia d'evolucionar bé i no ho fa com es preveu. S'invoca la bona sort quan un problema se soluciona de manera satisfactòria, en el qual no es tenien posades les esperances i la seguretat que aniria en aquesta direcció. S'invoca la bona o mala sort depenent de les circumstàncies. En el cas de preveure una evolució i desenllaç fatídic i haver-ho informat així, si finalment no succeeix en aquesta direcció, sinó en la contrària i la persona millora, es pot fer servir la *bona sort*, però es ressaltarà que hi ha hagut "bona praxi". Altrament, quan succeeix el contrari, el professional parla sols de mala sort, i en aquest cas es ressalta que no *hi ha hagut res a fer*.

Entre les incomptables intervencions que es duen a terme en el món sanitari la majoria cursen de la manera esperada i prevista, però altres no ho fan en la mateixa direcció en condicions idèntiques o molt similars. Moltes persones, tant profanes com professionals, s'interroguen quan una intervenció evoluciona malament per què succeeix, i en aquest context sol aparèixer la mala sort. També pot aparèixer el mot *desgràcia* quan no es pot identificar una causa des del punt de vista científic; aquí no es tracta solament de mala sort sinó que té una connotació negativa.

En altres ocasions en lloc d'utilitzar la paraula *sort* es fan referències al destí o l'atzar com a casualitats, els quals també prenen connotacions diferents en cada persona. Alguns els consideren com uns fets que succeeixen en la vida però sense que se'ls doni cap mena d'importància o de relació causal: *no lo sé, vienen y a cada uno le toca* (ED13, dona, 44 anys).

La testimoni següent enumera diverses causalitats: algunes estan dins de l'ordre no oficial, i acaba conclouent que són degudes a l'atzar:

La causa yo creo que este clima tan malo que tenemos y un enemigo malo que tenemos, el diablo también ataca a los hijos de Dios. Nos hacemos viejos y las cosas se rompen y nos ponemos enfermos, son muchas cosas (...). No, culpables no, en el principio dice que Adán y Eva pecaron y todos los demás dicen que a través de aquel pecado vino la enfermedad, pero yo creo que no somos culpables de nada (...). Yo no creo que se deba a nada, sólo que está sana y ya está, suerte que ha tenido hasta el mismo momento que le aparece algo y ya está. Hay enfermedades que todos las tenemos, el cáncer todos lo tenemos, el apéndice todos lo tenemos, hay a quien se le manifiesta y a otros no. El que se manifieste o no es cosas de la vida, al azar, claro. (E13, dona, 71 anys).

Les referències al destí apareixen amb interrogants com: *per què m'ha tocat a mi aquesta mala sort?, el destí ens ha deparat això!* o *és el destí de cada persona*. Són interpel·lacions i exclamacions per cercar un consol davant un fet inexplicable des del punt de vista científic i també humà. Com puntualitzen usuaris i alguns professionals, *hi ha moltes coses desconegudes i que no sabem per què succeeixen*.

D'altra banda, n'hi ha que creuen que les casualitats no existeixen, sinó que els fets succeeixen *pel sol fet que han de succeir*, que el destí té marcat a cadascú allò que el porta a la malaltia o a una situació determinada en la vida. Aquí el destí pren rellevància com a causalitat. Un destí que està fora del nostre control i com a humans no podem trobar-hi una explicació plausible:

Ho sento molt, ploro bastant per això i ho lamento molt, però bueno, a la millor és que havia de passar...per això, arriba un moment que penses que no existeix la casualitat, suposo que per bo o per dolent hem de passar (...). No vull mirar-me massa al melic, però sí que a vegades a la nit en la meva soledat, dius què he fet jo?

tan dolor! (plora) i el que és pitjor, penso en la filla: què ha fet ella?. Pobreta meva, és molt joveneta i quina felicitat ha tingut? sempre patint, des de ben joveneta (...). No soc tant perfecta però penso que tot és energia i que no existeix la casualitat, les coses es veu que passen perquè han de passar (ED25, dona, 55 anys).

Els accidents o les intoxicacions han estat poc mencionades com a etiologies. Els qui els han anomenat generalment ho han considerat fets "fortuïts". Algun informant també s'hi ha referit amb el terme de *mala sort* o *atzar*, tot i que, el terme *fortuït*, que sovint s'utilitza, ja és sinònim d'atzar.

El fet que la biomedicina en ocasions no pugui explicar a què obeeix l'etiologia del trastorn, que el relacioni amb causes poc precises o que diversos professionals expliquin coses dispars davant del mateix problema, propicia que alguns individus percebin de manera distant les causes que proposa aquest model. En ocasions allò que succeeix és que no es nega frontalment l'explicació mèdica, però tampoc convenç. Aquestes situacions podrien ser una explicació al fet que els testimonis situïn la sort o atzar en el mateix pla de causalitat o paral·lela a l'etiologia mèdica; a més, en aquests casos en general, es considera que s'han de donar dues o més causes per emmalaltir.

La diferència més substancial entre el sector mèdic i el popular és que el sector professional obvia o amaga aquests fenòmens; en canvi, el popular els pren en consideració i en parla de forma més explícita situant la sort com una causalitat. Al factor sort s'hi han inclòs totes les malalties, també aquelles a les quals s'atribueix una alta probabilitat d'origen genètic com és el cas d'alguns tipus el càncer o altres. En aquests casos, alguns deixen una porta oberta al fet que, a més de la genètica, hi contribueix el factor sort. En canvi, quan des de l'àmbit biomèdic s'utilitzen expressions com *bona o mala sort* o *atzar* es deslliguen de la idea de causalitat, usant-les de manera vaga, imprecisa i sense vinculació; sovint es fan servir per justificar i omplir un buit al qual no es pot donar una explicació plausible mèdicament.

Tots aquests interrogants i exclamacions que s'han exposat sabem que no tenen resposta. Tanmateix, existeixen. Són qüestions que es considera involucren un món desconegut i fora de l'abast humà, o que hi pertanyen. Això no obstant, la persona que pateix el problema necessita una explicació que li aportï consol i tranquil·litat, i la busca en la dimensió que creu que li pot oferir la seva cosmovisió. I, la sort, l'atzar i el destí tenen, possiblement, com a missió complir aquest objectiu.

Les referències al destí, a la bona sort o mala sort, al món diví, al màgic o a la bruixeria les trobem en molts pobles al llarg de la història i encara actualment. Del que els zande en deien bruixeria, Evans-Pritchard ho considerava atzar, i nosaltres en aquest moment en continuem dient atzar o destí per donar alguna explicació a quelcom que no hi podem donar per altres vessants. També Muela (2007) defensa que en els "models causals de Lipangalala existeixen els accidents i la mala sort". La mala sort pot arribar a través de Déu o de la bruixeria, i molt sovint s'invoca la "voluntat de Déu". La diferència principal entre nosaltres i els zande, Lipangalala o els evuzok de Mallart, és que entre ells hi és present, acceptat i discutit, i entre nosaltres hi és present però no està acceptat ni discutit oficialment; a més, es nega i es ridiculitza a qui ho planteja. Malgrat tot, això no impedeix que les persones es qüestionin aquests temes individualment o que els comparteixin si creuen que tenen la confiança del seu interlocutor.

7.2.7. Déus, religió i espiritualitat

Les creences religioses i espirituals¹⁶⁰, ja hem vist que es relacionen amb les concepcions i vivències en la salut/malaltia i també es vinculen com a causalitats, per la qual cosa són transversals en tot el context de la salut/malaltia. Així, les causes, el manteniment o restabliment de la salut s'associen amb Déu: *Déu ens l'ha enviat, això depèn de Déu, Déu ens la dona i Déu ens la pren*. Per tant, també ens la pot restablir, atès que *si Déu vol ens posarem bé*. Aquestes relacions entre la malaltia i Déu afloren en algun moment en diverses entrevistes, així com en les conversacions informals i en els espais assistencials:

Si hay Dios, y yo soy muy creyente, Dios me manda la salud y Dios me la quita (ED22, dona, 66 anys).

¿Una enfermedad? una cosa que te manda Dios (Q149, dona, 86 anys).

A algunes persones els apareixen dubtes en el sentit de *si Déu existís aquestes coses no passarien, o no pot ser que existeixi Déu!* (a), que s'expressen en situacions penoses i de gran patiment, en les quals es pot estar envaït per emocions com ràbia, desassossec o desesperació per les circumstàncies que es viuen. Són

¹⁶⁰ La religió està associada a les creences en uns valors i pràctiques proposades i organitzades per una institució determinada per la cerca d'allò sagrat i diví. En canvi, la espiritualitat s'enfoca a través de les experiències de connexió amb si mateix, amb la natura, o amb la comunitat, és una manera d'entendre la vida i de buscar el seu significat i valor, busca un estat de pau i harmonia.

exclamacions que es manifesten davant de dificultats per a les quals no hi ha cap resposta, ni científica ni humana:

Dicen que las manda Dios, ¿no? ¡yo que sé! eso dicen, ¿no? yo que sé...Otras veces digo Dios no existe porque en esta familia está pegando muy fuerte, ahora tengo a mi cuñado también, que tengo mucho apego a él. Digo parece que Dios no existe, todo va para la misma familia, no sé, pienso yo eh, no sé...(ED14, dona, 49 anys).

Alguns professionals consideren que aquestes frases són rutinàries, ambigües i que en aquests moments es diuen coses que no tenen sentit. Però, probablement en alguns casos són reflexions més profundes que una simple exteriorització a conseqüència d'una situació de xoc, i obeeixen al fet que l'ésser humà busca una explicació que no obté des de la vessant mèdica i científica.

Amb relació a aquesta esfera, a les 25 persones entrevistades se'ls va preguntar quines eren les seves creences i pràctiques religioses, amb els resultats següents¹⁶¹:

- molt creients 2 dones
- creients 6 persones: 5 dones i 1 home
- poc creients 5 persones: 4 dones i 1 home
- van expressar dubtes 2 homes
- no ser gens creients 6 persones: 5 homes i 1 dona
- no ser creients religiosos, i sí molt espirituals 4 persones: 2 homes i 2 dones

Sols dues dones van reconèixer que eren practicants habituals; els altres van afirmar que esporàdicament i algú resava a casa. Entre les persones que van manifestar que no eren creients, una dona tenia al menjador alguns objectes religiosos catòlics, i el seu raonament va ser que, tot i no ser creient, li agradaven i l'acompanyaven. Les persones creients varen afirmar que quan resaven se sentien millor, amb alleugeriment de la situació. Entre les que van insinuar que eren poc creients i no practicants algunes van reconèixer que *jo reso a la meua manera*, i, com les anteriors, afirmaven que quan resaven se sentien millor i alleugerides:

Bueno, durante muchos años he estado emprenyada, pero reconec que reso, en la iglesia no es que no he cregui però tinc la meua fe per dir-ho d'alguna forma. No sé si és cert o no és cert, però a mi em fa bé, resar un pater noster o les meves tonteries (ED16, dona, 41 anys).

Un informant que es defineix molt espiritual explica que li van succeir experiències transcendents, i posteriorment va trobar millora en els problemes personals, que considerava els causants dels trastorns de salut:

¹⁶¹ Les 25 persones entrevistades es varen definir cristianes, excepte un home de religió musulmana, que es va definir creient no practicant.

Religiosas no, espirituales sí, y he tenido experiencias, lo que pasa que uno no lo cree hasta que le pasa... Bueno, pues lo he visto, y estaba totalmente sereno. Yo en la separación lo pasé fatal, estaba solo, tenía todos los frentes abiertos para mí, tenía que ir a trabajar, tenía que ir a los juicios, bueno, un montón de cosas, entonces llegó un momento que mi mente no podía, mi mente estaba muy castigada, yo intentaba levantarme pero aquello era una lucha mortal para mí. En el trabajo me hicieron compañía y me ayudó a salir adelante. Y en una de las noches tuve un sueño muy real: vino mi madre, mi padre y mi hermano, el que ya no está, vinieron a verme y me hablaron, ¿esto es sueño? sí. Pero como a mí nadie me puede mostrar lo que es propio de adentro, ni siquiera un médico lo puede explicar porque tampoco lo sabe de cierto; por lo tanto las vivencias que yo he tenido son muy reales. Y algo más, yo he visto que mi madre, mi padre y mi hermano me protegían y me cuidaban... Que la mente, que la explicación es psicológica... ya las conozco todas, que el subconsciente va trabajando, tal y cual, lo que tú quieras y lo que ellos quieran me da exactamente igual. Las vivencias son estas, no son discutibles ni se pueden demostrar, somos partes de psicología. Este mundo es demasiado amplio y grande para decir que con la persona muerta se acaba todo, esto es difícil de creer... (ED21, home, 55 anys).

La religió i l'espiritualitat estan unides a l'esdevenir humà. La persona busca respostes transcendents sobretot en les dificultats, i el camp de la religió i l'espiritualitat poden ajudar-la en aquests moments. El fet que alguns informants cerquin la causalitat en l'àmbit místic, i que l'afectació del cos biològic és la conseqüència d'un desordre místic o espiritual no és nou. En aquest sentit, Good (2003) sosté que la visió d'Evans-Pritchard dels zande era mística, una filosofia natural que abastava un sistema de valors per regular la conducta humana. També Foster (1976) parla d'acció positiva com a neutralitzador de la malaltia.

En el nostre context, les creences religioses i espirituals han començat a interessar com a tema d'estudi en el manteniment i la recuperació de la salut. En els últims anys s'han fet estudis que relacionen la religiositat i espiritualitat amb la salut i la malaltia, molts la consideren positiva. Alguns autors com González (2004), Navas & Villegas (2006) i Valiente-Barroso & García (2010) fan una àmplia revisió de treballs científics en què relacionen aquests dos aspectes i conclouen que hi ha relació directa entre aquests valors i el nivell de salut de la persona. Els autors sostenen que hi ha evidència que la pràctica religiosa o espiritual pot ajudar com a factor promotor de salut a una solució més ràpida o a un nombre més elevat de problemes¹⁶². Com ja hem vist, en la línia que defensen aquests autors, alguns testimonis també van manifestar que se sentien alleugerits dels seus patiments després d'haver realitzat pràctiques religioses o espirituals, i com els ajudaven que

¹⁶² Aquests autors assenyalen que s'ha observat evolució positiva en símptomes i conductes; estat d'ànim més positiu; millor satisfacció cap a la vida; millor control en la tensió arterial; millor pronòstic en el càncer; reducció de l'ansietat; recuperació més ràpida de les intervencions quirúrgiques; estàncies hospitalàries més baixes, millor control en el tabac, alcoholisme i drogues; alleugeriment en la depressió, més força i capacitat per afrontar canvis, entre alguns exemples.

la vida i la situació en què es trobaven fos *més suportable*¹⁶³. Altrament, González (2004) defensa que no sempre les creences religioses aporten beneficis; en alguns casos impliquen un perjudici, com la incidència en els sentiments de culpa, com veurem l'apartat següent.

D'altra banda, el fet que el coneixement mèdic no pot explicar-ho tot en algunes persones, els ha generat decepció cap a la professió mèdica i els ha portat a cercar explicacions en camps com l'espiritualitat, la religió o altres. Galindo, en un treball sobre les interpretacions de les persones en les malalties, defensa que:

"El desencanto del hombre contemporáneo en relación a la ciencia en tanto ésta no puede dar respuestas completas a las preguntas sobre el cuerpo, la enfermedad y la muerte se presenta como consecuencia para algunos sujetos como la búsqueda desde el otro (...). Esto se encuentra acompañado de la caída del profesional de la salud como el portador de un saber sobre la enfermedad, el cuerpo, la muerte y la salud". (Galindo, 2010, p. 72-73).

7.2.8. El bé, el mal. Culpes i tabús

La nostra cultura està arrelada a la religió cristiana, una de les tres religions monoteistes que divideixen el món entre el bé/mal, bo/dolent, normal/anormal o sagrat/profà. Aquestes religions conceben la malaltia com un mal dolent que pertany al món profà, i li instauren sentiments negatius i de culpa. Són valors que tenen les arrels en l'Antic Testament (Le Breton, 1999; Szasz, 1999). També Durkheim defensa que la principal característica de la religió és la divisió del món en dos plans: el sagrat i el profà, el bé i el mal; definint-se tots dos per una oposició recíproca. El costat sagrat és força pura, és on hi ha tot allò bo, la bona salut, la bona vida, totes les bones qualitats de l'ésser humà. Al costat profà hi ha la força impura, allò realment dolent, la malaltia, les desgràcies i la mort¹⁶⁴. Canguilhem (1971) també sosté que es vincula la salut a la religió com un do, i la seva pèrdua es fruit d'un càstig diví provocat per les transgressions tant individuals com de grup. La culpa busca un culpable.

Com hem vist en el capítol anterior, la culpa s'explica com a vivència en la malaltia. També apareix en el relat d'una part important dels testimonis quan es parla de les causalitats; ahora sovint està hi soterrada. La culpa sorgeix quan es

¹⁶³ En relació a les creences religioses en els professionals sanitaris, Duño, Díaz-Morán, Oliva, Tobeña & Iglesias-Lepine (2014) mostren puntuacions religioses baixes en els agents sanitaris, però no són obstacle per mostrar empatia cap als usuaris. Valiente-Barroso & García (2010) en una revisió bibliogràfica també apunten en aquesta direcció.

¹⁶⁴ En l'idioma castellà s'utilitza la paraula "malo" per referir-se quan una persona no es troba bé, fent-se encara més evident la connotació negativa.

creu que davant d'algunes situacions, la persona no s'ha portat *prou bé*, havent incomplert les normes socials. Per aquest motiu, ha emmalaltit o hi ha contribuït de forma decisiva, és a dir, la malaltia és la conseqüència de la transgressió de les normes. La culpa es tendeix a relacionar-la amb el mal i allò realment dolent, però pren diversos matisos. En ocasions es culpa un mateix pels actes que du a terme:

Por mi mala cabeza, yo creo que ha sido por la mili que me ha quemado mucho, la mili (ED18, home, 41 anys).

A més, es pot afegir el matís que la persona *s'ho busca*. Llavors es defensa que ni tan sols es mereix el perdó:

Home, ens causa les malalties perquè som persones i som tan dèbils, per això ens causen, si fóssim de ferro no passaria, eh, si fóssim de ferro no passaria això, però som molt dèbils, la carn és molt dèbil i per això caiem tard o d'hora. N'hi ha que cauen perquè s'ho busquen eh!, els uns perquè s'emborratxen, els altres perquè es droguen; hi ha molta gent malalta perquè s'ho busca, jo a aquests no els perdono. Ara lo que jo he agafat no ha sigut cap cosa d'aquestes, llavors sí que considero que és una malaltia que agafem les persones (E07, home, 79 anys).

En aquestes ocasions, alguns ho posen en dubte i es pregunten si el sistema sanitari ha de tractar i atendre els individus que presenten addiccions, atès que *s'ho han buscat* i se'ls fa responsables directes i únics. Per tant, haurien d'assumir les conseqüències dels seus actes; en aquests casos es pot defensar que la societat no té l'obligació d'assumir cap despesa per ells. Aquest discurs, que ha aparegut en algun sector retrògrada de la societat, es reproduïx, en l'arena social, així com en alguns professionals.

A més, altres creuen que les causes són més profundes i que transcendeixen a seguir un estil de vida saludable o haver complert unes normes; un informant creia que la salut la tenen els *millors*:

Las personas que tienen salud es porque son los mejores, son los mejores, son mejores que yo, mucho mejores. No me considero malo, pero sí agobiado, pero los que tienen salud son mejores como personas (ED20, home, 32 anys).

Algunes persones es pregunten repetidament què han fet per merèixer el càstig que pateixen, per merèixer haver de passar per les situacions extremadament difícils i doloroses en què es troben: *¿qué habré hecho yo para merecer tanto castigo?* (ED025, dona, 55 anys).

Quan les causes de la malaltia són percebudes com a esdeveniments en els quals s'ha trencat l'ordre moral, la persona ho redimeix a través de la malaltia¹⁶⁵, expressions com:

¹⁶⁵ Le Breton (1999) refereix que els relats de la Bíblia associen la prosperitat i la salut amb els Manaments de Déu, i la desgràcia, el patiment i el dolor els relacionen amb l' infracció

<i>què hauré fet jo malament!?</i>	<i>ell s'ho ha buscat</i>	<i>no s'ha cuidat</i>
<i>no es prenia la medicació</i>	<i>no ha fet bondat</i>	<i>no anava al metge</i>

posen de manifest aquesta creença. Són algunes de les moltes queixes i acusacions que expressen tant professionals com usuaris davant d'alguns problemes. En aquests casos es creu que si la persona hagués acudit al sistema sanitari, hagués seguit i obeït totes les ordres i les recomanacions dels professionals, no hauria emmalaltit; a més, com veurem, aquestes frases impliquen que es renyi el malalt. És a dir, s'han transgredit i *desobeït* les normes establertes, de manera que s'emmalalteix i llavors cal resignar-se, i es fa a través de la penitència, com pot ser una malaltia. I, s'accepta sense cap mena de qüestionament que si s'haguessin complert tots els preceptes, la persona no hauria emmalaltit, sense tenir en compte altres factors que hi poden influir com la pobresa, les dificultats econòmiques, el poc suport familiar i social, l'aïllament social o el no convenciment en un determinat tractament i la llibertat que ha de tenir l'individu a sotmetre's a un tractament. A més a més, tampoc hi ha cap deliberació professional, quan una persona, malgrat haver *obeït* totes les ordres i recomanacions, també emmalalteix, llavors es dona per "suposat" que *no hi havia res a fer*. En aquestes circumstàncies no es tenen en compte els factors individuals de cada persona, els quals porten uns a emmalaltir i altres a no fer-ho en idèntiques circumstàncies (Rose, 1985), amb la qual cosa la culpabilització a la persona li pot ser demolidora per un factor que molt difícilment pot assegurar el resultat en un o en altre sentit.

D'altra banda, se sol diferenciar entre els problemes que es creu que es poden evitar d'aquells que no. Els biològics o naturals són els que la persona no hi pot fer res, de forma que no se la considera responsable directa de la malaltia. En canvi, els trastorns derivats d'addiccions (alcohol, tabac, drogues o qualsevol altre tipus) o del menjar en els casos d'obesitat, es creu que no s'han seguit les regles; per tant, eren evitables. En aquests últims es posa l'accent en el comportament individual, de manera que es responsabilitza directament i sols la persona d'allò que li succeeix, solament ella n'és responsable; per tant, culpable. Però, alhora i progressivament, es van convertint problemes que abans es consideraven no

de la llei. El càstig recau sobre aquell que s'allunya del camí correcta i provoca la còlera divina; el dolor el cristianisme el presenta com una ofrena que obeeix a dos motivacions: el perfeccionament de la moral i a la recerca de la salvació. Atribuïnt la causalitat de la malaltia a una desgràcia provinent de la desobediència a Déu, es reprèn el llibre del Gènesi el qual considera que la malaltia és una conseqüència del pecat original, un càstig imposat a la desobediència de Déu.

evitables en evitables, així es pot acusar una persona que no s'ha protegit prou davant d'una suposada epidèmia i haver emmalaltit per aquest fet.

La culpa també pot aparèixer de manera menys visible i es posa en relleu amb un comentari que pot semblar ingenu com *jo m'he cuidat sempre!*. Aquesta expressió admet que no cuidar-se porta problemes, i, depenent del to en què es diu, encobreix una justificació en què un mateix s'exculpa que alguna cosa no ha fet bé anteriorment i és el causant de la malaltia. En conseqüència, l'expressió amaga un rerefons de culpa que provoca dubtes i malestars.

Cal remarcar que en algun cas, en les entrevistes, alguns testimonis no van explicar fets que els havien succeït fins que no varen tenir la confiança per fer-ho, al·legant que *no m'havia recordat d'explicar-l'hi...* Allò que hi havia al darrere era el tabú a uns fets en els quals hi havia el rerefons de la culpa i la vergonya; generalment estaven relacionats amb addiccions i les problemàtiques que comporten.

De manera paral·lela i associada a la culpa, apareix la "resignació". Expressions com *ens hem de resignar, no hi ha cap més remei o ho hem d'acceptar*, indiquen que cal acceptar amb *resignació* aquella situació. En aquests casos la malaltia pot esdevenir un valor, com *una prova que posa Déu al camí* (a).

Un altre tema que cal destacar és el que fa referència als tabús. Entre les malalties amb més connotacions negatives hi ha encara actualment el càncer i la sida, les quals es tendeixen a amagar i a ometre'n el diagnòstic. Són les que estan més envoltades de tabús. Altres que també s'amaguen són aquelles de les quals no es coneix bé l'etiologia, les que afecten la cognició i les mentals, els problemes derivats de l'alcohol o altres addiccions, com hem vist en el capítol anterior. És a dir, les que poden encobrir la culpa. La tendència a ometre el diagnòstic també l'evidencia Martorell-Poveda (2015) en el cas de la malaltia d'Alzheimer.

En alguns casos, de les malalties que generen tabú no se'n parla obertament i s'evita mencionar-les, especialment el càncer. El tabú ja pot aparèixer en el moment de començar a parlar, es fa sense anomenar-lo directament, els interlocutors ja donen per entès allò a què s'estan referint; en la conversa es fa alguna pausa, es gesticula i s'intenta no pronunciar la paraula *maleïda*. Es poden utilitzar expressions com *té això, el mal de moda o una altra amb el mateix*. El càncer es continua considerant *el mal dolent*, i com diu Sontag (2003), és l'expressió màxima d'una malaltia misteriosa i dolenta. També les problemàtiques derivades

de l'alcoholisme o drogodependències es poden expressar amb un to de veu més baixa dient: *és que bevia molt!*, acompanyat del llenguatge no verbal.

Una altra qüestió és com s'intenten trencar alguns tabús i desestigmatitzar la malaltia. Un dels exemples més visibles el trobem en el càncer. En els anys noranta es va iniciar als EUA el moviment del llacet rosa o *pink ribbon*. L'objectiu era desestigmatitzar i fer visible el càncer de pit en les dones fomentant els programes de prevenció. Sumalla *et al.* (2013) defensen que en aquell moment es planteja com un dèficit de conscienciació, però el fet és què encara ara es promouen aquestes campanyes publicitàries¹⁶⁶, i malgrat això, el càncer continua estigmatitzat i sent un tabú. Així, per apaivagar-lo, a les dones amb càncer se les insta a mantenir una bona imatge física per les conseqüències positives que aporta. Actualment es duen a terme sessions de maquillatge en els centres hospitalaris per mitigar les seqüeles de la quimioteràpia o es potencia l'ús de les perruques. Els professionals sanitaris animen les malaltes a acudir-hi: *ya me lo dice la doctora, vosotras aunque tengáis eso, también tenéis derecho a estar guapas, también os podéis pintar como las otras personas* (a)¹⁶⁷.

En aquest sentit, Sumalla *et al.* (2013) defensen que l'objectiu d'aquestes campanyes era, entre altres, desestigmatitzar, però comentaris com l'anterior ens mostren que no s'ha assolit. Les frases *vosotras aunque tengáis eso* i *os podéis pintar como las otras personas* ens diuen que hi ha un *vosaltres* i un *nosaltres*. Això ens mostra que no es tracta les dones amb càncer amb normalitat, que pertanyen a un *altre grup* i que tenen una malaltia que és *eso*. També Porroche-Escudero (2016) sosté que s'han portat a terme campanyes contra el càncer de pit amb l'objectiu d'empoderar la dona i la societat pel que fa les decisions que s'han de prendre. Alhora, l'autora defensa que no han generat una consciència crítica, ans al contrari; han seguit les directrius hegemòniques; a més, sosté que no han empoderat a la

¹⁶⁶ Es dedica un dia amb tota mena d'actes socials i es dona veu a testimonis presentant-los com a supervivents. Es busquen noves maneres de representacions socials de la malaltia, allò que abans era ocult ara s'ha de fer visible, allò que abans era negatiu ara s'ha de convertir en positiu. El càncer de pit en les dones és el paradigma d'aquestes campanyes però no l'única, n'apareixen de noves o altres deixen de realitzar-se, en aquests moments pren rellevància la de còlon, i ho ha estat el de pròstata.

¹⁶⁷ Sumalla *et al.* (2013) assenyalen que l'empresa de cosmètica Estee Lauder va contribuir especialment a la cultura hegemònica a imposar símbols com el llacet rosa contra el càncer. A més, segons el mateix autor, en els homes es posa l'èmfasi en què mostrin el seu coratge i fortalesa davant la malaltia acudint a les seves obligacions laborals, tot i els afectes adversos de la medicació, i es pregunta el perquè es circumscriu l'atractiu físic a l'àmbit exclusivament femení, i si els homes no podrien aprofitar-se també dels abordatges cosmètics.

dona sinó que han actuat en sentit invers, fomentant la dependència cap al sistema.

En síntesi, es dota les malalties de significat, i en aquest sentit Sontag (2003) assenyala que no hi ha res més punitiu que actuar en aquesta direcció. L'autora considera que actualment el càncer o la sida són malalties "mestres", com abans ho havia estat la tuberculosi. I tant abans com ara, són utilitzades per proposar i imposar nous criteris de comportaments de salut i de vida. D'aquesta manera es pretén reprimir la població amb allò que es considera oportú. Dotant de significat les malalties, és més fàcil que els individus se sentin culpables i obeeixin les regles. En aquest sentit, Tizón (2011) sosté que l'ésser humà té por a la condemna eterna, per la qual cosa cal resignació; Galindo (2010) subratlla les relacions de la malaltia amb el dimoni, la culpa i el càstig; per Mallart (1998), la medicina i la religió són dos temes que no es poden tractar per separat entre els evuzok, ja que estan íntimament entrelligats; i Rivers (2010) mostra com les malalties són atribuïdes a la transgressió de normes i a la infracció de tabús en moltes societats ben diferents. En aquest sentit, també Freidson (1978) i Illich (1975) defensen que l'activitat mèdica és també moral, de la mateixa manera com ho són el dret i la religió.

7.2.9. De no en sabem les causes a les multicauses

És un fet que el model biomèdic no pot explicar les etiologies de totes les malalties ni donar-hi resposta, en especial les cròniques o el càncer. Així, alguns informants també manifesten que ells no saben l'origen de molts problemes de salut, i creuen que tampoc el coneixen ni els metges ni la biomedicina, malgrat que *els metges sempre hi donen alguna explicació* (a).

En aquest sentit, l'informant següent afirmava que les explicacions que li ha donat el metge no tenen fonament ni són veraces i no el van convèncer:

A mi em feia mal el peu dret, vaig anar al traumatòleg fa cinc o sis anys, tenia setanta cinc anys, i el primer que em va dir és que el peu és vell. Dic, miri doctor: l'altre peu també és vell i tot jo soc vell, perquè el peu és vell no em fa mal. Hi ha vells de noranta anys que caminen la mar de bé i salten i ballen; per tant, baf, perquè li va sortir així. I no és motiu, teòricament tinc espolons als dos peus, fa un any que m'han marxat. Són aquelles coses que aquí hi ha una mica de deformació professional, perquè clar, jo soc enginyer, si jo he de fer un pont, com el faré?, ha d'aguantar tantes tones, hi ha moltes maneres de...(ED12, home, 80 anys).

També, algun testimoni creu que és molt difícil saber-ne les causes: *sabem molt poca cosa del que ens succeeix, per dir-ho d'alguna manera* (a), pel fet que *la complexitat del cos humà té moltes dimensions que no les coneixem com humans* (a).

Són varis els testimonis que fan incís que, a més, del pla físic i biològic, l'individu el formen unes esferes que ens és difícil accedir-hi, i més encara, de conèixer-les.

Altres afirmen que no en tenen la més mínima idea: *ni idea, no sé las causas, vienen y ya está* (ED11, home, 23 anys). Cal remarcar que sovint apareixen dubtes i contradiccions en les causalitats en un mateix informant. Aquest testimoni havia insinuat anteriorment que la sort era la causalitat més important per tenir salut i no emmalaltir. Tanmateix, és significatiu que en les causalitats que va mencionar en diferents moments al llarg de l'entrevista no hi apareixen les biomèdiques.

La informant següent es va culpar durant molts anys ella i va culpar la seva família del trastorn que tenia, la qual cosa li provocava molta angoixa; posteriorment va creure que no hi havia culpables pel fet que no se'n poden saber les causes. Aquest fet la va alliberar dels patiments i culpes:

No en tinc ni la més mínima idea, perquè m'he culpat molt durant tota la meua vida, i ja he après a no culpar-me des de fa ja molts anys, si han de vindre vindran. Culpava als pares, a les discussions, però això ha passat, ha quedat enrere (ED16, dona, 41 anys).

Els dubtes sobre les etiologies sovint també apareixen en els àmbits assistencials. Interrogants com ara: *però ja en saben la causa?; estan segurs que aquesta és la causa?; o no creuen que hi pugui haver alguna cosa més?* ens mostren els neguits en aquest sentit. Aquests interrogants i exclamacions es remarquen quan ens trobem davant de processos que es van complicant. Llavors van apareixent més dubtes i més preguntes sobre els orígens per què succeeix.

En el sentit contrari a no conèixer les causalitats hi trobem la "multicausalitat". Diversos informants creuen que hi ha més d'una causa, i esmenten tant les provinents del camp oficial com les que hi estan fora:

Genética, a lo que pasas en familia, a como llevas tu vida, y a la suerte que tengas (ED06, dona, 40 anys).

Fins i tot en algun cas en què se n'anomenen de diverses i seguides, cap prové bàsicament del camp biomèdic, com són les relacions socials, la sort o les drogues, però focalitzant-les en el context:

Sí, inteligencia, en algunas cosas sí he sido inteligente, pero en otras no, porque yo me he dejado llevar por la gente, la gente me pide un cigarro y yo toma un cigarro (...). Mira cuanta gente que me ha venido a molestar, es un ejemplo (...). Yo tuve la mala suerte de caer donde caí, en el mundo de las drogas, y me estropeé la salud. Estar enfermo es medio muerto, es estar medio muerto (ED18, home, 41 anys).

També, alguns tenen dubtes i enumeren diverses causes al mateix temps que afirmen que no les saben:

No lo sé, vienen y a cada uno le toca...El azúcar es hereditario, mi madre es diabética, a la suerte (ED13, dona, 44 anys).

Una sola causa, sigui un microbi, genètica o una addicció, es pot creure que no és suficient per desenvolupar una malaltia. En el cas d'una infecció, algunes persones creuen que l'agent microbià en si mateix no explica del tot *el perquè* s'ha emmalaltit. Per exemple, *perquè* davant d'una epidèmia no emmalaltim tots és una pregunta que no té resposta i crea dubtes. Aquests factors sovint no es goosen verbalitzar. No obstant això estan presents en l'imaginari d'algunes persones. Així, es pregunten com davant de la mateixa exposició o circumstàncies uns desenvolupen malaltia i altres no. Aquest fet succeeix en diversos camps de les causalitats:

Jo crec que la cocaïna en la salut m'ha afectat, com tot; jo crec que és un conjunt de coses, de gens, de vivències a casa, de les drogues que vaig prendre. Hi ha gent que ha provat coses i no té res, hi ha gent que ha provat coses i sí que té. Hi ha gent que mai a la vida ha provat coses i sí que té, es que...com saps per què t'ha vingut? (ED16, dona, 41 anys).

Aquesta informant afirmava *no en tinc ni la més mínima idea*, malgrat que reconeixia que hi havia tot un conjunt de factors que ella considerava que l'havien predisposat als seus problemes.

7.2.10. Els inicis

Les persones no solen preguntar-se com i per què s'ha iniciat una malaltia si aquesta és coneguda i de les "normals i corrents". Quan es preveuen greus o invalidants, apareix l'interrogant de *per què a mi?* i poc el *com*.

En canvi, davant de malalties que es cataloguen de contagioses o en situacions especials o excepcionals, la pregunta sol ser *com l'he agafat jo?* o també *on l'he agafat jo?* En aquest sentit, un exemple de contagi el trobem en l'episodi de la grip A (2009-2010), durant el qual els mitjans de comunicació i els professionals, precisament, van insistir en les formes de contagi¹⁶⁸. Aquest fet va causar preocupació social, i la pregunta que es formulaven la majoria dels malalts que van estar ingressats en una UCI va ser el "com" i el "on" s'havien contagiats.

Per alguns d'aquests malalts, esbrinar *com l'he agafat* i *on l'he agafat* es va convertir en gairebé una obsessió, era l'objectiu principal que calia conèixer. Uns

¹⁶⁸ Durant aquest episodi constantment s'informava de l'evolució del brot, es destacaven i s'insistia en les mesures preventives oficials com la utilització de mascaretes o medicació antiviral, s'anul·laven actes públics sobretot massius, tancament d'escoles, reducció del transport públic, anul·lació de vols.

quants mesos més tard, alguns encara es preguntaven amb insistència i preocupació aquestes qüestions. Es buscaven totes les possibilitats que poder saber *on*. La informant següent posava els dubtes en el sol fet d'obrir la finestra per estendre la roba:

Luego por postres no sé donde lo cogí, si la cogí en el hospital x la gripe A, yo llegué a pensar que tenemos aquí dos ventanas, tenemos los tendederos y un toldo para las palomas, hay un nido...(EG01, dona, 47 anys).

Posteriorment, aquesta dona encara tenia basarda a obrir la finestra i estava molt atenta que no hi hagués coloms a prop. La seva por era contagiar-se un altra vegada i emmalaltir de nou. Algunes persones durant aquest episodi no sortien de casa o solament en casos estrictament necessaris, i haver emmalaltit malgrat no haver sortit encara, els causava més indefensió i inseguretat:

Últimamente ya casi no salía, salía aquí a la casa, un día subí al centro, a correos, y luego si iba al hospital x ya iba en ambulancia. Yo no sé donde la cogí. Yo no salía de casa. Ya me lo decía la doctora, procura contra menos salgas, nada más que estés en el entorno de tu familia y ya está. Tenía tanto miedo...Antes que me lo dijera la doctora ya casi no salía, ya me puse enferma, no me dio tiempo a nada (EG03, dona, 49 anys).

La preocupació per aquest inici de *com i on he agafat la malaltia* ocorre posteriorment d'haver-la patit, i especialment en les malalties a les quals s'atribueix un origen de contagi i infecció. Paral·lelament, apareixen interrogants com *què hauria pogut fer per evitar contagiar-me?* (a). La interpel·lació va dirigida cap a ella mateixa o cap als altres, en especial si es creu que els professionals no han informat adequadament les normes que cal seguir.

7.3. CAUSALITATS RELACIONADES EN MOMENTS O FETS CONCRETS

Aquest apartat també està dedicat a les causalitats, però es basa en la segona premissa: en les relacions entre la malaltia i els fets ocorreguts en un moment concret o al llarg de la vida. Els testimonis d'aquest apartat provenen de les entrevistes i tots són usuaris grans freqüentadors al SUH.

D'acord amb les respostes obtingudes, s'ha elaborat una classificació en tres categories:

- relació amb uns moments o fets molt concrets i narrats amb contundència

- acumulació de fets ocorreguts al llarg de la vida o amb menys contundència narrativa
- sense relació entre la malaltia i fets ocorreguts

Relació amb uns moments o fets molt concrets i narrats amb contundència. Són diversos els informants que, davant de la pregunta, de manera ràpida, directa i sense pensar-ho, relacionen la causa de la seva malaltia, patiments o penes amb uns moments o fets molt precisos que varen viure, i ho fan amb una gran contundència, seguretat i sovint amb una càrrega emocional significativa. Ho relacionen amb unes circumstàncies molt concretes, concises i doloroses, les quals són d'una gran transcendència i gravetat. Es tracta d'uns fets que des del primer moment els van comportar molt patiment. Hi situen el desencadenant de la malaltia o trastorn; a més a més del fet en si mateix, s'hi han d'afegir totes les conseqüències posteriors que els van comportar, les quals els van anar generant més problemes. Uns esdeveniments als quals sovint busquen explicació, alguns de manera obsessiva; tanmateix, no la troben. Generalment són episodis que els van marcar la vida de manera decisiva i els van deixar una profunda tristesa. Diversos els situen en la infància i en la joventut, també en l'edat adulta; l'àmbit en què més van ocórrer és el familiar, també en esferes socials com l'escola o el laboral.

Alguns refereixen fets tan greus com abusos sexuals per part de familiars com el padrastre o altres de propers, també maltractaments físics, com ara pallisses, o psicològics molt profunds:

Me viene de pequeña. Tuve maltratos de mi padrastro, me pegaba y tuve abusos sexuales por parte de él, yo tenía seis años, entonces no entendía nada, no era consciente de lo que pasaba, no se lo dije a mi madre. Hacia los doce o trece años fue cuando empecé a tener conciencia de lo que pasó. Ahora no quiero recordar el pasado, ya ha pasado y no puedo hacer nada con lo que pasó hace muchos años. Ahora que tú me lo preguntas lo explico, no me hace nada explicártelo, pero sé que no le puedo dar vueltas, no puedo hacer nada contra esto (ED02, dona, 36 anys).

Mi padre me pegaba en la cuna, me dejó señales para toda la vida...Me dolía una vez la muela porque la tenía con caries y estaba llorando para ir al dentista, y me pegó un puñetazo en la cara para que no me quejara, dijo que así me dolería toda la cara y no me quejaría. Mi padre siempre nos pegaba, le ponía los cuernos a mi madre, un día le puso un cuchillo en la garganta, le abrió un ojo, un día sacó una pistola, era policía...(ED06, dona, 40 anys).

Altres, a més de situar el problema en el nucli familiar actual, també posen èmfasi en problemes familiars que ja van succeir amb avantpassats i ocorren també en altres de familiars, uns fets que involucren l'esfera social, en aquest cas l'escola:

Mi padre me maltrataba, mi madre también, unos malos tratos...me rompía dedos, me rompía palos de escoba en la cabeza (...). En el colegio también me maltrataban, me pegaban, me daban patadas las niñas y los niños, yo quería salir corriendo y me

cogían de la camiseta, me ahorcaban con la camiseta, me bajaban los pantalones, un día me llevaron al campo y me metieron un palo por atrás (...). Muchos problemas en toda la familia, por parte de mi madre sí, mi abuela materna ingresó a todos sus hijos en un centro de acogida y se quedó sólo con mi madre. De los abuelos de mi padre no sé nada, bueno, tenían otro hijo alcohólico, mi padre era alcohólico también. Se suicido un hermano mío tirándose al tren. También un tío mío me intentó violar, hermano de mi madre, sidoso, recién salido de la cárcel porque robaba bancos, casi me viola (ED01, dona, 36 anys).

També expliquen successos que no s'esperaven i que els van causar, a més del trauma pel succés, molts altres perjudicis tant des del punt de vista personal, econòmic o familiar, com és ingressar el marit en una presó:

A los años que ha pasado mi marido en rejas y de la bebida que toma él, yo todo lo achaco a él. Todos esos problemas empezaron a raíz que él entró en la prisión, porque yo me vi sola sin protección. Empecé a visitarme con treinta y tres, el entró con treinta y dos a la cárcel. Entonces empecé a visitarme, tuve depresiones y ataques de ansiedad. Desde el primer momento empecé a visitarme y a medicarme. Me puse tan mal por el hecho de que él entrara y yo me quedaba con un niño pequeño de nueve años y sin apenas trabajo, después tuve trabajo (ED03, dona, 44 anys).

La testimoni següent ho relaciona amb la malaltia i mort de la seva mare en unes edats joves per a ambdues:

Hombre a mi me ha afectado mucho la muerte de mi madre...empecé a estar mal cuando ya nos dijeron que iba a fallecer mi madre. Hasta aquel momento yo no había estado mal, no. A partir de aquel momento ya me noté baja de ánimos, cuando la operemos como no nos dijeron nada, de pecho era. Pero después se ve que se le extendió a la cabeza, tenía toda la cabeza llena. (ED04, dona, 36 anys).

També es relaciona amb l'àmbit laboral i econòmic:

A abusos de no dormir, de voler fer diners, de no prendre les coses amb calma. Fue a causa del bar, de no dormir, sólo dormía tres o cuatro horas diarias y trabajaba dieciséis. No veía a mi hijo, mi hijo no me reconocía, un día llegué y mi hijo me miro extraño, como si no reconociera a su madre, esto me partió por la mitad, que mi hijo no me reconociera, ahí empezó el problema, yo estaba agotada. Fue un impacto...(ED07, dona, 35 anys).

Generalment, els testimonis expliquen fets que s'inicien en un moment i es perllonguen durant un període llarg; altrament, alguns ho relacionen amb un esdeveniment molt concret i de curta durada, però amb un gran impacte pel fet que no se l'esperaven i els va canviar radicalment la vida:

Sí, con lo de mi mujer, y también con lo de mi padre, pues encontrarte solo, encontrarte solo es una cosa muy fuerte, el que no te quiera la familia...Sí, sí, con lo de mi mujer, que ella se separó de mí, me plantó sin darme ninguna explicación, y se fue a vivir con otra mujer (...). He estado engañado toda la vida (...). También con lo de mi padre que no me quiso ayudar ni acoger en su casa...(ED08, home, 54 anys).

La testimoni següent afirma que tot es va iniciar després d'haver abandonat la seva residència de tota la vida i es va traslladar a una ciutat desconeguda on no hi havia cap més familiar. El seu marit va morir al cap de poc temps i ella va

emmalaltir. Aquesta dona d'ètnia gitana, va insinuar que el motiu del canvi de domicili havia estat per problemàtiques en la comunitat familiar i social:

Venir a vivir aquí en esta ciudad me mató, se dio esa casualidad que me puse enferma. Yo allí estaba muy bien, fue pisar esto y ponerme mala. En mi vida había llamado a una ambulancia, y ahora estos cuatro años están cansados de mí. ¿Las causas? el dejar mi sitio de siempre, de toda la vida, esto me generó una gran frustración, también el encontrarme sola, me encontraba muy sola, aquí no vivía nadie más de la familia (ED22, dona, 66 anys).

Acumulació de fets ocorreguts al llarg de la vida o amb menys contundència narrativa. Algunes persones creuen que el seu procés de malaltia és fruit d'una acumulació de fets que els han succeït al llarg de la vida, els quals els van anar modulant la seva trajectòria vital fins a manifestar-se en una malaltia. Aquí no hi estableixen una relació tan directa ni contundent amb un moment o fets més concrets, més aviat ho relacionen amb una sèrie d'esdeveniments que es van concatenant al llarg de molt temps. Igualment que en el grup anterior, l'inici se situa més en la infància i la joventut que en edat més adulta, i tant en l'àmbit familiar com el social. Uns quants mostren dubtes en un primer moment, però ho rumien i reconeixen uns fets que els van succeir, i acaben establint-hi relació.

Alguns admeten que hi ha uns fets que els han acompanyat durant la vida, alhora estan insegurs que puguin ser la causa de la malaltia i, finalment accepten que potser sí que hi ha una relació entre tots:

No ho sé, si ho sabés, no ho sé, no ho sé...jo crec que està relacionat amb l'autoestima, sí, de jove no tenia autoestima degut al problema de caminar, i sí em produïa...i sí, vaig començar a beure per sentir-me millor. Però acabes en un pou que no saps com sortir, eh!. Els problemes de salut mental em van començar a sortir al cap d'uns anys de beure...sí, li veig relació entre les dues coses, jo crec que sí (ED17, dona, 39 anys).

Altres reconeixen que mai s'havien plantejat aquesta relació i mostren dubtes en un primer moment, però davant la pregunta hi veuen una possible connexió, i admeten que van viure uns esdeveniments que els van condicionar la vida:

Jo crec que ara que parlem de tot això pot ser degut una mica a la vida que hem viscut, jo crec eh, hi crec eh, jo sí, jo crec que sí perquè...jo crec que hi influeix d'una manera o una altre, perquè aquest neguit que porta el cos... Jo crec que aquest neguit ha d'influir amb algo jo crec eh!. No m'he recordat de dir-li que jo de petita, petita, joveneta, vaig tenir un problema molt gran, perquè el meu pare era alcohòlic, no havia recordat de dir-li això, i això sí que recordo que m'havia passat moltes vegades quan hi havia aquella mala maror a casa quan ell no venia bé. El meu pare li va passar que era un home que no volia anar a la guerra perquè no volia disparar, ell era d'esquerres i els seus germans eren de dretes, i ell deia que no volia anar a matar als seus germans, i va tenir una obsessió tan gran amb això que li va donar per beure i cada vegada que bevia ens explicava el mateix, sempre, sempre, i vam tenir molt mal viure a casa, no havia begut fins el moment que li va passar això, mai, abans mai havia begut (ED19, dona, 74 anys).

També es reconeix una seqüència de fets que van succeint, que en un moment determinat es desencadenen amb més força:

No lo relaciono, es que fue consecuencia de un seguido de casos correlativos y encajó ahí en ese momento. Son las consecuencias que van ocurriendo y cuando ocurre algo siempre hay algo que está en marcha, entonces se pueden cruzar muchas cosas... Fue a partir de la separación que me empecé a encontrar mal y aparte que mi familia era muy problemática. Mis hermanos eran muy problemáticos, sí, prácticamente fue al mismo tiempo la separación y el problema de la herencia, un año arriba o un año abajo (ED21, home, 55 anys).

Altres identifiquen molt patiment personal, molts problemes familiars de diversa índole: *No sé...molt patiment en la família, molts patiments ...molts, varies coses (ED25, dona, 55 anys).*

Sense relació entre la malaltia i fets ocorreguts. Pel que fa a les persones a qui es va plantejar la pregunta, són poques les que no troben cap relació entre la malaltia i successos ocorreguts. Algunes no s'havien plantejat mai la relació, i en algun cas fins i tot els va causar sorpresa aquesta pregunta:

Però que siguin uns fets concrets no ho veig, no, no, aquestes coses venen quan venen i no s'hi pot fer gaire res (ED15, home, 51 anys).

Jo no ho relaciono la meua malaltia amb cap fet concret, no, no, no...Doncs no ho sé, perquè si jo hagués de dir em va passar això o això altre, jo no ho relaciono amb res (ED09, home, 79 anys)¹⁶⁹.

L'informant següent no ho relaciona amb cap factor concret, però diu que els metges li van insinuar que podia ser una malaltia professional tot i que ell ho posava en dubte: *no, no, però sí que a la clínica x el que van dir que el càncer era un càncer professional (ED12, home, 80 anys).*

Una part considerable dels entrevistats a qui es va plantejar aquesta qüestió, que es pot situar al voltant de les tres quartes parts, relaciona uns fets determinats i les conseqüències que els va comportar l'origen de la seva malaltia, és a dir, estan inclosos en els dos primers grups, i d'aquests una part important en situen l'inici en la infància o en la joventut. Alguns es refereixen a aquest moment com un *trauma* o *impacte* que va desencadenar el trastorn. Aquesta idea apareix en alguns testimonis, i la malaltia es pot manifestar ja en el primer moment o posteriorment:

Són degudes a un trauma, i a diferents coses a nivell general (ED23, home, 21 anys).

El que tiene salud pues que se cuide y que no haya pasado ningún trauma...A traumas, a traumas que hayas pasado, no se...(ED01, dona, 36 anys).

¹⁶⁹ Aquest home, en aquest cas afirma que no veu relació en aquest aspecte, però en el cas del mal d'ull, va ser un testimoni molt actiu i convençut en aquest fenomen.

Com hem vist, els fets que expliquen els testimonis dels dos primers grups generalment involucren la família, però també altres esferes com l'escola, l'àmbit laboral, econòmic o altres del camp social. En aquests grups hi ha bàsicament persones amb processos complexos, malalties cròniques, mentals, addiccions, diagnòstics incerts o sense diagnòstic mèdic, però tenen en comú que presenten un alt grau de patiment, angoixes, sofriment, afliccions i neguits.

En aquest sentit, Marmot i Wilkinson (2006) en els *solid facts* posen l'accent durant els primers anys de vida, com els esdeveniments que succeeixen en aquesta etapa són crucials per al desenvolupament de la persona i influeixen en la resta de la vida. Altres punts que proposen els mateixos autors com a *solid facts* són l'exclusió social, el poc suport familiar o social o les addiccions a drogues. Són aspectes que també estan presents en les problemàtiques que expliquen els testimonis. També apareix l'esfera econòmica. Són bastants els que a la vida han viscut en una situació econòmica precària o molt precària, que encara perdura actualment en alguns, atès que solament disposaven d'una ajuda escassa per viure, la qual cosa agreujava encara més la seva situació.

Aquesta relació que estableixen algunes persones entre els primers anys de vida i joventut amb la malaltia posterior també l'exposa Good: "doctor, ¿es posible que una experiencia de la infancia pueda causar un dolor como este?" (Good, 2003, p. 220). Aquesta és la reflexió i l'interrogant que una persona amb dolor crònic i invalidant li planteja a Good. El mateix autor també explica molts casos de malalties que tenen un diagnòstic mèdic incert, de molt llarg recorregut, iniciades en edats joves, en les quals les persones expliquen que han passat per circumstàncies molt problemàtiques. Good també sosté que es tracta de problemes crònics i que requereixen moltes visites mèdiques al llarg dels temps, així com visites a altres especialistes com ara psicòlegs o altres terapeutes, uns fets que també relaten la majoria dels testimonis d'aquest treball. En el capítol següent veurem la gran quantitat de recursos terapèutics que consumeixen.

Alguns d'aquests testimonis expliquen un trauma o impacte en el qual situen el començament dels seus problemes; a partir d'aquest moment van construint i modelant un relat a través de successos seqüencials, experiències i relacions que van vivint, on tot va prenent forma i van dotant de significat, interpretant i re-interpretant en la seva lògica i vivència particular, personal i intransferible. És el que B. Good anomena "elaboració de la trama": "La trama es lo que confiere orden a

la historia. Es el ordenamiento secuencial de los acontecimientos y de las relaciones que los conectan entre sí" (Good, 2003, p. 264). D'aquesta manera, la persona va construir el seu propi relat d'acord amb allò que li ha succeït i que ha après, i estableix relacions amb tot allò que l'envolta. Algunes interpretacions provenen del coneixement oficial, però altres són un compendi que abasta diversos camps i perspectives, i entre tots la persona li dona una explicació que pren significat, en la qual se sent representada. És un relat que en algunes ocasions segueix tota una línia familiar, la seqüència generacional hi està present i en forma part. Aquest fet també està en consonància amb les tesis de Schützenberger (2006) sobre els lligams familiars inconscients, en com es van reproduint uns fets en les successives generacions.

En tots aquests casos el focus no se situa sempre en la malaltia *per se*, atès que en algunes el diagnòstic mèdic és dèbil o irrellevant, sinó en tot allò que l'envolta, en el significat que li dona cada persona, en com ho viu, és a dir, en la singularitat que esdevé única i irrepetible.

7.4. LES CAUSES *FOLK*: EL MAL D'ULL

Es tendeix a creure que les malalties "populars o folk" com el "mal d'ull" ja no existeixen en el nostre entorn, que *són cosa del passat*. En les entrevistes quan es va preguntar als informants quines causalitats atribuïen a les malalties, cap d'ells va anomenar el mal d'ull sinó les causes exposades fins aquest moment. En canvi, quan se'ls va preguntar directament si ells hi creien van contestar sense cap inconvenient a aquesta qüestió.

El mal d'ull es basa en la idea que una persona pot causar dany a una altra a través de la mirada, pot ser de manera intencionada i clara voluntat de causar dany o de manera involuntària solament mirant a la persona amb enveja o admiració. Els seus orígens no es coneixen bé, la majoria d'autors els situen a l'Orient Mitjà i d'allà es va estendre a molts altres indrets del món. A la Bíblia ja hi ha referències a la mirada amb mals ulls a Samuel, 18: 8-9: "Saúl se irritó mucho, y esto le desagradó, pues decía: 'Dan diez mil a David y a mí mil; nada le falta, si no es el reino'. Desde entonces miraba Saúl a David con malos ojos". Erkoreka (2005) assenyala que en el Museu del Louvre, a la sala del Codi d'Hammurabi, s'hi exposa

una tableta que conté un conjurament contra el mal d'ull, datada en el segon mil·lenni aC.

Les creences en el mal d'ull sembla que en l'Edat mitja eren comunes a tota Espanya¹⁷⁰. A Catalunya P. Castell (2013) les descriu en els registres de visita de les diòcesis catalanes de principis del segle XIV, "El Costumari català" (Amades, 2003 [1950]) n'és un altre bon exemple, on mostra la pervivència de costums i tradicions al llarg dels segles fins encara avui¹⁷¹.

Actualment aquesta creença està estesa en una gran diversitat de països¹⁷², s'expressa en totes les llengües de l'Estat Espanyol i també en altres com l'occità, el francès, l'italià, l'alemany, l'anglès, l'àrab o l'hebreu, arreu es relaciona amb els ulls i la mirada és el mitjà de transmissió (Erkoreka, 2005).

La creença és que el mal d'ull pot afectar potencialment totes les persones, però les més vulnerables serien els nounats i els nens petits, les dones joves (en especial si són guapes) i les ancianes. També pot afectar animals, plantes i possessions com terres de cultiu, negocis, embarcacions o qualsevol objecte inanimat, les afectacions són en forma de males ratxes en les collites, en la pesca, incendis, catàstrofes naturals i adversitats vàries (Erkoreka, 2005; Gracia, 2015; González, 2010; Jaén, 2013; Idoyaga, 2013; Idoyaga & Gancedo, 2014).

Quan prové d'una acció intencional l'agressor pot ser qualsevol persona, atès que moltes poden sentir enveja o ira davant d'una altra per la seva bellesa, riquesa, feina, família o parella. En canvi, quan és involuntari es creu que el provoquen més els parents de la víctima, que en aquest cas danyen per estima (Erkoreka, 2005; Gracia, 2015; González, 2010; Jaén, 2013; Idoyaga, 2013; Idoyaga & Gancedo, 2014). Així, qualsevol persona és susceptible de provocar-lo si es donen les situacions adients, una condició és que l'afectat ha de ser més dèbil que el causant.

¹⁷⁰ Segons Foster (1953) aquestes creences eren comuns a Espanya al segle XVI, sobretot en el sud, es van portar a Llatinoamericà amb la colonització on encara perviuen.

¹⁷¹ El "Costumari català" conté relats que ens parlen de bruixes, diables, mals esperits, malefics contra les persones, animals i béns materials, també descriu pràctiques per la seva prevenció i guarició com tiradors de cartes, oracions, ornaments, reculls d'herbes, ingestió de determinats aliments i beuratges, ungüents o la pràctica de fogueres.

¹⁷² Idoyaga (2013) i Idoyaga & Gancedo (2014) realitzen una recopilació d'articles de diferents autors que mostren la seva presència en creences i en pràctiques en una gran diversitat de països, entre els que citen hi trobem Europa (especialment el Sud), Anglaterra, Alemanya, Romania, Hongria, tota la Conca Mediterrània, Orient Mitjà, Nord d'Àfrica, Llatinoamèrica (de Mèxic a Xile), referències en els EUA i Canadà, fins altres indrets com Rússia, Filipines, Índia, Pakistan, Iran, Xina o Etiòpia.

L'esfera que més sovint es relaciona és amb l'enveja, també la cobdícia i la gelosia, en aquest sentit Foster (1972) sosté que l'enveja és un fenomen que es troba en totes les societats amb més o menys força, i que pot ser una emoció particularment perillosa i destructiva. En conseqüència, totes les societats es doten de formes simbòliques o cultural no simbòliques per neutralitzar-la, reduir-la o controlar-la, de manera que el mal d'ull seria el resultat de la iniquitat social, identificant l'enveja com l'emoció lligada al control dels béns limitats.

En relació a la simptomatologia que presenta és polimorfa, tot i així, en destaquen els següents: malestar general sense una causa específica, pèrdua de vitalitat i força, inapetència per menjar, cansament, debilitat, pal·lidesa, ensopiment, tristesa, ganes de plorar sense causa, insomni, dificultat per obrir els ulls, molesta la llum, cefalea, mals d'estomac, vòmits o febre; fins el punt que pot ser mortal.

En les entrevistes es va formular aquesta pregunta a 41 persones: 24 dones i 17 homes¹⁷³, en edats compreses entre els 21 i 80 anys i una mitjana de 46. En els que van afirmar creure-hi oscil·lava entre els 23 i 79 anys i una mitjana de 47,5 anys.

A la taula 23 es presenten els resultats generals sobre la creença en el mal d'ull.

Taula 23. Informants en relació a la creença

	Total	Dones	Homes
Nombre entrevistats	41	23	18
Hi creuen	15	7	8
No hi creuen	18	13	5
Dubten	8	3	5
No hi creuen però en coneixen altres que si	8	5	3
Total que hi creuen, coneixen altres o dubten	31	15	16

Font: CSPT. Elaboració pròpia.

En relació al nivell educatiu es va diferenciar en: no estudis/primaris, estudis secundaris i estudis superiors, amb els següents resultats:

- Homes: no estudis/primaris 8; secundaris 5; superiors 5
- Dones: no estudis/primaris 14; secundaris 6; superiors 3

Com observem, la creença la comparteixen tant homes com dones, i persones dels tres nivells educatius (vegeu annexos: taula 24), possiblement amb tendència a estar més present en el nivell educatiu baix¹⁷⁴, aquest fet també l'assenyalen (Baer, Weller, González-Faraco & Feria-Martín, 2006; Jaen, 2013).

¹⁷³ Es mostren els resultats de les dues sèries d'entrevistes: per la tesina i per la tesi.

¹⁷⁴ Per donar per vàlida aquesta tendència s'hauria de disposar de més dades, atès que el tractar-se d'una mostra petita pot haver-hi més biaix.

Pel que fa a la procedència geogràfica 40 informants eren espanyols, uns catalans d'arrel familiar i altres nascuts a Catalunya amb arrels familiars en altres indrets de l'Estat Espanyol, i algun nascut en una altra comunitat autònoma. Dues dones eren d'ètnia gitana, una va referir creure-hi i l'altra no, i un home era d'origen marroquí i musulmà que va contestar afirmativament. Una dada rellevant és que cap dels informants va mostrar estranyesa per la pregunta, ni tampoc cap d'ells va dir que no sabia de què es tractava la creença.

Sovint les creences en el mal d'ull es relacionen amb zones rurals, poc desenvolupades tecnològicament i allunyades de les ciutats. Els treballs de Baer et al. (2006) a la comarca d'Andevalo (Huelva), de Jaen (2013) en un poble d'Àvila, i de González (2010) en una comarca de les províncies de Salamanca i Zamora, estan realitzats en contextos rurals, en canvi, el present ho és en una ciutat gran, una zona industrialitzada i a tocar d'una capital com és Barcelona, i també hi perviu.

Els testimonis que afirmen creure-hi són el voltant del 35%, un altre 20% hi presenta dubtes, però si incloem els que saben que un familiar o conegut hi creu, el percentatge puja aproximadament fins el 80% els que han estat en contacte amb la creença. La majoria d'autors no donen dades de percentatges, però sí que posen clarament de manifest la seva pervivència (Baer *et al.* 2006; Jaen, 2013; González, 2010). En canvi, en el País Basc i les Illes Canàries es varen realitzar unes enquestes on conclouen que el 85% dels enquestats del País Basc el coneixia i un 29% hi creia; i a les Canàries el coneixien el 100% dels enquestats i el 54% hi creia (Erkoreka, 2005). En el context americà Idoyaga & Gancedo (2014) tampoc donen percentatges, però posen en relleu la pervivència, en canvi, Bayles & Katerndahl (2009) sostenen que un 42% de malalts hispànics manifestaven haver patit un *culture-bound-syndrome*¹⁷⁵.

Tot seguit exposo les creences i les vivències que van manifestar els informants en relació al mal d'ull. Els que asseguraven que no hi creien van utilitzar expressions com: *jo no crec en aquestes coses, això és una cosa del passat* o *això encara existeix?*. Dues persones van al·legar raons científiques per no creure-hi. Alguns que afirmaven que no hi creien van reproduir una part dels discursos i arguments que sostenien els que se'n definien:

¹⁷⁵ Bayles & Katerndahl (2009) van realitzar el seu treball a Texas en persones hispàniques. Les cinc malalties en què van treballar com a *culture-bound-syndromes* van ser: l'ensurt, l'empacho, nervis, mal d'ull i atacs de nervis, el 77% dels entrevistats van afirmar que coneixien les cinc malalties.

Yo no lo he creído jamás en mi vida. Yo he tenido cuatro hijos y eso no me lo he creído nunca. Sé de alguien que lo cree, pero no creo yo que le haya pasado, ellos creen en esas cosas, yo no creo en ellas. No creo en el mal de ojo y he tenido unos hijos hermosísimos y jamás me han hecho mal, yo no le haría mal a nadie, no creo que nadie me mire con mal ojo a mí. Tengo muchísimas amistades, muchísima gente que me aprecia y no creo que la gente me quiera mal, no lo creo, no (E09, dona, 63 anys).

També alguns van insinuar que en el seu voltant hi havia ocorregut algun fet que els va fer dubtar:

No sé decirte, me da respeto, no sé decir ni sí ni no, lo tengo ahí y si existen o no existen no seré yo el que lo niegue o diga que sí existen, tampoco digo que no, respeto. Sí conozco a gente, escuchas que sí les ha pasado, pero nunca sabes realmente qué ha pasado, y sí, han ido a sitios (E10, home, 30 anys).

La creença es pot iniciar arran d'un fet que succeeix en l'entorn que es considera verídic, i s'observa com a partir d'aquell moment el problema es soluciona tot o en part:

Creo, a mí no me ha pasado, muy cercano a mí ha pasado y me lo he creído, por lo que he visto me lo he creído. En parte le han resuelto el problema, le han venido y le han resuelto, lo he vivido y yo siempre me creo lo que veo, en este caso he visto algo que me ha hecho creer, algo hay, algo hay (E23, home, 37 anys).

La següent testimoni va insinuar creure-hi, encara que no ho gosava dir obertament, durant l'entrevista va fer moltes referències a la família com tenir unes filles guapes, a les mirades o a l'enveja, sempre referides a les seves cunyades:

Carme estàs guapíssima, és que estàs molt bé, estàs molt bé des de l'operació de fa un mes i mig, és que no l'havíem vist mai tant bé, mira, quan em diuen això ja no m'agrada, de veritat que sí. T'ho dic sincerament, però tinc un parell de persones que quan m'ho diuen no m'agrada, no m'agrada, i som de família, que som cunyades i tot plegat, però no m'agrada, no sé com dir-t'ho. I a la meva mainada igual...mira que van maques aquestes nenes, quan tan, tan això, sempre, no sé, no, no és que passi res, però es posaven malaltones, mal de panxa, ho mal d'aquí o mal d'allà (ED19, dona, 74 anys).

Una informant assegurava que se la va acusar de causar mal d'ull, en canvi, ella sostenia que era la víctima, qui el causava era la germana cap a ella. El motiu que argumentava era que la germana li tenia enveja pel fet que estava enamorada del seu promès, aquesta dona relacionava maldat i intencionalitat amb el mal d'ull:

Yo sí creo en eso, conozco casos que directamente han venido que soy yo la que hago mal de ojo, mi hermana y una cuñada, yo no soy una mala persona, yo no sé cómo se hace el mal de ojo (...). Con mi madre hemos hecho las paces, pero con una de mis hermanas no, porque me tiene envidia, porque estaba enamorada de mi marido, lo dejamos nosotros un tiempo cuando éramos novios. Cuando lo dejamos un tiempo ella se fue tras de él y le dijo que no se preocupara que ya estaba ella, si mi hermana no te quiere ya voy yo contigo, de ahí la envidia (...). Luego le venían los niños mal, abortaba, y me decía que yo era una bruja, que yo le echaba mal de ojo, y era el marido que no podía tener hijos (...). Mi hermana tuvo cinco abortos y decía que yo le echaba el mal de ojo. Si yo no la veía ni nada, ¿cómo le iba a echar mal de ojo? ¡a ver! es imposible que yo le eche mal de ojo, es imposible que yo le eche mal de ojo. Cinco abortos tuvo y a más a más tuvo otro ya teniendo la niña, una niña más mona que se parece a mí, mi madre para hacerla rabiar cuando se hablaban, porque ahora

no se hablan, le decía: mira la niña es idéntica a tu hermana, tiene el pelo rizado igual que tu hermana, sus ojos igual, y para colmo se llama María Jesús, lleva el María delante. Yo no le puedo hacer eso a mi hermana (...). ¿Cómo le voy hacer esto a mi hermana? ¡Imposible! ¡no puedo hacerle eso! (ED03, dona, 44 anys).

Segons una informant les dones gitanes el poden causar més. Idoyaga & Gancedo (2014) en una recopilació de treballs conclouen que en cada àrea geogràfica o cultural hi existeixen una sèrie de característiques o atributs de persones o col·lectius més proclius a causar-lo. En aquest sentit, els gitanos a l'estat espanyol se'l considera el que més sovint el provoca:

Sí, sí que hi crec, hi ha gent que té aquest "do" trobo, no conec a ningú, però jo hi crec en això, no hi tinc cap experiència, però per exemple si trobo una gitana que ven algo jo passo de la gitana, me'n vaig a un altre lloc, dic que no m'enredi, que no em foti mal d'ull (ED17, dona, 39 anys).

En opinió d'un informant Espanya encara és un país de bruixeria:

Jo en bruixeria no hi crec gaire, jo toco de peus a terra. Sí que en conec. Espanya és un país de bruixeries, encara n'hi ha que creuen en bruixes i tiren les cartes, jo en tot això no hi crec, potser anys endarrere més (...). Hi van encara els polítics més que tots, està demostrat això que els polítics hi vaguin que els hi mirin el futur, hi van, hi van (E11, home, 63 anys).

Alguns creuen que és un fenomen que es dona més en altres indrets de l'Estat espanyol: *una abuela mía, en paz descanse, creía, somos de la zona del sur y allí...*(E20, home, 43 anys).

Un testimoni opina que la creença està encara viva per la seva presència en els mitjans de comunicació, creu que no hi haurien tants programes d'aquest tipus en la televisió si no estes tan arrelada¹⁷⁶:

No, no crec ni amb el tirar cartes ni amb el tarot, aquí sí que soc absolutament incrèdul amb tot això. Sí, encara hi ha molta gent que creu en aquestes coses, només has de posar la televisió i veus el tarot i totes aquestes coses, no hi he cregut mai, ni amb les pòcimes, ni amb el mal d'ull, ni amb el vudú, no mai (ED12, home, 80 anys).

També algun al·lega raons psicològiques, en opinió de la següent testimoni, en ocasions els individus creuen fenòmens erronis i cal que se'ls ajudi a adonar-se que estan equivocats:

Jo no hi crec però ho respecto, no ho sé si pot ser o no pot ser. Sí, conec gent que hi ha anat a llocs i hi creu, però jo penso que és més psicològic, crec eh! no ho sé, necessites que un altre persona t'obri els ulls i et digui: això no és així (E14, dona 24 anys).

Alguns informants han recalcat que els metges davant d'alguns símptomes no hi reconeixen malaltia, o bé no es prenen seriosament allò que els succeeix, *pel metge*

¹⁷⁶ També en la premsa hi trobem articles relacionats amb el mal d'ull com per exemple:

<https://www.bbc.com/mundo/vert-cul-43409590>

no tens res o quan no se sap que és et diuen que són nervis. No obstant, ells es troben malament, aquest fet també ho descriuen Baer *et al.* (2006) i Gubler (1996).

Els símptomes que més han explicat els informants han estat: vòmits, diarrees, febre, plor en els nens petits, alteracions de la son, decaïment, nerviosisme, tristesa, canvis d'ànim, passen coses estranyes o dolentes o comportaments fora del normal, també problemes més concrets com avortaments i "culebrines". Aquests símptomes també els descriu Baer *et al.* (2006) al Sud d'Espanya. Com a causants del mal d'ull, les dones són les que més s'han anomenat, en aquest sentit, Perdiguero (1986) al·ludeix el fet que la mirada sol provenir d'una dona.

En relació a la simptomatologia, és interessant el plantejament que realitzen Weller & Baer (2001), en el qual sostenen que es tendeix a creure que les manifestacions de les malalties folk com el mal d'ull són molt divergents. En canvi, en un treball que van realitzar a Amèrica del Nord i Central, les seves hipòtesis eren que el mal d'ull i l'empacho presentaven més varietat formal i divergències que malalties com la SIDA, la diabetis o el refredat comú, que pel fet d'estar dins el sistema biomèdic estarien més definides. La sorpresa amb què es van trobar les autores va ser que, observaven més heterogeneïtat en les malalties biomèdiques i més similituds en les folk, en què van trobar-hi sols diferències menors.

Segons els informants els grups que més el pateixen són els nens petits i les dones joves i guapes, com a factors que hi predisposen o desencadenants tenir uns fills macos, ser una dona guapa, els embarassos i els béns materials. Les causes que més han assenyalat que el provoquen són l'enveja, la gelosia i l'amor; possiblement en el sentit que defensa Foster (1972) que en ocasions allò que hi ha darrera de l'enveja és l'amor. També, les alabances com element negatiu, la clara intencionalitat de causar mal, i com a condició necessària per causar-lo tenir una vista molt potent.

Un altre fet és que varis informants en algun moment de les entrevistes van anomenar altres moviments socials, fenòmens espirituals o d'arrel oriental, així com algunes referències a les energies i a les influències en la salut, ho van assenyalar tant els que creien en el mal d'ull com els que no. En aquest sentit, és interessant la observació que van realitzar dues persones: *què és sinó el karma modern?* (a), el qual consideraven com una nova i moderna modalitat del mal d'ull. També alguns autors assenyalen connexions i relacions entre el mal d'ull, algunes

medicines alternatives, humorals i creences com les New Age, (Gracia, 2015; Idoyaga, 2013; Idoyaga & Gancedo, 2014; Riccò, 2016).

7.5. MULTICAUSALITATS QUE PERDUREN

En els anteriors apartats hem vist que les etiologies que defensen els testimonis són múltiples i van més enllà de les que proposa el camp biomèdic. La no coincidència en la manera amb què conceben les causes de la malaltia els individus i la medicina, també l'evidència Idoyaga (2012, p.120): "una cosa es el modo en que la biomedicina piensa la enfermedad y otra cosa son los modos en el que los individuos de las sociedades complejas y con desarrollo tecnológico piensan la enfermedad". Aquesta forma de pensar la malaltia diferent a la biomedicina en la nostra societat, complexa i amb un alt desplegament tecnològic, està present en tots els grups socials i nivells educatius, atès que en tots hi ha individus que defensen causalitats diferents a les biomèdiques.

En el capítol 2 s'ha exposat tot un conjunt de categories etiològiques que proposa Idoyaga (2012). La majoria han estat mencionades pels informants, i s'han anat desgranant en l'apartat anterior, com són els desequilibris orgànics, emocionals i altres; els desequilibris socials; les diferents formes de contaminació; les provocades per altres persones; les d'origen mític, religions o rituals, o les concepcions cosmològiques com el destí o la sort.

Amb les respostes obtingudes en aquest treball, s'ha establert un altre tipus de categorització de les causalitats; en aquest cas, relacionant-les amb les que defensa la biomedicina, i s'han classificat en tres grups:

- Un grup són els qui coincideixen amb les etiologies defensades pel model biomèdic. Aquí es considera una causa principal que coincideix amb la biomèdica, i s'admet que n'hi ha de secundàries que poden ajudar, acompanyar o predisposar; generalment també coincideixen amb les que assenyala la biomedicina. En aquest grup és busca *com* emmalaltim.
- Un segon grup són els qui creuen que existeixen dos o més tipus de causalitats; probablement és el grup que té més defensors. Aquí les causes necessàries per emmalaltir es tendeixen a situar al mateix nivell, una de les quals pot coincidir amb les biomèdiques i l'altra en les del camp social o les

alternatives. A diferència de la biomedicina, aquí es creu que totes s'han de donar per igual, de manera paral·lela, i estar en un mateix pla: no una de subordinada o secundària. També es pot defensar que n'hi ha una de principal i una de subordinada o secundària, però la principal pot pertànyer a qualsevol camp: biomèdic, social o místico/religiós o cosmològic, o totes poden provenir d'un àmbit aliè al biomèdic. En aquest grup es busca el *per què* i el *com*.

- El tercer grup són els qui situen la causa principal i gairebé única fora del sistema oficial. En aquests casos el desencadenant es va a buscar en factors com la sort, el destí, Déu, les emocions o en causes *folk* com el mal d'ull. Aquí es busca més un *per què* causal i es tendeix a obviar el *com* biomèdic.

Si bé els testimonis creuen en les causalitats biomèdiques, el pes o la rellevància que diversos els atorguen, el posen en dubte com a causa concloent i única. El dubte apareix en qualsevol tipus de causalitat; tot i que se n'esmentin unes, sovint queda la incertesa que sigui la verdadera o única causant. En el món professional sanitari, "autoconsiderat expert", hi ha unanimitat gairebé total a defensar la unicausalitat. En canvi, en el món profà es tendeix més a percebre les causalitats de manera més complexa i multifactorials. Aquests aspectes no sempre es manifesten als professionals. Tanmateix, el dubte hi és present.

Pensar en la multicausalitat implica l'interrogant del *per què*. Aquesta pregunta actualment no es fa, i si algú gosa insinuar-la, se'l pot menystenir o ridiculitzar argumentant que *això no és científic* o que no té cap fonament. Tanmateix, en alguns moments s'ha tingut en consideració també per part d'alguns metges. En aquest sentit, Rose (1985) cita Roy Acheson que considerava bàsic formular aquesta pregunta que es fan moltes persones: *per què aquesta persona té aquesta malaltia en aquest moment?*. També Rose apunta en aquesta direcció i defensa que hauria de ser bàsic per als professionals contestar la pregunta de Roy Acheson. Per Rose, queden en l'aire molts interrogants sobre les etiologies, *per què* unes persones emmalalteixen i unes altres no en unes circumstàncies idèntiques o molt similars.

En canvi, en l'àmbit popular és més freqüent que prengui força l'interrogant de Roy Acheson: *per què se'm presenta aquesta malaltia en el moment en el qual millor estava?* (a). En alguns casos la persona remarca que havia passat per un període de molt estrès o patiment, des del punt de vista personal o familiar, i al cap d'un període d'haver-lo deixat endarrere, quan ho havia superat i estava bé, va

aparèixer el problema: *després de tot el que vam passar i patir, quan ja estàvem bé, hem emmalaltit i ens ha passat això* (a). Aquest testimoni establia una possible relació entre els problemes succeïts anteriorment amb la malaltia que havia portat el seu marit a la mort.

Aquests *perquè*s que estan molt presents en alguns sectors de la societat i que no ho estan en l'àmbit professional ni assistencial, porten a establir diferències entre les dues parts. Les diferents maneres de percebre una realitat impliquen que algunes opinions, comportaments i decisions de les persones als ulls dels professionals s'escapen de la lògica i criteris admesos científicament, però, paradoxalment, la ciència tampoc hi dona resposta, sinó que nega una realitat que una part de la societat observa. Una frase que els professionals solen manifestar davant d'alguns *perquè*s és: *aquesta persona no s'assabenta de res*. En aquests casos s'evidencien diferències en com es percep una mateixa realitat, que pot ser l'equivalent a parlar amb dos *llenguatges diferents*, cosa que dificulta l'entesa entre les dues parts i les distancia. Tanmateix, quan algun professional està passant per una malaltia pot canviar, fins i tot radicalment, la seva percepció i visió sobre la malaltia, i compartir les mateixes vivències i significats que els profans.

7.6. RESUM DEL CAPÍTOL

És un fet que el model biomèdic té l'hegemonia i la legitimitat social per definir què és o no malaltia i decidir quins són els factors etiològics. No obstant això, no hi ha unanimitat en els individus amb relació a les etiologies, que inclouen les del model explicatiu biomèdic, les provinents del camp social i del camp "folk" o alternatiu.

Del model biomèdic, les més esmentades són les hereditàries i genètiques, els estils de vida, l'envelliment i en menor mesura les contagioses. També s'ha mencionat el sistema sanitari pels problemes estructurals i per les praxis professionals. Així, l'hospital es pot percebre, no com un espai de curació sinó de malaltia.

En relació amb les causalitats defensades pel camp social, s'ha fet referència a l'entorn familiar, el laboral o les problemàtiques econòmiques, com aquests àmbits i els estils de vida que imposa la societat moderna estan en el seu origen. També s'ha esmentat el món mental, els pensaments o les actituds de cadascú, la qual cosa es creu que hi contribueix o que fa emmalaltir directament. Uns altres factors que

apareixen són la sort, el destí o l'atzar, i les relacionades amb Déu i l'espiritualitat. Desobeir les normes socials pot comportar malaltia, de la qual l'individu pot ser l'únic responsable per haver-les transgredit, la qual cosa porta a la culpa, i la culpa contribueix al tabú encara existent al voltant d'algunes malalties, les quals s'intenten amagar. També alguns afirmen que ni ells, ni els metges ni la biomedicina en coneixen les causes, i altres que són multifactorials.

Les causalitats provinents de fets concrets o que han ocorregut al llarg de la vida, s'han classificat en tres grups: 1) relació amb uns moments o fets molt concrets i narrats amb contundència; 2) acumulació de fets ocorreguts al llarg de la vida o amb menys contundència narrativa; 3) sense cap relació. Generalment es van iniciar més sovint en la infància, i l'àmbit que més afecta és el familiar, però inclou tota l'esfera social. Són sempre fets molt dolorosos que van afectar de manera punyent l'individu.

També han aparegut un altre tipus de causalitats que estan fora d'aquests dos grups, com són les provinents del camp *folk*. En aquest cas, la malaltia analitzada és el mal d'ull; al voltant d'un 35% afirma que hi creu, i el 80% que hi ha tingut relació ell mateix, familiars o coneguts.

S'han classificat les causalitats en tres grups en relació amb les que defensa la biomedicina. Un grup són els que mencionen com a úniques causes les biomèdiques, *com emmalaltim*. El segon són els que creuen que hi ha dos o més tipus de causalitats, se situen en el mateix pla i es necessiten totes per desenvolupar la malaltia, també una pot ser la principal i una altra la secundària; provenen del camp biomèdic, del social o del misticoreligiós o cosmològic, i qualsevol pot ocupar la posició principal o secundària. L'últim grup són els que les situen fora del sistema oficial, com són les malalties *folk*, la sort, el destí, l'atzar o Déu.

Resumint, hi continua havent sincretisme en la nostra societat en relació amb les causalitats. Hi ha una amalgama i se superposen causes, conviuen els que creuen que tot s'explica des del punt de vista mèdic hegemònic amb els que el qüestionen, així com amb la pervivència de malalties *folk* com el mal d'ull. Malgrat el domini en el nostre entorn de la biomedicina, no totes les persones han incorporat de forma total i absoluta els seus postulats quant als factors etiològics de les malalties.

CAPÍTOL 8. PRÀCTIQUES EN SALUT I MALALTIA

El que sabem és una gota d'aigua,

el que ignorem és l'oceà.

Isaac Newton.

8.1. INTRODUCCIÓ AL CAPÍTOL

Quan apareixen símptomes o trastorns que afecten la salut, es posen en marxa les atencions i pràctiques encaminades a diagnosticar-los i restablir la salut. Eduardo Menéndez l'anomena procés de salut/malaltia/atenció (Menéndez, 1983, 2005b). Un procés que es denomina de diferents maneres, com *itinerari terapèutic* o *pathways* amb relació al recorregut que es realitza, o pel que fa als comportaments respecte de la salut o la malaltia, *illness behaviour* o *health seeking behaviour*. Les atencions del camp professional oficial les proporciona el sistema sanitari biomèdic que és públic i gratuït; també n'ofereix l'àmbit no oficial: les anomenades medicines alternatives i complementàries (MAC). Aquí la despesa econòmica va a càrrec de la persona.

En aquest capítol s'analitzen els comportaments, les pràctiques i els mecanismes que es posen en marxa quan apareix un trastorn. En el camp terapèutic biomèdic s'analitzen quins motius porten a seguir o no un tractament, el que es coneix com adherència o compliment terapèutic, així com l'anàlisi de la utilització de les MAC, i quins són els motius per no optar sempre per les teràpies oficials i acudir a l'àmbit alternatiu no oficial. També s'analitzen algunes pràctiques en la teràpia popular o *folk* com és el mal d'ull, i les raons que porten cap a aquesta opció. Un altre punt que veurem és com les pràctiques mèdiques no estan exemptes de rituals, que comparteixen professionals i usuaris.

8.2. CONEIXEMENTS I PRIMERS PASSOS

Aproximadament la meitat de les persones a qui es va preguntar, creuen que alguns trastorns de salut es resolen espontàniament, sense cap tractament ni tipus d'intervenció, que *és només qüestió de temps* (a) perquè es resolguin. Són diversos els que afirmen que després de presentar un problema durant un període de temps, que pot anar des d'hores, dies, setmanes, i fins i tot mesos o anys, i *sense saber com el problema em va desaparèixer*, i que *solament vaig suportar amb paciència unes molèsties* (a). Altres van afirmar que l'únic que van fer va ser prendre's un analgèsic, fer repòs o un massatge, entre altres exemples. A més a més, alguns creuen que no sempre són problemes menors els que desapareixen sols; també es pot tractar de més greus:

El cuerpo humano es demasiado complejo para que los médicos sepan realmente el cien por cien, que no lo saben, es que hay gente que tiene un cáncer y de repente ya no lo tiene...he oído casos y alguno he conocido (ED21, home, 55 anys).

L'altra meitat, en un primer moment, respon que tots els problemes necessiten ajuda o tractament, que sense cap actuació mèdica no es resolen, però després alguns reflexionen i en matisen la resposta. Afirmen que *a vegades sense adonar-nos-en compte ens apareixen cosetes que després se'n van soles* (a). En conseqüència, són una majoria els qui creuen que molts problemes, especialment els lleus, desapareixen en si mateixos sense cap tipus de tractament.

Pel que fa a quin moment la persona inicia el procés d'atenció professional, les respostes són diverses. Primer es valora allò que succeeix, és l'autoatenció, la qual cosa implica l'execució d'un autodiagnòstic inicial d'acord amb els coneixements o experiències prèvies (seves o del seu entorn), llavors s'emprenen les accions que es creuen oportunes, que poden quedar-se en el pla domèstic o acudir al sector professional. Un exemple d'autoatenció i autodiagnòstic el vèiem en els motius per anar al SUH o al CAP; com en les situacions que es presenten es valora què cal fer i a quin centre es pot acudir.

La majoria de persones afirmen que quan els apareix algun problema de salut o símptomes no van ràpidament al sector professional mèdic, sinó que observen com evoluciona. Aquí s'inicia l'autoatenció, s'observa allò que va succeint durant el període de temps que es creu oportú. Es té més confiança quan és un problema conegut o es creu que es tracta d'un trastorn lleu o passatger. En aquests casos s'està a l'expectativa; en ocasions no es porta a terme cap actuació i s'acudeix al professional en el moment que es considera convenient si el problema persisteix:

Si es algo que ya conozco es que ya ni voy, ni voy, pero hasta cierto punto, si yo lo veo normal no voy, sino entonces es cuando acudo (ED21, home, 55 anys).

Cuando me pongo nervioso me intento tranquilizar, antes era entrarme la ansiedad y decir quiero ir al médico, quiero ir al médico. He cambiado totalmente en el trabajo, en casa, me he quitado un peso de encima muy grande (ED11, home, 23 anys).

Alguns reconeixen que sempre demanen assistència de manera ràpida o molt ràpida: *voy al CAP, y si es para psiquiatría voy al hospital x, siempre voy en el mismo día que me encuentro mal* (ED02, dona, 36 anys).

Altres esperen i prenen de manera autònoma algun remei que ja coneixen o que li pot recomanar algú del seu entorn:

Primero espero, me tomo lo que tengo en casa, y si no se me quita voy al médico, tardo dos o tres días (ED13, dona, 44 anys).

Alguns s'autorealitzen un diagnòstic molt més precís, ja que creuen que han après suficients coneixements de quan han presentat anteriorment el mateix problema.

Fins i tot, a més d'iniciar un tractament ja conegut, també es poden portar a terme accions encaminades a la realització d'una prova exploratòria per assegurar el diagnòstic mèdic i simplificar la feina al metge. En aquests casos, s'anirà al metge quan es cregui convenient o ni tan sols s'hi va:

Jo en algun moment m'he automedicat, si tinc els mateixos símptomes que quan he anat a urgències i m'han dit que tenia una infecció d'orina o el que fos i em donen un medicament i una pauta. Doncs bueno, el tipus de medicació ja sé la que és, el tipus d'antibiòtic, doncs em compro el tipus d'antibiòtic, me'l prenc i observo si allò ho he eliminat o no ho he eliminat. El que sí que vaig normalment aleshores és al metge de capçalera, li explico, i em diu perfecta ho fas molt bé, si soc a temps intento agafar un pot d'orina i li porto perquè el puguin analitzar. El primer que faig és col·locar-me l'antibiòtic i el Paracetamol (ED12, home, 80 anys).

Altres afirmen que no arriben a anar al metge, sobretot per dos motius: un pel fet que el trastorn ja se'ls va resoldre en el temps que van considerar oportú, i l'altre perquè van acceptar el trastorn, atès que el consideraven poc important i no els impedia duu una vida normal. Generalment es tracta d'un dolor: *fa anys que ho tinc però ja m'hi he acostumat, i no vull que m'operin ni res* (a), referint-se a un dolor d'espatlla, de genoll o un altre. No obstant això, també hi poden ser altres problemes: *jo això, aquest bony, el tinc des de fa molts anys i no em fa cap nosa, mai he anat al metge per això ni hi penso anar si no passa res* (a). En aquests casos es reconeix que s'ha conviscut o encara es conviu amb un problema des de fa molt de temps, fins i tot pot arribar a ser anys. Aquest fet sols és possible si s'accepta i si s'aprèn a conviure amb les incomoditats que pot causar el trastorn, a més, alguns diuen que *quan t'hi has acostumat les incomoditats ni les notes* (a). La majoria dels que afirmen que en molt poques ocasions han anat a un metge o un altre professional, a la vegada reconeixen que el motiu ha estat sobretot per obtenir una opinió, i a partir d'aquest parer han fet allò que han cregut més convenient. Generalment, es tracta de persones que per elles el més bàsic i fonamental és seguir *la naturalesa* atès que *la natura és sàvia, com més natural és tot millor pel cos*, per la qual cosa s'allunyen, tan com poden i els és possible, *d'agredir al cos*, deixant *actuar a la natura*.

Pel que fa als coneixements que es creu que es tenen amb relació als símptomes o problemes, molts reconeixen que els professionals saben més i millor allò que cal fer, per la qual cosa els consulten bastant ràpid:

Suelo ir al médico, hombre ellos saben más o menos lo que te dan. No, no. no me tomo nada que antes no me haya recetado un médico (ED04, dona, 36 anys).

No obstant això, alguns creuen que els professionals *no sempre ho saben tot*, i que a vegades *un mateix és qui millor es coneix i el millor metge* (a). Aquest és un dels motius pels quals afirmen que no acudeixen sempre al metge:

Los profesionales pasan, pasan, es que yo ya no voy ahí, me voy al monte a pegar tres o cuatro gritos y sale todo de dentro a fuera y ya está; y vienes nuevo, vas a la montaña y... Si vas al médico para eso pasan, te dan una pastilla y ya está, si una persona va al médico a ese nivel le empastillan de tal manera que va torpe por la calle, no puede ser hombre, uno va tonto perdido, no hombre no, voy al monte, me cago en todo lo que...(ED21, home, 55 anys).

Amb relació als remeis que s'utilitzen, alguns afirmen que opten pels medicaments de la IQF. Expliquen que van a la farmàcia a comprar la medicació que ells ja coneixen per anteriors ocasions, o sol·liciten consell a la persona que està al mostrador. Els medicaments que més han anomenat són analgèsics, antiinflamatoris, per a la grip, laxants o antibiòtics.

En aquest sentit, cal remarcar que els professionals i el sistema mèdic insisteixen en els efectes negatius de l'automedicació i dels riscos que comporta aquesta pràctica, però com defensa Menéndez (1988, 2005b)¹⁷⁷ ha estat el mateix MMH qui ha impulsat l'autoatenció, i amb la qual cosa l'automedicació. Segons el mateix autor, quan les persones s'autodiagnostiquen i s'automediquen, segueixen un aprenentatge que han après de la medicina, i si cometen errors derivats d'una administració errònia el sistema se'n desentén i culpa els profans.

Altrament, una forma de potenciar el consum de medicaments, al mateix temps contradictòria amb la posició oficial de les crítiques cap a l'automedicació, és que s'indueix, a través de la publicitat en tots els mitjans de comunicació, el consum amb l'adquisició de productes sense recepta mèdica¹⁷⁸.

Però no totes les persones consumeixen medicació química pel seu compte. En uns casos és pel fet que no es volen prendre un remei que no coneixen, altres afirmen que no poden costejar econòmicament cap producte, per la qual cosa sols prenen els que poden obtenir de manera gratuïta o pagant molt poc amb recepta mèdica.

Tornant al tema dels coneixements, amb relació als que les persones creuen que tenen sobre salut, cal distingir entre *autoatenció* i *autocura*. Menéndez (2005b)

¹⁷⁷ El MMH ha impulsat l'autoatenció i automedicació amb l'objectiu d'expansió i control de la població, també perquè les persones romanguin en aquest model i no n'adaptin altres.

¹⁷⁸ Els dependents que estan al mostrador de les farmàcies són auxiliars de farmàcia, és habitual que recomanin qualsevol producte que la població els hi sol·liciti, i sols consulten el farmacèutic davant d'un cas més especial, per tant, entra en contradicció amb les recomanacions mèdiques.

entén per *autocura* les accions encaminades a la prevenció a partir, especialment, del concepte d'estil de vida defensat per la mateixa biomedicina. En aquest sentit, es creu de manera bastant general que es tenen coneixements suficients en un nivell bàsic de salut per poder fer una *vida saludable*, però que en *la rutina diària no l'apliquem adequadament* (a):

Lo que sabemos no nos lo aplicamos, yo sé que no como bien, que tendría que comer cosas más sanas y no lo hago (ED07, dona, 35 anys).

Falta mucho por saber, bueno, nosotros sabemos más de lo que después hacemos, yo sé lo que debería comer con la diabetes, la enfermera me lo explica, pero no como lo que debería comer (ED13, dona, 44 anys).

En canvi, altres creuen que els en manquen i traslladen la responsabilitat de l'autocura al camp professional, per la qual cosa pregunten sempre a un professional sobre qualsevol aspecte amb relació a dietes, exercici, etc: *yo creo que no, yo creo que no, no, no nos sabemos cuidar lo suficiente, yo creo que no, no, no* (ED04, dona 36, anys).

Alguns professionals també opinen que hi ha un excés de confiança cap aquest sector, i creuen que la població ha perdut la *saviesa popular* que es tenia anteriorment:

Hi ha un excés de confiança en el sistema sanitari, s'ha perdut la sabiduria popular. Jo recuerdo que a casa meva, el meu avi principalment, sempre tenia remeis a punt per mals concrets, i si amb això no passava era quan anaven al metge, però sempre deixaven passar un temps prudencial. Ara no, ara s'hi va de seguida. Aquests remeis són molt poc utilitzats i a més no agraden a la gent (P).

En aquest sentit, alguns professionals manifesten allò que ja hem vist anteriorment i que molts autors sostenen –que la medicina s'ha anat apoderant dels coneixements, pràctiques i sabers populars i domèstics, i els ha conduït cap al camp professional, desprestigiant altres formes de curar i sanar– (Comelles & Martínez, 1993; Illich, 1975; Freidson, 1978; Menéndez, 1983; Comelles & Perdiguero, 2014).

Així, quan s'ha inculcat que tot pot ser susceptible de risc, que *més val prevenir*, que *s'ha de consultar ràpid*, i que les persones no *hi entenen* en el camp de la malaltia, consegüentment, per algunes, el més normal és fer ús d'uns serveis sanitaris, *per això els paguem*. Per tant, estan a la disposició. En aquest sentit Gavilán apunta: "Es difícil que a una persona a la que se ha expropiado del significado de la enfermedad y la salud se le pueda devolver la responsabilidad del cuidado de sí mismo sin que se rebele por sentirse de alguna manera abandonada a su suerte" (Gavilán, 2014, p. 303).

D'altra banda, també en relació amb l'autocura, però en una posició distanciada del que s'ha exposat en aquests últims paràgrafs, algunes persones creuen que tenen bons coneixements sobre què cal fer o no cal fer. Alhora, són coneixements provinents de diversos àmbits teòrics de la salut/malaltia, i no solament del camp mèdic oficial, i així defensen que poden comparar diferents sabers; en aquests casos es consideren més autònoms pel fet que el seu camp de coneixements és més ampli.

Un altre punt que cal considerar és que, quan apareix un trastorn, es pot iniciar un recorregut cap a *tot allò que faci falta*. En aquests casos, solucionar el problema es converteix en una lluita incessant i constant, en la qual es dediquen tots els esforços i recursos que calgui contribuint-hi *positivament*; a més a més, es considera del tot necessari el que es fa. Tanmateix, en ocasions allò que es busca és una cura *miraculosa* que sigui ràpidament efectiva.

En canvi, per altres comença una carrera en els termes que va definir Goffman (2004) de la "carrera moral" del malalt. En aquests casos, el procés de la malaltia i tot allò que engloba, es viu de manera molt negativa, i es converteix en una carrera d'obstacles i a contracor. Alguns afirmen que el sol fet d'anar a una consulta mèdica ja els crea angoixes i pors, i per aquest motiu es resisteixen a acudir-hi. Altres afirmen que no hi volen anar pel fet que anteriorment els han renyat: *el que no vull són lliçons de moral* (a). En aquest sentit, hem vist en un capítol anterior que algunes persones que s'oposaven prèviament a ingressar o acudir al SUH, manifestaven que *m'hi han portat enganyat, m'han ensarronat*, altres que *si m'haguessin explicat bé del que aniria no ho hauria acceptat* (a). La seva sensació és que han estat "traïdes i enganyades" per les persones més properes com la seva família, però també en responsabilitzen el metge o la infermera amb els quals havien confiat. En aquests casos una resposta habitual, tant dels professionals com de la família, és: *això es fa pel seu bé*, però aquest argument no sol convèncer el malalt, que pot continuar insistint que se'n vol anar de l'hospital o deixar el tractament. A més, pot afegir que *ningú com un mateix sap què és allò que millor et convé* (a).

Finalment, cal esmentar que no hi ha dades per quantificar allò que es soluciona se l'àmbit domèstic i en el professional, però sí que hi ha una part de la població que afirma que no sempre va al metge. Alguns poden tardar dies o setmanes depenent de la importància que hi donin, i altres no hi van mai o excepcionalment. En aquest sentit, Allué (1999) menciona alguns estudis que sostenen que sols d'un 10% a un

30% dels trastorns requereixen assistència professional¹⁷⁹, i Helman (2001)¹⁸⁰ assenyala que sols un 16% haurien consultat abans de les dues setmanes de l'aparició dels símptomes. També Pasarín (2011) sosté que en moltes ocasions solament s'acut a l'espai professional si prèviament no hi ha hagut millora.

8.3. RECURSOS SANITARIS UTILITZATS

En el llistat següent s'exposen els recursos que ofereix el sistema sanitari que les persones entrevistades (totes altament freqüentadores) varen utilitzar, tant els recursos mèdics en si mateixos com els de suport, com són l'assistència social o els grups d'ajuda:

Recursos terapèutics sanitaris

Recursos mèdics públics:

- SUH Taulí
- SUH altre hospital
- CAP
- Ambulatori d'especialitats de Sant Fèlix
- Ingrés a hospitalització Taulí
- Ingrés hospitalització en un altre hospital
- Consultes externes, hospitals de dia i altres serveis externs Taulí
- Consultes externes, hospitals de dia i serveis externs d'altres hospitals
- Fisioterapeuta
- Centres de rehabilitació

Recursos privats:

- Consultes a metges privats
- Ingrés hospital privat
- Productes de farmàcia, especialment medicines
- Visites al psicòleg

Recursos socials i d'ajuda mútua públics

- Centres rehabilitació com Alcohòlics Anònims
- Centres de rehabilitació comunitària varis (Antaviana)
- Centres desintoxicació de drogodependències
- DGAIA¹⁸¹ i EAIA¹⁸²

¹⁷⁹ Són dades de treballs publicats en les dècades dels 70 i 80, i encara que ara ha augmentat molt l'assistència no tots els trastorns es tracten en l'àmbit professional.

¹⁸⁰ Helman cita els treballs de: Dunnell & Cartwright (1972) *Medicine Takers, prescribers and Hoarders*. Routledge and Kegan Paul. Citat a Helman (2002).

¹⁸¹ DGAIA (Direcció General Atenció Infància i Adolescència)

¹⁸² EAIA (Equip Atenció Infància i Adolescència)

- Centres de tutela
- Diverses associacions de malalts
- Grups d'ajuda per Internet

Les 25 persones entrevistades, altament freqüentadores, van afirmar que havien utilitzat al mateix temps un mínim de quatre recursos públics de manera "bastant freqüent" o "molt freqüent". Algunes poden arribar a utilitzar de manera més o menys habitual, durant un temps determinat, fins a sis o set recursos alhora. En alguns casos aquesta utilització es fa per períodes limitats o puntuals; en altres pot durar anys; però davant d'un problema o procés de malaltia s'evidencia aquesta freqüentació. Cap informant altament freqüentador ha reconegut haver utilitzat menys de quatre recursos públics durant alguns períodes.

També s'acut a grups d'ajuda mútua com és el cas d'Alcohòlics Anònims o altres que donen suport a les malalties mentals. En aquests grups diversos informants afirmen que hi troben l'ajuda, el suport i l'acompanyament que no els dona l'assistència mèdica i valoren positivament acudir-hi, tot i que no se'ls soluciona el problema. Com ja hem vist, en aquest sentit, Menéndez (1983, 1984a) defensa que els grups d'ajuda donen una cobertura a la persona que no dona el MMH.

La utilització de diversos recursos i itineraris terapèutics no la trobem sols en les persones altament freqüentadores o en les que presenten problemes complexos; també es pot donar davant d'un problema més puntual. Així, davant l'aparició d'un trastorn, algunes van manifestar haver realitzat fins a sis o set passos en qüestió de pocs dies o setmanes per aquell procés, i en el moment de l'entrevista encara no estava resolt; a més, es tractava en alguns casos de problemes que per la biomedicina són menors (Prat, 2008)¹⁸³.

En un capítol anterior vèiem que en ocasions es posa una "etiqueta" a un valor alterat o un símptoma, que en cap cas es tracta d'una malaltia sinó d'un factor que pot predisposar-hi en un futur però sense cap seguretat que la desenvolupi. Tanmateix, aquesta etiqueta per alguns és el començament d'una "cursa d'obstacles", tant per les proves i controls a què han de sotmetre's com pel fet que consulten diversos professionals per "certificar o assegurar" el diagnòstic inicial. Conseqüentment, es poden consultar en un interval mínim de temps, hores, pocs dies o setmanes, diversos metges o centres sanitaris pel mateix problema en què es

¹⁸³ El recorregut que explicaven era: autoatenció que inclou el sector popular, anar a la farmàcia, visita al metge de capçalera, anar a urgències de l'hospital, visita d'un metge especialista i medicines alternatives.

donen opinions o diagnòstics diferents amb seguretat i contundència professional. Altres, quan busquen informació a Internet, comproven que els símptomes que presenten no coincideixen amb els que haurien de presentar d'acord amb el diagnòstic rebut. És a dir, s'observen contradiccions en les informacions que reben de diferents fonts, siguin de diversos professionals o d'Internet: *aquí cadascú diu allò que li sembla* (a). Aquest fet contribueix a crear més desconfiança, confusió i més consultes. Davant de les contradiccions que s'observen, s'inicia un calvari, es generen desconcert i angoixa en què un no sap a què atènyer-se o en qui pot confiar. En aquest sentit, Gérvas *et al.* (2007) i Segura-Benedicto (2006) defensen que en ocasions pot causar més patiment i malestar la informació amb l'adjudicació d'una etiqueta que el trastorn en si mateix, amb l'agreujant que pot ser irrellevant per al futur de l'individu.

8.4. ADHERÈNCIA I COMPLIMENT TERAPÈUTIC MÈDIC

L'adherència o compliment terapèutic és una de les esferes en què el sistema sanitari posa especial interès, entesa com el fet que és cabdal prendre's correctament el tractament mèdic. Els diversos estudis mèdics conclouen que és difícil saber-ne el grau de compliment. L'incompliment oscil·la entre el 25% i el 50% depenent del tipus de tractament (Bonafont & Costa 2004¹⁸⁴; Jin, Sklar, Min Sen & Chuen, 2008). Segons aquests autors, els factors més importants per al no compliment són els medicaments profilàctics, el tractament de malalties asimptomàtiques, la polimediació, els temors sobre els efectes adversos, el tractament de les malalties cròniques i les psiquiàtriques, la mala comunicació entre metge i malalt, la milloria subjectiva i la discapacitat cognitiva¹⁸⁵. Mira *et al.* (2009) sostenen que molts malalts desconeixen que aquest fet pot portar problemes adversos. En sentit contrari, Gotzsche (2014) defensa la importància dels efectes adversos de moltes medicacions prescrites sense una justificació clara sobre la seva necessitat terapèutica, que augmenta en els casos de polimediació.

Aquest control en el compliment terapèutic s'ha convertit en un dels objectius del sistema sanitari en el qual participen tots els actors professionals: metges,

¹⁸⁴ Aquests autors descriuen dos mètodes per determinar l'adherència, el mètode directa que es basa en la determinació dels fàrmacs a través dels marcadors biològics en mostres biològiques, i els mètodes indirectes són a través de les dades que proporciona el malalt.

¹⁸⁵ Alguns dels factors s'han resolt parcialment facilitant a la persona setmanalment una capsula amb la medicació ordenada per dies i hores d'administració.

farmacèutics, infermeres, TCAI i també el personal administratiu. En aquest sentit, un informant manifestava que en el moment d'arribar a urgències un administratiu li va preguntar: *i vostè ja s'ha pres bé tota la medicació que el metge li havia pautat?* (a). Aquets fet el va enutjar i irritar. Afirmava que se sentia *fiscalitzat* per tothom per allò que feia o no feia.

Alguns asseguren que tenen una absoluta i escrupolosa adherència al tractament mèdic; altres que ho valoren i ho decideixen en cada cas; uns altres sols prenen els medicaments que consideren imprescindibles, i alguns, que en molt poques ocasions o mai se'n prenen cap.

Una de les raons que donen per no seguir un tractament són els perjudicis que els comporta prendre's medicaments per la poca o nul·la milloria que hi perceben, a més, alguns manifesten: *estoy harto de las pastillas, no noto mejoría cuando me las tomo*" (ED20, home, 32, anys).

Altres afirmen que la medicació els causa efectes adversos totalment indesitjables i intolerables; per exemple que *es van arrossegant per la vida; vas com un zombi; les pastilles et deixen KO, o deixes de ser tu* (a). També expliquen símptomes com diarrees o dolors abdominals que els impedeixen anar amb tranquil·litat pel carrer, i altres problemes com cansament o mareig:

La medicació té els seus beneficis i els seus inconvenients. Els beneficis són que et calma si estàs molt neguitós o si estàs deprimit t'ajuda. Els inconvenients són que et pot deixar massa xafat, i també fer-te perdre habilitats, també massa adormit i massa rígid (ED23, home, 21 anys).

Algunes persones, sobretot amb tractament de psiquiatria, però no solament en aquest camp, en què l'objectiu de la medicació és evitar les crisis o brots recurrents, insinuen que no els hi han evitat anteriorment per molt correctament que se l'hagin pres. Afirmen que les crisis se'ls presenten amb medicació o sense; altres, en canvi, reconeixen que quan les tenen són menys intenses. Davant d'aquestes circumstàncies, alguns opten per no prendre's medicaments i, en tot cas, suportar uns símptomes que també poden ser molestos, però els toleren i, sobretot, els accepten millor que els efectes negatius de la medicació. Remarquen que per les molèsties que els causa i el benefici que n'obtenen, que pot ser nul·l o escàs, decideixen no prendre-la i *almenys mentre no et prens medicació estàs bé o millor i ets persona* (a).

Alguns, i de forma especialment punyent, posen l'accent en *deixes de ser tu o no ets persona*, atès que quan estan sota els efectes del medicament es senten anul·lades

com a persones, i no poden dur a terme una vida acceptable i desitjable tal com ells l'entenen. En aquests casos allò últim que volen és deixar de ser ells mateixos, que s'interpreta com deixar de ser persones, per la qual cosa prefereixen suportar símptomes, encara que siguin incòmodes, que prendre's una medicació que els anul·li.

D'altra banda, alguns afirmen que notaven que la medicació que prenien els anava molt bé, i de sobte, sense motiu justificat segons la seva opinió, el metge els va canviar el medicament, i amb el nou no en perceben la mateixa efectivitat, o fins i tot cap, la qual cosa és un motiu per abandonar-la:

Es que yo pido las pastillas que creo que a mí me sientan bien para dormir, el Rivotril me iba bien y me lo quitaron, así de golpe todo fuera y te mandan otra cosa. Me mandó la Itumina, y con esto me levantaba por la mañana y me caía, de lo fuertes que son, me caía como si fuera colocado, dos veces me la tomé y fui al psiquiatra y digo esto no, esto tómeselo usted y mañana me dice cómo viene usted, si viene despejado o...(ED18, home, 41 anys).

Altres expliquen que els han pautat una determinada medicació per un problema que ells consideren de poca importància; en aquests casos no volen prendre's un remei químic de manera constant i sense seguretat pel que fa a l'efectivitat durant molt de temps, i si arriba el moment que el necessitin ja el prendran:

Noooo, para nada, para nada...no me la he tomado, porque no, porque por ejemplo si es para el estomago porque te duele pues sí, pero por ejemplo en la separación tómate este ansiolítico, no, no, porque no. Porque el ansiolítico no te cura, si tú no te recuperas el ansiolítico no te sirve para nada, estarás tomando pastillas toda la vida para nada. Es la persona la que tiene que superar el bache, puede ayudar algo pero no cura, es la persona, una muerte es difícil de superar...(ED21, home, 55 anys).

Les medicacions preventives, per exemple, per al colesterol, són les que més es rebutgen. Alhora, hi ha moltes persones que rigorosament compleixen aquest tractament. El raonament dels que no se'l prenen és que *mai sabrem el que ens pot passar* (a), i mentrestant, *el cos ja l'has inflat de medicaments* (a). Altres al·leguen que *els medicaments t'arreglen una cosa i te n'espantllen una altre* (a), per la qual cosa fins que no sigui necessari opten per no prendre-la.

En aquestes circumstàncies, alguns reflexionen i es pregunten *quina importància té viure el present malament a causa d'uns efectes indesitjats si mai podrem saber, ni ningú ens pot garantir el futur, ni prenent medicació de manera preventiva ni sense prendre-la?* (a). Davant d'aquesta reflexió, decideixen viure el moment present de la millor manera possible d'acord amb les seves preferències i la contemplació del món i de la vida.

També, algun informant explica que es llegeix detalladament el prospecte de la medicació i si creu que els efectes adversos potencials poden ser més importants o causar més mal que el problema que té, decideix no prendre-la.

Una altra qüestió és que algunes persones insinuen que l'han deixat de prendre de manera casual a partir d'un descuit que van tenir. Després van observar que es trobaven igualment bé, amb la qual cosa van decidir abandonar-la. A més, van afirmar que, posteriorment, quan van anar al control mèdic, el resultat va ser igualment satisfactori. Segons la seva opinió van adonar-se que *m'estava prenent una medicació que no necessitava* (a).

També, alguns expliquen que, fruit de les experiències que han viscut en primera persona o en l'entorn, allò que observen és que *la medicina no sempre ho cura tot* (a), per la qual cosa davant el fet de seguir un tractament que no es percep estrictament necessari o causi incomoditats, s'opta per no prendre la medicina.

Un altre motiu que s'insinua és que observen contradiccions en les recomanacions mèdiques: *tot va canviant, abans deien una cosa i ara en diuen una altra* (a) o *ara pots beure vi, ara no, ara pots fer això, ara no* (a). Aquest fet genera desconfiança i es conclou que no hi ha res segur. Per tant, s'opta per no prendre-la o no seguir unes recomanacions si no es creu necessari:

Sempre he fet, fins a cert punt a la meua manera, però respectant el que m'han dit, perquè jo veig, una opinió meua eh, jo veig que si t'emperres massa amb els metges...en depens massa d'ells, a vegades, com que són persones també s'equivoquen, i per mi quan em sembla que una persona s'equivoca pues...(ED09, home, 79 anys).

D'altra banda, algun informant ha relacionat la medicació, en especial la preventiva, amb la indústria farmacèutica: *això és per vendre més* (a). Creuen que les indústries exerceixen pressions en les polítiques sanitàries i en els metges, per la qual cosa, es considera que *tot és un negoci* (a):

Si me sienta bien sí, si veo que pasa algo raro no, porque me mandaron una pastilla, el risperdal, mire en internet que estaba multada con miles de millones de dólares porque puede producir un ictus o una enfermedad cerebral. I sin embargo me querían dar risperdal, entonces experimentan como conejos...(ED06, dona, 40 anys).

Un altre punt que apareix és la molèstia que causa haver de prendre una gran quantitat de medicaments (molts en tenen receptats deu o més, i en algun cas excepcional fins i tot vint), la majoria en forma de pastilles. Alguns no hi tenen cap inconvenient; altres no veuen la necessitat de tanta medicació i el que fan és passar a no prendre'n cap o ho fan de manera descontrolada, i altres afirmen que si en tinguessin pocs de receptats serien més constants.

Una altra qüestió és que alguns manifesten obertament si es prenen o no la medicació prescrita; en canvi, altres, quan expliquen que no ho fan, topen amb la resistència i la insistència de la família i dels professionals, sentint-se pressionats i coaccionats. En aquests casos, es pot optar per amagar-ho i portar-ho en secret, fins i tot, algú ha afirmat que va a la farmàcia a retirar els medicaments perquè *ningú sospiti res* (a), per després llençar-los a les deixalles, argumenten que no volen discussions o enfrontaments ni amb la família ni amb el metge. També s'ha reconegut que s'amaga pel temor a perdre una baixa laboral o, fins i tot, la pensió si no se segueix un tractament. En aquestes situacions hi trobem coacció i, una vegada més, el que hi ha al darrere és la por que exerceix el poder institucional.

També, alguna persona ha al·legat haver rebut una trucada telefònica per preguntar-li si es prenia el medicament. Aquest fet hi va causar una enorme sorpresa, va preguntar al metge si li havia trucat i, al ser la resposta negativa, es va sentir controlada i espiada. En aquest sentit, Jara (2007) afirma que en ocasions la indústria espia a les persones.

Com hem vist, les explicacions que es donen per no seguir un tractament mèdic són diverses. Una, que alguns testimonis han puntualitzat, és que no s'escolten les seves opinions i necessitats, ressalten que és una decisió en la qual ells no participen ni se'ls permet *dir-hi la meua* (a). Per tant, la senten com una imposició. En aquest sentit, Freidson (1978) defensa que, des del punt de vista mèdic, a les persones se les considera profanes, i els seus parers no es tenen en compte, atès que estan mancades de coneixement per opinar, i se'ls imposa un tractament sense el seu convenciment. Altrament, Muela, Hausmann & Peeters (2013) defensen que una política sanitària basada excessivament en l'evidència farmacològica corre el risc d'allunyar la perspectiva mèdica de la comunitària. En el sentit que defensen aquests autors, hi influeix el fet que l'exigència del compliment terapèutic està basat en alguns casos en unes categories diagnòstiques o etiquetes en les quals no hi ha certesa del benefici que se n'espera, i l'individu percep perjudicis en el present. En el camp de la bioètica, Casado (2002) sosté que les societats han de preveure i protegir les preferències de cadascú, partint de respectar el pluralisme moral existent.

El fet que des de l'àmbit biomèdic s'han donat unes recomanacions com a molt decisives, concloents i imposades, per posteriorment dur a terme un canvi de criteri en sentit contrari, ha propiciat la pèrdua de confiança i ha contribuït que alguns no

segueixin el tractament, que a més els genera dubtes des d'un principi. Autors com Le Breton (1999) i Menéndez (1984b) també assenyalen aquest aspecte, i Gotszche (2014) recopila un ampli recull d'articles en aquest sentit.

Relacionat amb el tema de l'adherència terapèutica, cal fer referència al fet que si bé molts professionals hi estan implicats, paral·lelament altres es qüestionen el tema de l'acarnissament terapèutic¹⁸⁶, entès com una adherència forçada i portada al límit, especialment en l'àmbit professional. Persones ingressades amb processos de malaltia com demències cognitives, fases molt avançades o terminals de malalties cròniques, càncer, o persones molt grans amb un estat molt debilitat, poden estar connectades a tota mena de tubs. Són situacions que causen patiment a elles i a les famílies. Aquesta dinàmica assistencial hospitalària no convenç molts dels professionals implicats. Alguns consideren que són *pràctiques que no porten enlloc, només patiment a les persones* (p), i molts les qüestionen¹⁸⁷. Rubin, Buehler & Halpern (2016) assenyalen que un 70% dels malalts entrevistats van considerar igual o pitjor que la mort factors com la incontinència urinària o fecal, dependre d'un respirador o no poder moure's del llit, i un 60% el fet d'estar tot el dia confós, alimentar-se per sonda i necessitar cures contínues. En aquest sentit, Jiménez (2009) sosté que els acarnissaments terapèutics o les exigències de compliment terapèutic, siguin més o menys lleus o durs, es poden considerar una forma de violència, atès que responen a la dominació d'uns respecte dels altres.

D'altra banda, els professionals que estan en contra de l'acarnissament terapèutic defensen que cal anar cap a la humanització de la medicina. Des de fa uns quants anys han sorgit iniciatives per a la "humanització" de l'assistència sanitària. Segons Hartzband & Gropman (2009), en la dècada anterior van emergir dos moviments importants en l'àrea mèdica. D'una banda, un moviment mèdic humanista que posava el focus de l'atenció en la persona, en els seus valors, les seves preferències i el respecte a les seves decisions clíniques. De l'altra, el

¹⁸⁶ Per acarnissament terapèutic s'entén la realització de pràctiques diagnòstiques o terapèutiques que són dubtoses o innecessàries i no beneficien al malalt.

¹⁸⁷ "Algo estamos haciendo muy mal con nuestros ancianos más frágiles: aquellos muy debilitados, con demencia o con enfermedades crónicas evolucionadas. Es muy común ver salas de urgencia y plantas de medicina interna repletas de personas mayores ya deteriorados antes del ingreso -situaciones basales de gran dependencia y/o graves alteraciones cognitivas y/o enfermedades crónicas avanzadas- deshidratados, sépticos o simplemente agotados. En los servicios de urgencia hospitalarios, cuando uno de estos enfermos es evaluado, la decisión suele ser casi automática y no muy complicada: todos tienen criterios de ingreso. Sin embargo, no está claro que esa decisión sea la más beneficiosa". Disponible a: <http://www.nogracias.eu/2016/08/28/cuando-la-hospitalizacion-es-peor-que-la-muerte/>

moviment basat en la pràctica de l'evidència clínica. L'any 2000 l'OMS¹⁸⁸ va publicar un informe sobre les cures dels sistemes mèdics que destacava la responsabilitat com a criteri important, i que la dignitat i l'autonomia individual i familiar havien de centrar les accions pel que fa a la salut i la malaltia. L'objectiu era passar d'un model paternalista a un altre en què decideixi lliurement la persona; la idea és potenciar valors com l'empatia, el respecte, la comprensió, la solidaritat o la tolerància en un món centrat i dominat per les tecnologies.

8.5. PLURALISME ASSISTENCIAL. LES MEDICINES I TERÀPIES ALTERNATIVES O COMPLEMENTÀRIES (MAC)

La medicina hegemònica conviu amb les anomenades MAC. És el que es coneix com a pluralisme assistencial. Perdiguero el defineix com: "Entendemos por pluralismo asistencial la existencia en una sociedad dada de diversas instancias asistenciales y terapéuticas que son utilizadas por sus miembros para resolver sus problemas de salud" (Perdiguero & Tosal, 2007, p.146). No hi ha consens per definir què i quines són les medicines índigenes, tradicionals, complementàries o alternatives, ni per fer-ne una classificació que satisfaci totes les parts (Perdiguero & Tosal, 2007). La biomedicina considera MAC totes les teràpies que no formen part del seu sistema de coneixements i pràctiques com les medicines populars i tradicionals, l'homeopatia o les de nova incorporació com l'aiurveda, l'acupuntura o altres.

Comelles & Perdiguero (2014) defensen que el concepte de medicina popular es va crear a partir de la segona meitat del segle XIX, moment que la medicina tractava de delimitar el camp d'actuació, per la qual cosa van desprestigiar totes les altres formes de curar i sanar. A més, mostren una recopilació de materials històrics i autors de folklore mèdic d'arreu, en què hi ha també referències del context català i espanyol, a fi d'estudiar el pluralisme mèdic. A poc a poc, la biomedicina s'ha apropiat dels sabers i remeis populars, els ha desplaçat i els ha convertit en subalterns (Menéndez, 1983,1994; Comelles & Martínez, 1993; Illich, 1975).

En les entrevistes i en els qüestionaris en el SUH, es va preguntar als subjectes si havien acudit a altres teràpies i quines eren. En aquest cas, s'han considerat CAM

¹⁸⁸ World health report 2000 - Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2000/en/>

totes les teràpies o pràctiques que estan fora de les biomèdiques, és a dir, les que la medicina no veu com a pròpies.

De les 25 persones entrevistades, 10 van manifestar haver utilitzat alguna MAC, que representen al voltant d'un 40% (taula 25). La majoria van afirmar haver-ho fet de manera més o menys esporàdica, cap de manera regular, constant, ni tampoc per a tots els problemes de salut, sinó només en moments i casos concrets. Les que van contestar aquesta pregunta en els qüestionaris, que no eren altament freqüentadores, moltes van afirmar no haver-les utilitzat mai¹⁸⁹.

Taula 25. Les MAC utilitzades pels altament freqüentadors

Homeopatia	5 persones: 2 dones i 3 homes
Acupuntura	4 persones: 2 dones i 2 homes
Curandero, bruixa	4 persones: 2 dones i 2 homes
Teràpies espirituals	3 persones: 1 dona i 2 homes
Massatges	2 persones: 1 dona i 1 home
Ioga	1 dona
Osteopatia	1 dona
Reiki,	1 home
Arts marcial	1 home
Piscina	1 dona
Constel·lacions familiars	1 home

Elaboració pròpia

Els que van respondre aquesta qüestió en els qüestionaris, i altres informants, han mencionat la majoria de les teràpies de la taula 25, també altres com:

- Biodescodificació o bioneuroemoció
- Teràpia Gestalt
- Musicoteràpia
- Beure aigua de mar
- Fer diferents tipus de dietes: ecològiques, vegetarianes o macrobiòtica
- Aiurveda
- Diversos tipus d'esport, gimnàstica, o senzillament caminar
- Shiatsu
- Meditació
- Relaxació

En aquest treball les persones grans són les que afirmen que menys les utilitzen, i les més joves o edats mitjanes, les que més. Aquests resultats estan en la línia del que assenyalen alguns autors (Perdiguero, 2004; Perdiguero & Tosal, 2007; Caminal, 2005). Un remei tan tradicional i arrelat com ha estat l'herbolari, moltes persones de més edat el rebutjaven, considerant-lo de poca eficàcia: *ja ho havíem fet*

¹⁸⁹ Aquest "mai" de les persones d'edats avançades s'ha d'especificar que es referia com una elecció en els últims anys, ja que, anteriorment les teràpies com les herbolàries, curanderos o pegats eren la primera elecció en el context del moment social i històric.

abans, quan no existien les medicacions modernes (a). Algunes deien que si prenién una infusió era més en el sentit de prendre quelcom com podia ser un cafè. Aquests testimonis, els medicaments de la IQF els consideraven més eficaços i "moderns" que uns productes d'herbolari, que veien "antiquats". Possiblement, relacionen aquests productes amb els temps de penúries econòmiques que han viscut en el passat. També hi pot contribuir el prestigi i l'autoritat que la figura del metge significa per a elles, cosa que fa augmentar-los la confiança en allò que ell recepta i el descrèdit vers els remeis naturals.

Un dels motius més esmentats per acudir a una MAC és negar-se a voler consumir productes de la IQF. Consideren que no són naturals i que són agressius per a l'organisme. A més, observen o creuen que no en tenen assegurada l'eficàcia. També hi ha referències als efectes secundaris adversos que provoquen en el mateix moment o a llarg termini, que és quan es creu que són més perjudicials:

La medicina te arregla una cosa pero a largo tiempo te estropea dos. Habrían de pasar la acupuntura por la seguridad social. Tengo entendido que va bien si la persona lo sabe hacer: el autentico chino, va bien. Mi esposa también hace acupuntura, estuvo en coma, ahora está bien, también hace masajes en un particular (Q237, home, 69 anys).

També, alguns han fet referència una altra vegada als interessos econòmics, que segons la seva opinió, hi ha darrere del medicaments o productes de la IQF:

Porque la medicación es química pura y eso hace daño a la larga, la medicina natural es lenta pero tampoco no está unificada como la otra, hay un desequilibrio que no...Entonces por intereses de dinero y tal se podían haber hecho cosas muy buenas, pero por intereses económicos no se han podido hacer, y estamos siempre en lo mismo. Ya que esta gente cortan por negocio puro, la gente mentalmente se tiene que sanear, tiene que coger una educación espiritual o lo que sea muy potente para poder estar muy bien (ED21, home, 55 anys).

Els motius exposats en aquests dos últims punts (els efectes adversos o secundaris i els interessos econòmics) ja van aparèixer com a factors per no seguir el tractament terapèutic, cosa que hem vist en l'apartat anterior. En aquests casos, allò que hi ha darrere és el rebuig a consumir uns determinats productes químics i al sistema industrial que els produeix.

També alguns han insinuat les contradiccions biomèdiques, per exemple, que en un moment un determinat tractament es considera del tot vàlid i efectiu *i sembla que tot s'acaba aquí* (a), per posteriorment deixar de ser-ho *això és ara si, ara no, sense cap més explicació* (a). Aquests factors també han contribuït a desconfiar de les teràpies biomèdiques i optar per una MAC.

Una de les teràpies que més s'ha esmentat ha estat els massatges en les diferents opcions existents, i ho han fet tant els testimonis entrevistats com els dels

qüestionaris; alguns ja havien acudit al massatgista i altres imaginaven aquesta possibilitat. Els que ja els havien practicat generalment en ressaltaven l'eficàcia, afirmant que se'ls va solucionar el problema i recalaven que no ho havia aconseguit la medicina convencional. En aquests casos estaven molt agraïts i convençuts de la teràpia: *no podia caminar i vaig anar a un massatgista i aquest em va fer caminar, cosa que els metges no han aconseguit* (ED09, home, 79 anys). Altres van afirmar que no hi anaven pel cost econòmic, però creien que *un bon massatge calma* (a), sobretot els que patien dolors crònics difícils de controlar. Les persones que tenen una pensió o un sou baix que no els permet destinar recursos a una teràpia de pagament, asseguren que si s'ho poguessin costejar acudirien a alguna MAC, fent incís en els massatges; també hi ha alguna referència a l'osteopatia o altres.

Hi ha la paradoxa que cap informant va afirmar haver utilitzat pegats o cataplasmes malgrat que en la pràctica assistencial s'observa que s'utilitzen, atès que els porten col·locats. En alguna ocasió en què se'ls ha preguntat per això, algú ho explica sense importar-l'hi i altres contesten amb evasives; possiblement creuen que el professional no ho entén o que els ridiculitzarà pel fet que és una teràpia no acceptada pel camp mèdic, a més, es creu que és antiquada i que pertany al passat.

Altres enfoquen les MAC cap al camp naturista, com ara cap als diversos tipus de dietes, l'homeopatia o les medicines orientals, en especial l'aiurveda i l'acupuntura: *¿te digo la verdad de porque hago acupuntura? me gusta porque es natural, no tiene contraproducentes* (Q237, home, 69 anys).

També s'han mencionat les teràpies més humanistes com la Gestalt, la biodescodificació o les constel·lacions familiars. Han estat diversos els que afirmen que s'hi han interessat; alguns les han practicat i altres es plantegen la possibilitat de fer-ho:

Jo estava molt alterat, i quan vaig sortir del món aquest, el que vaig fer va ser sessions d'acupuntura que em van anar bé, vaig notar millora de relaxat, més tranquil. I també el que he dit abans, que estic molt llegint llibres i tal sobre medicina alternativa, ara estic molt aficionat i em sembla que és molt coherent i inclús ho he comprovat i m'he fet passar dolors físics amb un que es diu "medicina del alma", que diu que els teus pensaments et provoquen certes coses. El que m'agraden són les constel·lacions familiars i aquestes coses. De constel·lacions familiars en faig habitualment, aquí a Sabadell, hi vaig sovint perquè és un tema que bueno, que em relaxa i m'agrada (ED15, home, 51 anys).

Alguns testimonis remarquen que *jo el que no vull és viure dependent dels metges o jo no vull estar sempre anant al metge*. Creuen que acudir al sistema sanitari crea dependència vers el sistema i col·lectiu mèdic:

Estic vivint un moment personal molt estressant, tant a nivell psíquic com físic, hi ha molta relació entre els dos. Ara m'he separat del noi que estava, estudio i treballo, no tinc temps, no m'arriben els diners. La meva mare sempre va al metge, hi va massa, i jo no hi vull anar, no vull viure envoltada pels metges. Vaig fer servir homeopatia, no em va agradar, però estava en un moment molt depressiu. He fet biodescodificació, m'interessa molt això, he llegit bastant sobre el tema (Q155, dona, 28 anys).

Les persones que han practicat les teràpies exposades en aquests dos últims paràgrafs han posat l'accent que allò que les ha ajudat o que els ha solucionat el problema ha estat el fet que són més espirituals, més mentals i més centrades en la persona, la qual cosa creuen que contribueix a l'harmonització de l'ésser humà. A més, les poden practicar individualment, els donen més llibertat personal i no han de donar explicacions, referint-se al metge o sistema mèdic.

Una altra qüestió és l'eficàcia de les teràpies MAC. Les opinions aquí també divergeixen. Alguns afirmen que la mateixa teràpia a unes persones els ha estat eficaç i a altres no:

Homeopatia sí, amb aquell metge naturòpata que a més a més ens coneixíem de joves que havíem anat a col·legi junts, amb aquell sí. I acupuntura també perquè la meva nana per això del càncer en va fer amb un xino que hi ha a can Rull i li va anar molt bé, i jo hi vaig anar-hi i no em va anar bé. La meva filla sí però jo no hi vaig trobar cap millora (ED09, home, 79 anys).

L'efectivitat d'una teràpia pot dependre de diversos factors com ara de la mateixa persona, del terapeuta que la practica o que cada dia i moment pot ser diferent. De la mateixa manera que succeeix en la medicina convencional, la relació i confiança entre el terapeuta i el malalt és un punt determinant per a l'eficàcia terapèutica:

Sí, la homeopatia sí, pero la acupuntura no, fui a unes sesiones de reiki y no me sirvieron para nada, pero yo me imagino que no conocí a la persona adecuada. Si es una persona que sabe me imagino que hace su efecto. Yo creo que sí, todos tenemos una energía que desprendemos, todos, todos, por tanto eso tiene que funcionar, como el taichí, yo hice artes marciales en su momento y me fue muy bien (ED21, home, 55 anys).

Alguns asseguren que han acudit a una MAC i no n'han notat l'efectivitat. En aquests casos es tendeix a desvalorar-les. A més, recalquen que van viure una experiència negativa, havent-se sentit "enganyats" pel terapeuta; en aquestes ocasions es considera que són un engany i un lucre econòmic per a qui la practica:

Sí, las he utilizado, la acupuntura no me ha ido bien, me ponía muy nerviosa, a mí no me iba bien. Homeopatía también he hecho, tampoco me iba bien. (La cuñada: la homeopatía es engañar a la gente, lo que venden en granos es una milésima parte de eso, están pagando 20€ por un tubito de perlas que no hacen absolutamente nada, entonces claro)...hacia yoga también y me iba bien, sí, me relajaba (ED04, dona, 36 anys).

En relació amb l'eficàcia i eficiència de les MAC, Perdiguero & Tosal (2007), Perdiguero (2009) i Caminal (2005) hi mostren dubtes. En canvi, per Forcades *et al.*

(2007), aquests conceptes també haurien de ser rellevants per a la biomedicina, atès que la que s'hi practica dista molt d'estar basada en l'evidència, i els tractaments no són sempre efectius. Les autores reconeixen la subjectivitat de la persona en el procés terapèutic, i que les MAC tenen una efectivitat que va més enllà de l'efecte placebo. A més, hem vist en els capítols 5 i 6 que el procés de malaltia no està absent de subjectivitat, i com l'efecte placebo també hi és i és efectiu.

Hi ha els que manifesten no haver-ne utilitzat mai cap. Alguns donen com a raons que no els generen confiança, però ho enfoquen més cap als professionals que les practiquen que a la teràpia en si mateixa. En alguns casos, depenent de la teràpia, el testimoni creu necessari que ha de ser un metge qui la practiqui perquè hi confii. Altres afirmen, per exemple, que si el massatgista fos un bon professional hi anirien, però, davant del dubte, prefereixen no acudir-hi:

No he fet mai aquestes coses, a veure, un massatge va de meravella, i als peus un massatge et va molt bé, o sigui alguna cosa hi deu haver que et funcioni, però soc una mica escèptica si no són professionals. Massatges i coses d'aquestes penso que potser si que van bé (ED16, dona, 41 anys).

No obstant això, no es valoren totes les teràpies de la mateixa manera, i es reconeixen diferències; d'algunes no se'n fien; en canvi, altres les utilitzarien però els recursos econòmics no els ho permeten, atès que són cares: *umm, de l'acupuntura no me'n fio, del que si que me'n fio és de la quiropràctica, el que passa és que pagues molt (ED05, home, 45 anys).*

Algú reconeix que l'hi generen dubtes, tot i tenir parents que s'hi dediquen:

No, no, no hi crec ni hi deixo de creure, malgrat que he de dir que, un dels meus parents polítics, que és el sogre del meu tio, era metge titulat però es dedicava a la homeopatia (ED12, home, 80 anys).

Un altre motiu pel qual no en són partidaris és perquè a les persones de l'entorn *no els hi funcionat* (a). Per això, i junt amb el fet que les han de pagar, no les utilitzen ni les volen provar.

També, una testimoni va afirmar que ella tenia un diploma en acupuntura. Aquesta dona creu que en ocasions poden ser més o menys efectives. Tanmateix, en el moment que es trobava, que era ple de dificultats, no n'era gaire partidària, creia que llavors cap teràpia podia solucionar-li els problemes:

Sí, he utilizado Flores de Bach, no me hicieron nada o poco, yo tengo un diploma de acupuntura, de homeopatía hice hace años, puede ser bueno pero no te llegas a...pero sabes que pasa que al tener tantas cosas juntas que padeces...(ED06, dona, 40 anys).

En un sentit semblant a aquesta última dona, ho explicava una altra testimoni, que va assegurar que cap de les medicines, ni les MAC ni la biomedicina, li

mereixia confiança ni li havien resolt el problema. Era una dona immigrant que creia que el sistema sanitari està més avançat en el nostre país que en el seu d'origen (Guinea Equatorial), però per ella, ni les medicines tradicionals del seu país ni la biomedicina li han estat efectives. La preocupació màxima d'aquesta dona era la seva situació econòmica extremadament precària, així com trobar-se i sentir-se lluny de casa i amb un fort sentiment de soledat:

No tener dinero, no cobrar ni un euro, eso lo agrava todo, mi enfermedad, eso no es una buena situación. Si cobrara para vivir estaría mejor. Mi situación es bastante crítica. Me trajeron aquí España engañada, yo no hubiera venido. Es cierto que en mi tierra, por allí no hay estos avances, allí hay cura tradicional, por hierbas, una cura rara. Pero aquí tampoco he encontrado mejoría, esa es la verdad. Mi hija está nerviosa porque dicen que no estoy mejorando (Q173, dona, 53 anys).

D'altra banda, en la mateixa biomedicina hi ha corrents, catalogats d'alternatius respecte a la línia oficial, que proposen una medicina més naturista i menys invasiva amb la utilització de productes naturals com l'homeopatia o la medicina antroposòfica i integrativa¹⁹⁰. Aquestes corrents no acaben d'obtenir el consens del col·lectiu mèdic i són percebuts amb molt recel per la majoria de professionals. En aquest sentit, Piulats (2010) recull diverses teràpies naturals que han contribuït a la curació, malgrat que no estan reconegudes i s'oposen a la medicina oficial.

Autors com Perdiguero & Tosal (2007) i Caminal (2005) defensen que les MAC són més utilitzades per les classes amb poder adquisitiu alt i alt nivell d'instrucció. També es posa en evidència en els testimonis d'aquest treball. No obstant això, aquest fet es dona, segurament, més sovint en teràpies poc conegudes com és la Gestalt, la biodescodificació o les constel·lacions familiars, que requereixen informació alternativa, la qual no està sempre tan fàcilment a l'abast de tothom. Tanmateix, alguns no utilitzen els massatges precisament per manca de mitjans econòmics, fet pel qual la barrera cultural o educativa en ocasions té menys pes i el factor econòmic és una barrera més important.

Amb relació al percentatge en la utilització de les MAC, està poc investigat al nostre país (Perdiguero, 2009; Caminal, 2005). Si bé és difícil de conèixer dades exactes, en el nostre context són utilitzades tal com mostra aquest treball. Rodríguez *et al.* (2017) en l'atenció primària afirmen que les han utilitzat un 50% dels que van contestar el qüestionari, i l'àmbit que més destaquen és el del dolor. També Crespo (2015) en l'esfera de les tècniques de reproducció assistida, Márquez

¹⁹⁰ <http://www.lavanguardia.com/lacontra/20170306/42565761544/hay-que-centrarse-en-fortalecer-la-salud-y-no-en-la-enfermedad.html>. La medicina antroposòfica i integrativa defensa l'autocuració de la persona, un tracte humanístic centrat en cada persona i amb el suport de complements com la música. A Alemanya existeixen alguns hospitals centrats en aquesta medicina.

(2015) en els malalts mentals i Fernández (2015) en el dolor crònic, n'evidencien la utilització¹⁹¹. Si en les MAC s'inclouen les oracions, meditacions, massatges, exercici físic i gimnasos, productes herbolaris i naturals, dietes i productes dietètics diversos, amulets, etc., destinades a la millora del trastorn, la seva utilització, probablement, sigui més elevada del que realment es coneix i es verbalitza.

8.6. LES PRÀCTIQUES I TERÀPIES *FOLK* O POPULARS. EL CAS DEL MAL D'ULL

En relació a les pràctiques i teràpies es destina un apartat a la creença *folk* del mal d'ull, pel fet que se la considera una entitat capaç de causar dany al marge de les causalitats generals. La taula 26 mostra el nombre d'informants que han afirmat haver-hi realitzat pràctiques i les persones del seu entorn que ells saben que també n'han dut a terme.

Taula 26. Informants i pràctiques

	Total	Dones	Homes
Han realitzat pràctiques	9	5	4
L'entorn ha realitzat pràctiques	10	3	7

Font: CSPT. Elaboració pròpia

En el nostre context, es difícil saber els percentatges de les persones que han anat al curandero pel mal d'ull, Perdiguero (2004) sosté que és el voltant del 30%¹⁹².

Varis informants van explicar haver realitzat pràctiques tant de preventives com de curatives. La més simple consisteix en utilitzar algun tipus de talismà o amulet que pot ser laic, però sobretot és religiós com una creu, un escapulari, cadenetes, "manetes" o altres. Alguns afirmen que obsequien aquest tipus d'objectes quan neix una criatura en el seu entorn: *mira, yo no creo en el mal de ojo, pero a mi sobrino que ha nacido ahora le he regalado una Cruz de Caravaca* (E19, home 35 anys), com una forma de prevenció davant el futur.

En una unitat hospitalària tan sofisticada tecnològicament com és una UCI¹⁹³, no és rar que algunes persones portin estampes, medalles o algun tipus d'amulet o

¹⁹¹ Algunes de les teràpies que refereixen aquestes autores són l'acupuntura, fisioteràpia, ozonoteràpia, massatges, acupuntura, homeopatia, reflexologia, reiki, relaxació, dietes, infusions, així com elements màgic religiosos com estampes i amulets en cas dels malalts mentals.

¹⁹² Son dades de les comarques d'Alacant anterior al 2006, les principals usuàries eren dones majores de 30 anys, sense estudis o amb primaris.

talismà i el col·loquin sota el coixí o el més a prop possible del malalt. En ocasions és temporal mentre estan acompanyant-lo i altres de manera més permanent¹⁹⁴. En alguna ocasió també s'ha realitzat algun ritual dins l'habitació, com oracions o unguents, a vegades s'ha demanat consentiment als professionals i altres sense dir res i amb prudència per passar desapercebut.

Altres autors també han observat aquestes pràctiques en els espais assistencials. Márquez (2015) assenyala que en una unitat de malalts aguts de psiquiatria, propera a Barcelona, és bastant corrent l'ús d'amulets. Lloreda-Garcia (2017) mostra que en una unitat de neonatologia d'un hospital de Cartagena un 26% dels nens tenien objectes com estampes, rosaris o amulets protectors del mal d'ull enganxats a la roba el més a prop possible del nounat, i un 40% dels pares creia en el mal d'ull. També es descriuen en una unitat de cures intensives pediàtriques d'un hospital de Jerusalem freqüentada per població jueva i musulmana, on un 30% dels pares dels nens ingressats usaven talismans i amulets per ajudar en la curació (Barr *et al.* 2000)¹⁹⁵.

En tots aquests casos que es mencionen d'amulets i talismans o altres pràctiques dins de l'àmbit hospitalari, probablement no sempre tenen relació directa i/o solament amb el mal d'ull, però sí que succeeix en un nombre d'ocasions que és difícil de determinar. En el cas de la UCI, en alguna ocasió que s'ha comentat amb el familiar aquest fet, algun ha donat la seva opinió. Però generalment, hi ha hagut un cert rebuig a parlar-ne, probablement parlar *d'aquestes coses* en aquests espais altament tecnificats i davant d'un professional de l'àmbit mèdic hi ha temor a sentir-se ridiculitzat.

Alguns reconeixen haver realitzat pràctiques que requereixen de més coneixements que portar un amulet o talismà, per la qual cosa van anar a un professional com un

¹⁹³ En aquest cas em baso en les observacions i experiències en el context del meu treball professional com a infermera en una unitat de cures intensives.

¹⁹⁴ En ocasions sol haver-hi discreció a l'hora de col·locar certs objectes prop del malalt, no es percep de la mateixa manera col·locar una estampeta religiosa que un altre tipus d'objecte. L'estampa religiosa forma part de la cosmovisió col·lectiva i consegüentment està acceptada, en canvi, un amulet probablement no tindria el mateix grau d'acceptació social. També Crespo (2015) assenyala aquesta discreció en l'ús de les MAC en les tècniques de reproducció assistida, ja que algunes persones ho mantenen en l'esfera privada i no ho notifiquen als professionals.

¹⁹⁵ Segons els mateixos autors el seu ús era significativament més alt en els jueus que en els musulmans; en canvi, no van trobar diferències en el nivell sociocultural ni en la gravetat dels nens i el seu ús era més elevat com menor era l'edat del nen.

curandero o una bruixa. Les pràctiques que més s'han mencionat han estat els ungüents, potingues, massatges, oracions o novenes:

Sí, creo en la santería. Yo creo que me hicieron un trabajo, una vela negra, fui a un curandero, me hizo una novena y me la quitó, encontré mejoría (ED07, dona, 35 anys).

Sí, sí, lo digo porque yo lo he padecido dos, estuve una temporada mal. Vivía en el otro piso, todo esto me ha pasado en separado, yo me levantaba por las mañanas, vivía en un sexto, yo estaba bien, me levantaba por las mañanas, y mi obsesión era tirarme por la ventana, así por las buenas. Y yo pensaba: ¿cómo me voy a tirar por la ventana? yo era consciente de lo que estaba pensando, pensaba aquí pasa algo que no es normal. No oía ninguna voz, la idea era de tirarme, y esto me preocupó un poco porque estaba convencido que me tenía que tirar, luego me iba al trabajo y a la piscina y tan contento, y es que yo no pasaba depresión. Entonces ya fui con gente que cura el mal de ojo, se empezó a trabajar con eso y ya vino la mejoría (...). Conocí a tres personas que tratan esto de diferentes sitios y fui a las tres, y las tres coincidían, y las tres me dijeron lo mismo, de quien venía, justo, justo, justo, uno de Gerona, otro de Tarragona y otro de Murcia. Ellos me dijeron quién y después yo lo pude averiguar, eran dos familiares. (ED21, home, 55 anys).

Sí que conozco que han tenido, mal de ojo y culebrinas, mi suegro fue al hospital x, le dijeron que tenía una culebrina, la tenía ya alrededor de todo el cuerpo, le iban a operar para cortársela, eso fue una mañana, y por la tarde yo le dije mire usted yo tengo una vecina que cura la culebrina, vamos a ver a esa mujer. Cogió manteca, cogió ceniza, le hizo un mejunje, se lo puso en la espalda, le escupió dos veces...y en dos semanas se le había curado. También se le salió el hueso del dedo, le iban a operar, fuimos al curandero, y pam, pam, se lo curó y no se tuvo que operar (E19, home, 35 anys)¹⁹⁶.

També s'expliquen pràctiques amb rituals més complexos com el que relata el testimoni següent, primer es van dir oracions, es va escampar sal en alguns espais de la casa, i per últim es van sacrificar gallines llençant-les després al mar:

Sí, sí, jo sí, perquè aquí a casa ho hem tingut amb el meu nano, doncs el meu nano no era el meu nano, el meu nano degut als seus amigotes i això, bevia molt, fumava molt, molt, molt, molt malament, ja de casat, de gran (...). No, no ho pots demostrar això, però hi ha algú que ens vol mal, hi ha algú que ens vol mal perquè no pot ser que ens estigui passant tot això(...). Teníem un amic que era metge naturòpata, a més a més tirava les cartes i coses d'aquestes, que amb la meva dona li va anar molt bé per una gran depressió que no hi havia maneres (...). Teníem un mecànic que la seva dona era mig d'allò i tal, i jo li vaig dir: escolta, vine aquí casa a veure si hi ha algo o això...Van venir amb una bruixa, van fer les seves coses que fan, van matar les gallines i tot això. Sí, van matar les gallines aquí casa, amb la sang i tot, sí. També van tirar sal a sota el llit, i llavors vam tenir que agafar els cotxes i anar-nos-en al mar i llançar al mar les gallines...En fi, llavors sembla que la cosa es va posar bastant bé, encara que a vegades sembla que hagi de tornar. (ED09, home, 79 anys)

Un testimoni va explicar que l'àvia era curandera i tractava problemes, ara una germana conserva alguns "dons" i realitza alguns tractaments:

Mi yaya lo curaba el mal de ojo, culebrinas...De eso me acuerdo de pequeño, todo eso lo ha curado ella, le han echado mal de ojo a mi hermana cuando ha estado

¹⁹⁶ Cal destacar que aquest informant es definia com a no creient, és el mateix que en anteriorment manifestava regalar una creu als nounats.

embarazada. De todo esto sí que he escuchado hablar... Yo creo en todo esto, a mí no me ha pasado nada pero yo lo he vivido. Mi abuela lo curaba y mi hermana sabe algo, tiene sus dones la grande (ED18, home, 41 anys).

En algun cas s'afirma que ni la medicina convencional ni el metge va solucionar el problema, i es posa l'accent en què va ser el curandero qui ho va fer, al qual s'està molt agraït:

A mis niños les ponía cositas para que no les echaran el mal de ojo. Sí, en casa viví un problema con mi niño, con el grande, según mi madre le echaron el mal de ojo, tiene una manita bendecida y lo que es la cadena se le reventó sola. Se saltó de la mano, solamente encontramos la manita, la cadena no y él se puso muy malito, con unas diarreas negras, muy malito, muy malito... Y le curó una vecina, le curó el mal de ojo. (¿Lo habías llevado al médico?) Sí, sí, pero no había manera, no, no... Le duró mucho y sí, esta vecina fue la que le curó, esto me lo dijo mi madre y la vecina también (ED14, dona, 49 anys).

Per altre costat, trobem exemples en el sentit contrari, en què primer es va al curandero i al no trobar milloria s'acut a la biomedicina. A més, segons la següent testimoni, la religió i Déu allunyen d'aquestes creences:

Yo no, no lo creo. Porque cuando yo no conocía al Señor la primera hija que tuve yo se moría y no sabíamos de qué era y como era tan bonita dice que le habían hecho mal de ojo, y vinieron a cortarle el mal de ojo. (¿Se curó?) ¡Qué va!... La llevamos al médico y dice "esta niña está muy hermosa", pues no le pasa nada, no le duele nada, le tocaron en el cuello y dio un grito enorme, lo que pasaba que tenía unas anginas así de gordas, o sea que cuando uno no conoce al Señor y no conoce lo que la Biblia dice cree en muchas tonterías de esas, en el mal de ojo y eso yo lo creía también, pero ahora no (E13, dona, 71 anys).

Com hem vist, alguns informants asseguren que van notar millora o se'ls hi va solucionar el problema després d'anar a un curandero. Per donar una explicació al per què succeeix és interessant el plantejament que proposa Gracia (2015). L'autora es remet a les tesis de l'eficàcia simbòlica de Lévi-Strauss, de Good (2003) i de Dow (1986) com a possibles explicacions a la curació d'aquest fenomen. En l'eficàcia simbòlica de Lévi-Strauss (1987) són importants el poder de la paraula, apel·lar a la fe i que totes les parts entenguin els fenòmens de la cura. Good (2003) veu el procés de malaltia com un "síndrome d'experiència", en el qual es comparteixen paraules, experiències i comportaments. Dow (1986) defensa que la curació simbòlica forma part d'una estructura universal que comparteixen curador i malalt, basant-la amb quatre elements bàsics: 1) les experiències del curador i del malalt es basen en símbols culturals específics que pertanyen a un mite general i generen experiències emocionals. 2) durant el procés el terapeuta ha de convèncer al malalt que el seu problema pot ser definit en termes del mite. 3) el terapeuta relaciona les emocions del malalt amb els símbols transaccionals que ha extret del

mite general. 4) el terapeuta manipula els símbols transaccionals per ajudar al malalt a modificar les seves emocions.

Aquests autors ens porten a una identificació entre el malalt, el terapeuta i la teràpia, comparteixen paraules, significats, gestos, indumentària i espais, on tot pren significat. Aquest fet es posa de manifest amb allò que han expressat els informants que s'hi senten identificats. En aquest sentit, Riccò (2016) descriu el punt de vista i les pràctiques d'un curandero català en l'actualitat, on mostra les diverses pràctiques utilitzades i com la paraula i la interacció entre les dues parts són elements determinants i necessaris.

Per altre costat, també són interessants els efectes placebo i nocebo coneguts en la medicina occidental. En aquest sentit, l'efecte placebo formaria part de l'eficàcia simbòlica, així, no es pot descartar que el sol fet d'acudir al curandero actüi com efecte placebo tal com funciona en ocasions en la medicina al·lopàtica¹⁹⁷.

Com hem vist, alguns informants afirmen que davant d'un problema valoren a quin tipus de terapeuta acudir: la biomedicina o el curandero, o al llarg del procés valoren canviar la teràpia si persisteix el problema. De fet, la nosologia criolla distingeix de forma natural i habitual entre les "malalties del curandero" i les "malalties del metge" (Sturzenegger, 1994)¹⁹⁸. De manera menys visible, també succeeix en el nostre entorn quan alguns informants davant d'un problema valoren i decideixen quin terapeuta consulten.

¹⁹⁷ En aquest sentit és interessant el treball de treball de Moerman (1983) sobre les úlceres gàstriques, en el qual analitza 31 treballs efectuats en 16 països i dissenyats en doble cec (són aquells que ni el professional ni el malalts tenen coneixement d'allò que se'ls hi està administrant), on va concloure que els malalts tractats amb cimetidina havien millorat en un 76% dels casos i els tractats amb placebo en un 48%. Un altre treball interessant en l'efecte placebo és el de Moseley *et al.* (2002), que van efectuar un estudi en intervencions de cirurgia de genoll en què van dividir els malalts en tres grups. En un grup van rebaixar el cartílag danyat; en un altre van realitzar una neteja de l'articulació per eliminar el material causant del dolor, i el tercer grup va rebre sols una falsa cirurgia, es va realitzar ferida i els cirurgians varen parlar i fer sorolls com si estessin intervenint, però sense intervenció real. Es varen realitzar les mateixes cures post quirúrgiques als tres grups. La sorpresa va ser quan van observar que els tres grups havien millorat en els mateixos percentatges, i els malalts no van saber fins dos anys més tard quin tipus d'intervenció se'ls hi havia efectuat.

¹⁹⁸ Sturzenegger (1994), diu que les malalties que els criolls consideren del metge són principalment aquelles que necessiten d'una intervenció quirúrgica, les fractures, les febres elevades, un dolor molt fort, la tuberculosi, el mal de chagas o la lepra. I les malalties que corresponen la curandero són les "malalties folk", sorgides de la tradició criolla, com l'ensurt o el mal d'ull.

8.7. ESCOLLIR ENTRE LA BIOMEDICINA O LES MAC

En aquest apartat s'intenta explicar per què els individus acudeixen al sistema biomèdic o bé opten per una MAC. Primer es fa una classificació en quatre grups amb relació a la utilització d'un un o altre sistema:

- El primer grup són els que utilitzen el sistema biomèdic com l'únic recurs terapèutic.
- El segon grup són els que utilitzen el sistema biomèdic com a principal recurs terapèutic i és el de referència, complementant-lo ocasionalment amb altres teràpies. Aquí les MAC actuen com a complementàries a la biomèdica. Possiblement és el grup en què hi ha més persones.
- El tercer grup són els que alternen la biomedicina i alguna MAC; depenent del problema opten per una o altra. Aquí s'hi pot incloure anar al curandero o bruixa pel mal d'ull. En alguns casos es poden alternar o utilitzar paral·lelament pel mateix problema. És a dir, en ocasions la MAC s'utilitza com a complement de l'oficial, atès que aquesta és la primera elecció; per contra, les MAC poden ser la primera opció i en aquests casos s'han de considerar com una alternativa a la biomedicina.
- El quart grup són els que substitueixen la biomedicina per les MAC, i acudeixen a la medicina oficial per aspectes imprescindibles com els administratius i burocràtics, i utilitzen la biomedicina en situacions especials i esporàdiques, com la pràctica d'una prova diagnòstica o una situació d'urgència. En aquests casos la MAC actua com a alternativa a la biomedicina.

Els motius que més s'expliquen per optar per una MAC són, d'una banda, pel fet que la biomedicina no ha solucionat el trastorn o no ha satisfet les expectatives, sobretot en les malalties cròniques o en els processos molt llargs. D'altra banda, pel rebuig a consumir productes de la IQF, sobretot s'enfoca en els efectes secundaris, negatius i agressius que provoquen alguns medicaments, així com en les connexions de la indústria amb el sistema sanitari. Aquests dos punts ja han aparegut en els motius pel no compliment terapèutic, la qual cosa ens indica que són rellevants. En aquest sentit, Perdiguero & Tosal (2007), Perdiguero (2009) assenyalen com a principals motius el canvi de model epidemiològic en les societats occidentals, en les quals han augmentat els patiments crònics i el rebuig als

productes de la IQF. Tanmateix, al darrere d'aquests dos supòsits i d'allò que els envolta, hi ha una pèrdua de confiança cap al sector professional biomèdic, i s'opta per tractaments més naturals, menys invasius i que provoquin menys efectes adversos.

També les contradiccions que alguns observen en el camp biomèdic o en els professionals o *les modes*, en el sentit que van canviant les recomanacions i les normes, allò que en un moment era vàlid posteriorment ja no ho és, junt amb la no eficàcia dels tractaments, condueixen a defensar que en la biomedicina tampoc hi ha certeses, la qual cosa els porta a optar per una MAC. Ackerknecht (1985) sosté que la biomedicina també té una part de màgia i una part d'inexplicable de tot allò que passa, és a dir, que presenta una part de racional i una d'irracional com les altres medicines¹⁹⁹, i allò que alguns testimonis perceben en la biomedicina és que també té aquesta part de màgia.

En els discursos apareix amb força el desig de prendre decisions per un mateix, o sentir-se més lliure per fer-ho, és a dir, allò que es demana és un caràcter més participatiu, de més respecte i més autonomia per les pròpies decisions. En aquest sentit, el fet que la medicina al·lopàtica tracti la persona malalta de pacient contribueix al distanciament de les que no s'identifiquen amb aquesta idea, i es tendeix a optar per les MAC. En canvi, les que més es compenetren amb el concepte de "pacient", tal com l'entén la biomedicina, l'utilitzaran més. La relació desigual i jeràrquica entre metge i malalt, com s'enfoca des del sistema mèdic, propicia que la persona percebi que perd la llibertat, senti anul·lada la seva autonomia i es senti més coaccionada; a més, aquests factors contribueixen a crear encara més dependència vers el sistema sanitari. En canvi, en les MAC la persona sent que té més poder de decisió sobre allò que pot fer, per exemple, quan decideix continuar o no un tractament no sent que hagi de *donar tantes explicacions*, sobretot si vol abandonar-lo; en conseqüència, no se sent tan *pressionada* ni *fiscalitzada*.

En aquests casos, el que les persones senten és que al darrere hi ha el poder del sistema biomèdic. Foucault (2006) sosté que on hi ha poder hi ha resistència, i aquesta resistència al poder del MMH propicia el fet que es busqui solució en altres

¹⁹⁹ Ackerknecht considera que en la medicina occidental hi ha un 10% de medicina primitiva, un 50% de galenisme i un 40% de tecnologia moderna mal entesa, per aquest autor la medicina primitiva apareix més com una funció de la cultura, a diferència de la nostra que és més una funció de la biologia. Ackerknecht observa que la gent de l'Alt Mississipí deia "oh, aquest home no està malalt, només té paludisme".

teràpies²⁰⁰. En aquests casos, s'opta més per les de caire més naturalista, humanista o integratiu; també són les que permeten una relació més igualitària entre l'individu i el terapeuta, pel fet que no tracten sols la malaltia sinó la persona de manera holística. Tanmateix, en aquest aspecte també hi ha diferències entre les diverses MAC, atès que en algunes el paper que assumeix el malalt és també bastant passiu en contraposició al del terapeuta, que és actiu. Però, generalment en aquests tipus de teràpies és on trobem més testimonis que reclamen un grau més alt d'autonomia.

En aquest sentit, Ellis-Stoll & Popkess-Vawter (1998) defensen que la participació de la persona en el procés terapèutic fa que se senti més empoderada, la qual cosa és un factor positiu que contribueix a la recuperació. També Scott (1998) sosté que les MAC proporcionen més autonomia per decidir sobre el tractament i l'individu. Per Seppelli:

"Y en particular, modelos holísticos y empáticos de relaciones interpersonales, combinados con la hostilidad a toda terapia "no natural", "incisiva", violenta". Pero es evidente, en relación con esta constelación de valores, que el desplazamiento de crecientes sectores de la población hacia el recurso paralelo o alternativo a las "nuevas" formas de "la otra" medicina, encuentra un fuerte estímulo en la intensa carga emocional y en la atención personalizada, que a diferencia de la biomedicina, caracterizan las formas de relación con el paciente y con su contexto"(Seppelli, 2000:41).

Altrament, Menéndez (1983) apunta que les MAC comparteixen amb el MMH algunes característiques com l'asimetria en la relació curador-malalt o la participació subordinada del consumidor, però el grau més alt d'autonomia que percep la persona i el fet que no ha de donar tantes explicacions fan que les MAC els puguin ser més atractius.

D'altra banda, les MAC també s'han plantejat com un consum més en el sistema econòmic capitalista. En aquest sentit, Caminal (2005) defensa que la població demana una resposta ràpida i eficaç a les dolences, i aquest fet comporta l'augment del consum també de les MAC. També s'ha de tenir en compte que algunes d'aquestes ajuden, precisament, a l'empoderament de la persona respecte de la malaltia, i potencien reduir-ne el consum més a llarg termini, en especial si es tracta de teràpies que posteriorment la persona pot dur a terme ella sola, com són algunes tècniques espirituals o mentals.

²⁰⁰ Foucault (1996) considera que les peregrinacions a Lourdes pels milions de peregrins pobres és una resistència imprecisa a la medicalització autoritària dels seus cossos i malalties.

És a dir, allò que hi ha al darrere de la utilització d'una o altra medicina és també un aspecte ideològic. En aquest sentit, el fracàs del MMH per fer front a alguns problemes el descriu bé E. Menéndez, que posa en dubte no solament l'eficàcia, sinó també la ideologia de la denominada "medicina científica":

"La crisis del modelo médico hegemónico, el surgimiento de nuevos 'estilos de vida', las modificaciones en los comportamientos cotidianos generados por el incremento de los padecimientos crónico-degenerativos, etcétera, condujeron desde la década de los años sesenta al cuestionamiento de la biomedicina y a la recuperación de una serie de concepciones y práctica 'curativas', que parcialmente ponen en duda, no solo la eficacia sino la ideología de la medicina denominada científica" (Menéndez, 1994, p. 79).

En aquesta línia, també Helman (2001) defensa que la medicina occidental està en crisi, i aquest fet provoca que es busquin teràpies més enllà del model biomèdic.

A més a més, encara hi ha un altre factor que cal tenir en compte, i és que les persones necessiten una explicació convincent del que els succeeix i en la teràpia que se'ls proposa. En aquest sentit, els fracassos en el tractament, la no millora de la malaltia, la no explicació mèdica d'un perquè satisfactori i la pressió que senten que se'ls exerceix, les pot conduir a una crítica severa i desafecció vers la medicina al·lopàtica. També Le Breton (1999) sosté que les persones necessiten explicacions als fets que s'ajustin al seu raonament i que puguin entendre d'acord amb la seva cosmovisió, i si no les troben en la biomedicina les busquen en els espais que creuen més adients d'acord amb les seves necessitats i expectatives.

Encara hi ha una altra qüestió que cal destacar: és el fet que en les mateixes circumstàncies només emmalalteixen algunes persones, i sols en situacions molt excepcionals ho fan totes les que hi han estat exposades, un fet que com hem vist l'han posat en relleu alguns testimonis. A més, també és rellevant que la biomedicina no coneix bé i no pot explicar l'etiologia de totes les malalties, atès que treballa bàsicament amb hipòtesis i conjectures i no amb lleis fermes; en conseqüència, no sempre es pot instaurar un tractament eficient per a totes les malalties i situacions. A més a més, cada persona presenta unes característiques que la fan única i irrepetible. Aquests factors dificulten respondre molts dels interrogants que sorgeixen i afavoreixen que no es pugui donar solució a tots els problemes, els quals contribueixen que moltes persones no trobin la resposta efectiva que cerquen. Per això esdevenen un motiu més per recórrer a una altra esfera o teràpia més personalitzada i que aparegui el rebuig o distanciament cap a la biomedicina.

8.8. RITUALS I EFICÀCIES EN LES PRÀCTIQUES I TERÀPIES

L'antropòleg Bronislaw Malinowski (2001)[1973] en la seva obra sobre les illes Trobriand, *Els argonautes del Pacífic occidental*, explica que els pescadors duïen a terme una sèrie de rituals a la platja abans de sortir a pescar. Creïen que si els realitzaven amb precisió, els déus del mar farien que tornessin a casa sans i estalvis. També els evuzok, per tractar les malalties provinents del món de la nit, utilitzen rituals de curació. El documental *La dansa als esperits*,²⁰¹ basat en el llibre de Lluís Mallart, ens en mostra l'eficàcia: com els bruixots o medecinaires són capaços de separar l'ànima o evu del seu cos i poder entrar-hi i posar-se en contacte amb el món de la nit i obtenir la curació.

Es tendeix a creure que els rituals i els simbolismes són cosa d'altres indrets i del passat, que en el camp de la salut en l'era tecnològica en el nostre context no hi són presents i que les eficàcies actualment són "sempre reals". En aquest sentit, Siles (1999) sosté que els rituals han format part dels procediments i cures de la salut, i s'han estructurat actes cerimonials per al tractament de malalties i ferides.

"El cuerpo no escapa a la condición que hace de toda cosa propia del hombre el efecto de una construcción social y cultural, en el interior de límites infinitamente variables. No existe una naturaleza del cuerpo, sino una condición del hombre que implica una condición corporal que cambia de un lugar y un tiempo a otro. Allí se camina sobre un lecho de brasas en el transcurso de un rito religioso; en otra parte se curan las quemaduras recitando una oración y soplando sobre la herida, se sanan enfermedades regulando las energías perturbadas de un hombre enfermo sólo a través del contacto físico; allí se cura negociando con los dioses la curación por la intermediación del trance o de la posesión, se lee en la arena el futuro del hombre. Se sana a un enfermo trasplantando a un enfermo incurable un corazón que procede de un donante fallecido unas horas antes" (Le Breton, 1999, p. 65-66).

"Estas imágenes, esculpidas en materiales prescritos que les otorgan eficacia, representan los espíritus protectores que el chamán convierte en sus asistentes y cuyo grupo encabeza conduciéndolos hasta la mansión de Muu, la potencia responsable de la formación del feto" (Lévi-Strauss, 1987, p. 211).

Cuando llegas aquí (SUH) ya tienes tranquilidad, se acercan médicos y demás personas que ves que te están ayudando, ya uno se siente tranquilo, sabes que te van a ayudar ante cualquier problema (Q032, home, 44 anys).

Ventajas porque te encuentras muy, o sea yo cuando entro por allí (SUH) ya tengo la sensación que estoy en el sitio adecuado, allí te hacen de todo de lo que tengas, allí te saben de todo, te hacen todas las pruebas, y todo. Tanto los médicos, como los camilleros, como las enfermeras como todos, todos los del hospital x es gente muy capacitada, muy preparada, yo a veces pienso: ¿cómo no se harán un lío con tanta gente y con tanta cosa?, yo los veo muy capacitados. Por médicos y por hospitales, yo me siento muy acompañado, nada más es entrar en un hospital ya pienso que no pasa nada, ya estoy salvado (E06, home, 60 anys).

²⁰¹ <http://www.ccma.cat/tv3/alcanta/programa/Dansa-als-esperits/video/3347710/>

El testimoni (Q032) proferia aquestes paraules quan encara no l'havia visitat cap metge ni se li havia practicat cap procediment diagnòstic o terapèutic. Sols el fet d'entrar al SUH i veure's envoltat de metges i *dels seus ajudants* ja li donava tranquil·litat i es començava a trobar millor. Només d'entrar a l'hospital li comença a canviar la seva percepció de com es troba, hi té tota la confiança, s'hi lliura i confia que *els metges i els seus ajudants* actuaran en el moment precís. També el testimoni (E06) creu que està en el lloc adequat, cosa que li genera la confiança necessària perquè tot transcorri bé. Perquè hi hagi eficàcia hi ha d'haver uns preliminars ben establerts, la descripció dels preparatius, l'equipament del lloc, la riquesa de detalls i les paraules que es desitja escoltar, és a dir, uns significats compartits i acceptats per tots; si es compleixen, condueixen a l'eficàcia (Lévi-Strauss, 1987). Aquests elements es donen en aquests testimonis; malalts i professionals interpreten signes i significats, espais i actuacions que construeixen una realitat.

L'eficàcia simbòlica actua en el nostre context probablement de la mateixa manera com actuava entre els indis cuna, perquè sense haver dut a terme cap actuació directa sobre la persona, pot començar a sentir o percebre milloria, com ja hem vist ja en l'apartat del mal d'ull o l'efecte placebo. Les referències al fet que quan s'està a l'hospital o a la consulta mèdica un ja se sent més tranquil, més relaxat i ja es troba millor, hi són. El fet de ser en un hospital pot ser suficient perquè alguns malalts se sentin més tranquils; estan convençuts d'estar a resguard i que allò que pugui succeir serà resolt amb l'eficàcia que esperen.

També les visites mèdiques rutinàries i la realització d'analítiques o proves de control s'han convertit en exemples de rituals. Les persones grans o amb moltes patologies poden tenir un calendari en un lloc visible amb els dies ben assenyalats: *aquets dies són els que tinc metge*, que en alguns casos com en un matrimoni gran poden arribar a ser la major part dels dies del mes. En els dies assenyalats cal acudir puntualment a la cita. Si no es fa, es pot viure amb sentiment de culpa: *hi has d'anar, així estàs més ben controlat pel que et pugui passar* (a). Així, si posteriorment apareix un problema, el fet d'haver anat a la cita en minimitza la culpa. La testimoni següent afirmava que un dia va deixar de fer les revisions mèdiques rutinàries en l'àmbit laboral i, posteriorment li va aparèixer el sentiment de culpa per no haver seguit amb aquests rituals:

No m'he cuidat, fins ara no he tingut res greu, només cosetes. No m'he fet controls periòdicament, no he fet res pel pes, però tampoc m'angoixa, un dia vaig deixar de

fer-me les revisions a la feina i anar al metge. Ho penso ara... Ho vaig fer i no en vaig ser conscient (Q143, dona, 44 anys).

Una de les esferes de molts rituals és la dels hàbits d'exercici físic, alimentaris i dietes, que s'han convertit per algunes persones en un ritual: *anar a córrer ja és un ritual per mi* (a), que cal seguir escrupolosament. Si no es compleix es pot viure com una transgressió i culpa cap a un mateix.

Uns altres exemples els trobem en els espais hospitalaris. En el servei d'urgències a gairebé la totalitat dels usuaris que hi acudeixen se'ls realitzen analítiques i radiografies. També és habitual deixar-los col·locat un catèter *per si de cas passa algo*" (p). En aquest sentit, un professional remarcava que *alguns malalts es pensen que portar una via és una cosa molt important, alguns truquen a casa o a la família dient: és que porto una via!*. Portar un catèter col·locat s'ha convertit en quelcom que simbolitza que s'està malament i es necessita assistència²⁰².

Són molts els professionals que opinen que en la gran majoria d'ocasions no són necessàries aquestes actuacions: *tots sabem que no serveixen per res*, però s'han de realitzar: *aquí tot és un ritual, fem molts rituals nosaltres* (p). Alhora, si no es duen a terme aquestes pràctiques, els usuaris no quedaran satisfets amb les expectatives que tenien posades en la visita, i molts professionals tampoc. Per a tots ha esdevingut una necessitat que s'ha convertit en ritual. L'eficàcia de solament la visita mèdica no serà suficient en molts casos, l'eficàcia necessita el ritual de "les proves". Com ja hem vist, la fascinació per la tecnologia ha qüestionat el lloc del professional i s'ha incorporat als rituals que cal realitzar.

8.9. RESUM DEL CAPÍTOL

Quan es presenta un problema de salut, el comportament i les accions que s'emprenen són diverses: van des dels que acudeixen de manera gairebé immediata al sistema sanitari fins als que hi van només en situacions excepcionals. Una diferència de les variants que es poden donar, entre aquells que consulten molt sovint els serveis mèdics o hi acudeixen, d'aquells que no els consulten mai o gairebé mai, no és solament que a uns no se'ls presentin problemes i a uns altres molts; en alguns casos, allò que marca aquesta diferència entre uns i altres és que

²⁰² A les xarxes socials, com per exemple Twitter, hi ha piulades que per mostrar que estan malament i a l'hospital hi inclouen una fotografia d'un braç o una mà amb un catèter col·locat.

n'hi ha que consulten “tots” els problemes o trastorns que els apareixen i n'hi ha altres que els consulten molt poc o mai. Aquests últims no donen importància a allò que els succeeix i creuen que ja se solucionarà, i pel camí se'ls resol espontàniament, aprenen a viure-hi acceptant la limitació que pugui provocar o duen a terme unes actuacions mínimes. A més, defensen que cap actuació està exempta de riscos; en conseqüència, prefereixen actuar per omissió que per acció. Aquests casos no solen acudir al sistema sanitari, i si hi acudeixen, actuaran en un o altre sentit depenent d'allò que se'ls proposi, d'acord amb les seves expectatives i la filosofia de vida.

Es fa una classificació en quatre grups amb relació a la utilització del sistema biomèdic oficial o les MAC: 1) els que utilitzen el sistema biomèdic com l'únic recurs terapèutic; 2) els que utilitzen el sistema biomèdic com a principal recurs terapèutic, complementant-lo ocasionalment amb altres teràpies; 3) els que alternen la biomedicina i alguna MAC, depenent del problema opten per una o altra; 4) els que substitueixen la biomedicina per les MAC, i acudeixen a la medicina per assumptes burocràtics imprescindibles o en situacions especials i esporàdiques.

Acudir a la medicina al·lopàtica o bé optar per una MAC, o alternar o compaginar les dues depèn de diversos factors. Com a més importants per acudir a una MAC hi ha la no solució dels problemes, especialment els crònics i el rebuig als productes de la IQF, sobretot pels efectes adversos que provoquen aquests tractaments. També les contradiccions que observen en el camp de la biomedicina o el fet que aquesta tampoc ho resol sempre tot. Un altre punt és que les MAC permeten un caràcter més participatiu. Les persones no se senten tan pressionades ni coaccionades, els permeten més llibertat a l'hora de decidir continuar o abandonar una teràpia, i no han de donar explicacions, és a dir, també hi ha el factor ideològic. I per acabar, el caràcter més holístic i espiritual d'algunes teràpies que treballen en la persona de manera global i no solament en un òrgan descontextualitzat les fa més atractives. Alguns d'aquests factors per utilitzar una MAC es comparteixen amb els que s'havien assenyalat per no seguir una teràpia mèdica.

També es posa en relleu com els tractaments de les malalties considerades *folk*, en aquest cas el mal d'ull, continuen estant-hi presents. Les persones acudeixen a un curandero o bruixa quan ho creuen necessari. A més, algunes d'aquestes pràctiques estan presents en unitats d'alta tecnologia com és una unitat de cures intensives.

CAPÍTOL 9. EL SISTEMA SANITARI

Para manipular eficazmente a la gente
es necesario hacer creer a todos que nadie les manipula.

John Kenneth Galbraith

9.1. INTRODUCCIÓ AL CAPÍTOL

Una de les maneres com es presenten els centres sanitaris és amb el terme “proveïdor de salut”. Aquest concepte implica proveir de salut a qui ho necessiti. Taussig (1995) sosté que aquesta expressió forma part de la ideologia del domini i llenguatge del mercat dels negocis, com és proveir d'un producte. Seguint amb l'autor, també ens diu que la salut és una "mercaderia empaquetada" que es pot anar a comprar, en aquest cas a uns centres que tenen el monopoli legítim per administra-la. La salut, però, és inherent a l'individu, no la podem anar a buscar o comprar; així, el terme “proveir” no és innocent, sinó que forma part d'una estratègia de poder i domini. Barsky (1988) també sosté que la salut s'ha industrialitzat i mercantilitzat, i és fruit del mateix procés que afecta tots els camps socials, contribuint en el mite que es pot comprar. Illich (1975) defensa que els pressupostos dels països occidentals s'han medicalitzat, mostra com els sistemes sanitaris són un dels sectors que mouen més diners i sempre estan a l'alça. Rodríguez & de Miguel (1990) i Illich (1975) afirmen que el sector sanitari creix més ràpid que la riquesa nacional, i Barsky (1988) mostra l'ascens vertiginós de la despesa en salut als Estats Units, havent esmenat prèviament les xifres de la inflació.

L'objectiu d'aquest capítol és analitzar tres aspectes de rellevància que fan referència al poder que exerceix el sistema sanitari biomèdic en la societat. En el primer apartat s'analitza la lògica econòmica del sistema sanitari tenint en compte les opinions d'usuaris i professionals. El segon apartat es dedica al poder i a les influències dels mitjans de comunicació en la societat, en quins les persones s'informen i el paper que hi té Internet. El tercer s'ocupa de les relacions i les interaccions entre usuaris i professionals, com a través d'ells, al sistema li és més fàcil persuadir les persones per imposar els seus interessos.

9.2. CONSUM EN SANITAT: LA LÒGICA DEL MERCAT

En aquest apartat, en el primer punt s'exposen alguns aspectes del funcionament del sistema sanitari, també el punt de vista que en tenen alguns professionals i usuaris. En el segon s'analitza el colesterol com a exemple de consum preventiu propiciat i potenciat pel sistema. S'ha escollit el colesterol perquè és un dels temes més recurrents i que estan més “de moda”, del qual parlen gairebé “constantment”

tant els professionals com molts usuaris, i sovint ho fan amb angoixa i preocupació, ja que en alguns casos els modifica les opcions de vida.

9.2.1. El sistema sanitari: la visió dels professional i dels usuaris

Peneff (1992) assenyala que l'hospital és l'empresa més gran o una de les més grans en ciutats mitjanes i petites. Aquest fet també es dona en el nostre context. L'imaginari social modern incita a confiar més en les grans empreses, se'ls dona més valor i s'associen més amb l'èxit. En aquest sentit, segons un testimoni, *aquest hospital està bé perquè aquí ja ho tens tot*, i algun l'ha comparat amb un centre comercial. Els dos espais ofereixen tot allò que es necessita, un es destina al consum material, i l'altre a la salut/malaltia.

De la mateixa manera que un centre comercial o de negocis, el sistema sanitari està ideat per augmentar la productivitat contínuament. Els memoràndums dels centres sanitaris remarquen positivament l'augment de l'activitat i productivitat assistencial anual, i l'objectiu és continuar incrementant-la any rere any. Així, cada any s'ha d'augmentar el nombre de consultes i d'ingressos hospitalaris, però a la vegada s'han de reduir els dies d'estada a l'hospital. Han d'augmentar el nombre d'analítiques, ecografies, colonoscòpies, gastroscòpies, mamografies TAC, RNM, etc.; tot ha de ser ràpid i amb el mínim temps possible:

Aquí cada dia s'ha de fer més de tot, més analítiques, més radiografies, més TAC, més, més, més...i hi ha coses no serveixen per res, ningú s'ho mira, queda allà en un racó. Poc a poc la gent anirà obrint els ulls, de moment som pocs encara (P).

També, com els grans centres comercials o altres negocis, la sanitat utilitza el màrqueting per vendre el seu producte. Hem vist que en les sales d'espera alguns testimonis ho observen en les pantalles quan mostren l'augment de les assistències al centre. També ho trobem en els mitjans de comunicació quan mostren dades de l'augment constant de la productivitat dels centres sanitaris. Són factors que indueixen indirectament a més i més consum.

Els informes hospitalaris parlen de "producció assistencial" per referir-se a l'assistència que es dona. Si es parla en aquests termes, s'admet que s'ha mercantilitzat l'assistència en un producte de consum. També, segons alguns professionals, la sanitat i la medicina s'han mercantilitzat, es produeix i es consumeix amb la mateixa lògica que en qualsevol altre sector mercantil. Un exemple en aquest sentit és una frase molt comuna entre els professionals de molts

àmbits: *això és una fàbrica de fer xurros*. La sensació d'alguns professionals és que es treballa a estall, per expressar que es treballa de manera ràpida i industrial *sense tenir en compte la persona*.

En aquest context, alguns professionals afirmen: *jo em sento un mercenari de la sanitat*, en el sentit que *és un no parar, atenem la gent com si no fossin persones, fem la feina sense sentit i sovint sols per fer*. També algun usuari ho ha insinuat en aquest sentit: *son unos...mercenarios! Seguro que de pago se lo currarían mejor*" (ED06, dona, 40 anys).

D'altra banda, un exemple d'aquest augment constant el descriuen Tudela & Modòl (2015). Remarquen que a Catalunya els SUH, tot i que molts han estat reformats en els últims quatre anys, en un 50% dels casos es continuen considerant insuficients. Jordana *et al.* (2016) apunten que la causa es troba en el mateix model, que permet que s'hi acudeixi molt sovint. Tanmateix, no és que el model ho permet, sinó que potencia l'assistència en qualsevol servei, ja que, l'objectiu és sempre augmentar en quantitat. En aquest sentit, vèiem que un dels motius per acudir al SUH que al·leguen els professionals està relacionat amb l'augment del consum.

En aquest model sanitari, centrat en la quantitat i en l'augment, hi apareixen interessos i pugnes de la mateixa manera que en un altre camp econòmic. Aquestes lluites es donen entre sectors, com són els diversos serveis, i entre actors particulars. En ocasions es competeix per implementar un nou servei:

Mira, aquí, en aquest món de la sanitat, cadascú busca poder fer el seu xiringuito, el que cadascú vol és buscar-se la vida, i si hem de crear una especialitat la creem i si hem de fer una altra cosa la fem. Ho veus a urgències i ho veus a qualsevol altre lloc. I guanyaran sempre els que tenen més poder (P).

El col·lectiu que més lluita per obtenir beneficis és el mèdic, però segons l'opinió d'alguns, també altres:

Aquí cada professional, en especial els mèdics, però no només ells, ha potenciat la seva parcel·la particular, i la considera la més important, és a dir, ha muntat el seu xiringuito. Fins ara alguns metges feien actuacions que no s'haurien d'haver fet en l'hospital per no correspondre de fer-ho aquí, sinó en un hospital d'un altre nivell. Fins ara no passava res perquè hi havia diners, i ningú deia res. Però ara amb la crisi se'ls hi ha dit que no ho poden fer, que han de derivar els malalts, alguns ho fan amb desgana i altres sense dir gaire res, no fos cas, però repeteixo, no només els metges, aquí tothom s'apunta al carro (P).

També els usuaris hi observen interessos i apunten en aquesta mateixa direcció:

Ara serè dolent eh!, et diré una cosa que serè dolent. Aquí, la gent per desgràcia, aquest país que vivim la gent, els de dalt només volen muntar coses per veure què em foto a la butxaca i veure quina comissió cobro, els de dalt i els de no tan amunt

també. A veure què m'embutxaco aquí què m'embutxaco allà...perquè molts serveis dels que estan doblats a molts llocs, estan doblats per alguna cosa que no té motiu de ser que estiguin doblats, perquè són molts diners en un lloc i molts diners en un altre. Mira els grans gastos, hi ha molta gent que li convenen moltíssim, i mentre seguim així sempre serà igual, això no ho canviarem (ED15, home, 51 anys).

Alguns informants, quan assenyalen els interessos i la globalitat del sistema econòmic neoliberal, insinuen que no li interessa resoldre molts problemes per continuar obtenint beneficis en perjudici de les persones; a més, creuen que hi ha molts coneixements que s'oculten i que hi ha manipulació:

La ciencia es otro mundo y entran nada más que cuatro, estamos muy avanzados para mandar un cohete a la Luna, para tener satélites, para tener una avance espectacular, pero no sabemos parar un cáncer, me parece...que no podemos parar un SIDA, cuando un SIDA nunca existió y ha venido de nuevo. Tenemos pocos estudios, pero tontos no somos. Ves que algunas cosas son un negocio (...). No hay que ser muy listo para ver que si se quisiera se podrían conseguir más avances (E19, home, 35 anys).

Aquests interessos alguns professionals els observen en el camp dels medicaments, en el qual veuen clares connexions entre els lucre de la indústria i dels mateixos col·legues professionals. Tanmateix, aquest aspecte es tendeix a veure més clar quan no afecta directament a qui fa el comentari: *ara donen 137 mil·ligrams de tiroxina. Això és una tonteria, no té cap sentit, això es un mamoneo que tenen els endocrinòlegs amb les farmacèutiques (p).*

Els professionals insinuen que, en l'àmbit micro, són ells els qui prenen les decisions pel que fa als malalts. Al mateix temps, es reconeix que tot és més complicat i s'admet que en realitat tampoc ells les prenen, sinó que ja els venen donades. Això vol dir que es prenen en un nivell més alt, al macro:

Els malalts en realitat no prenen decisions, acaben fent allò que els hi diem, ells no saben què han de fer, però, en realitat decidim tots una merda, tampoc els metges decidim, es decideix tot des de més amunt (P).

I de la mateixa manera que l'àmbit dels negocis i l'economia, també hi ha modes en el camp de la sanitat, en el sentit que certes actuacions terapèutiques es duen a terme a través de les *modes*, efectuant-hi paral·lelisme:

L'economia marca les actuacions que es fan, també en el camp sanitari com en molts altres, moltes coses que fem són modes. Apareix un altre cosa i canviem l'actuació, canvia la moda, com en tot (P).

Aquí ballem el ball que toquen a cada moment, ara toquen això doncs ballem això, ara es moda i toca allò, doncs ballem allò (P).

A més, observen com *allò* que tan necessari i imprescindible era en un moment determinat, *com si s'acabés el món*, (p) de sobte deixa de ser-ho, i es canvia de pràctica o de tècnica sense que se'n pugui donar cap raó que expliqui el per què de la modificació.

Una de les "modes" en l'assistència es basa en una gran quantitat de protocols. Alguns tenen el seu origen en les altes instàncies de poder, i esglaonadament es traslladen a tots els estaments professionals i agents sanitaris. Un protocol que *no està pensat en el benestar del malalt* (p) sinó que obeeix els interessos de qui l'ha creat, unes pràctiques que el professional ha de complir i els malalts s'hi han de sotmetre sota la premissa que són "normes". Alguns professionals afirmen que sovint els deixen poc marge de decisió i resten atenció individualitzada, poden optar per no aplicar-lo si creuen que cal prioritzar el benestar del malalt, però se n'haurà de justificar els motius, cosa que els pot fer desistir²⁰³. A més, en ocasions se'n discrepa i no s'observen avantatges ni beneficis en la seva aplicació; en canvi, sí que hi ha molts inconvenients, entre els quals la despesa innecessària que no es tradueix amb més benefici per al malalt. A més, alguns afirmen que les decisions es prenen *de manera absurda* i no se sap bé d'on arriben:

Al servei x passen coses increïbles, vaja, que no es poden explicar, bueno, suposo que com a tot arreu. Si és precís de lligar a un malalt en un lloc que hi ha dues lliteres separades per una cortina, al malalt del costat també se'l lliga. No se sap de on ve l'ordre, ni qui l'ha donat, és una cosa segurament no escrita, però volen que es compleixi. És possible que comencés un dia que van lligar a un home que tenia demència i estava inquiet, perquè no caigués de la llitera, el que hi havia a la llitera del seu costat era una persona jove de psiquiatria, i com que l'home gran cridava una mica i el molestava, el jove es va aixecar de la llitera i el va pegar. A partir de llavors, segurament, es va començar a lligar. L'ordre de lligar sol ser mèdica, i s'ha de complir (P).

Segons d'alguns professionals, l'aplicació d'aquests protocols ha comportat que les tècniques i intervencions que anteriorment eren simples, perquè es realitzaven discretament, de "manera natural" i amb pocs recursos, s'ha passat a fer de manera complexa i utilitzant-ne molts més. Altres observen que es va incorporant material cada vegada més sofisticat: *es lo que pasa, todos lo hacemos, si traen una mascarilla que protege más nos ponemos esa, aunque sepamos que no la necesitamos* (p). No obstant això, hi ha poca crítica efectiva cap a aquesta despesa que es considera innecessària, senzillament se segueix la roda social del consum. Però, no tots els professionals són crítics en aquesta línia, també, n'hi ha que s'hi senten a gust i, a més, potencien l'augment constant de protocols, tècniques i *tota la despesa necessària en tot allò que faci falta*.

A més a més, també algun professional ha insinuat: *ja veus amb quin rigor es fan els estudis...*, posant en dubte la fiabilitat dels que es realitzen en l'àmbit clínic,

²⁰³ Altrament, cal remarcar que els protocols no són sempre d'obligat compliment pels professionals, tot i que les institucions ho exigeixin i pressionen, sempre ha de prevaldre el criteri del professional sobre allò més convenient pel malalt en cada situació. A més, la majoria no tenen aval legal.

especialment els que són finançats per la IQF, amb la qual cosa, deduïa que si no són rigorosos, els resultats obtinguts tampoc poden ser fiables ni concloents; en conseqüència, posava en dubte que els protocols i les teràpies que s'apliquen siguin sempre els més adients²⁰⁴.

Una altra qüestió és que alguns professionals relacionen negoci sanitari amb algunes pràctiques mèdiques que consideren inhumanes i mancades d'ètica. De la mateixa manera que succeeix en l'àmbit dels negocis, en què se'n qüestionen les pràctiques perquè són poc ètiques, paral·lelament succeeix en el camp sanitari:

Tu has anat mai, per exemple, a un centre de diàlisi, en especial si és un centre privat? Doncs ves-hi i em dius que et sembla! Veuràs gent que se li està fent diàlisi són persones molt grans, amb demències, immobilitzades etc., és inhumà! (P).

Per veure el negoci de la sanitat sols cal passejar-se per les sales dels hospitals, plantes d'hospitalització, urgències...i veiem que la immensa majoria de les persones són grans i sense cap mena de solució al seu problema. Gent amb moltes patologies, amb demències, etc. aquesta gent hauria d'estar cuidada en un altre lloc (P).

També alguns usuaris manifesten que algunes de les pràctiques i actuacions que es realitzen no les veuen amb transparència o amb contradiccions, la qual cosa els genera dubtes, apunten els interessos del sistema i dels professionals com allò que hi ha al darrere de la pressió que ells reben per tal que s'hi sotmetin:

Escolta, quatre hores allà, jo tregui'm una hora, tregui'm una hora, i ell no, no, perquè de moment anem molt bé i si la traiem a la millor no... jo dic si no la traiem no sabem que pot passar, doncs la traiem i si cal la tornem a posar que una hora menys seria molt, perquè quatre hores allà en un llit sense fotre res...i una hora és una hora eh!, i no hi ha manera que...A mi em fa l'afecta que també, en això de la diàlisi també hi ha molt, molt... molt d'allò, com tot oi? (ED09, home 79 anys).

Com en qualsevol altre camp en què pagar un servei dona dret a utilitzar-lo, també succeeix en l'àmbit sanitari; a més, amb l'avantatge que ja està pagat per avançat, atès que *jo amb els meus impostos ja pago la sanitat (a)*:

Pues si voy a urgencias y esto no es de vida o muerte envíame al especialista, que estamos pagando una seguridad social para algo, no para pagaros a vosotros los sueldos, ostia, es que hay un momento que se cruza un poco la política aquí...(ED21, home, 55 anys).

Similarment com succeeix en el camp econòmic en què apareix la immediatesa per comprar un producte, també ocorre en el camp sanitari. Un informant comparava la immediatesa a demanar assistència sanitària, injustificada segons la seva opinió, amb la necessitat i immediatesa per comprar un producte al mercat:

²⁰⁴ En aquest sentit hi ha molts estudis publicats, destacant els de Ioannidis (2005, 2014, 2016) i Ioannidis *et al.* (2014), qüestionen la debilitat, la conducta i l'anàlisi dels treballs de recerca en salut, poden produir resultats enganyosos, molta informació que no presenta cap tipus d'interès, presenten biaixos i/o estan molt inflats o exagerats, l'anomenen "informació deixalla" i pot arribar a ser del 85%.

El que passa que la culpa, ara potser divagaré una mica, perdona, estem arribant a una època, que jo no vull entrar en si és bona o dolenta, que és la immediatesa, vull un telèfon, vaig a Vodafone, me'n compro un, parlo pel carrer, tinc que trucar ara, t'esperes un moment que truco...Estic malalt? vaig a urgències, ja, ho vull ja, que m'ho diguin ja el que tinc, la societat ha evolucionat d'una forma que ho volem tot ja...Me'n vaig al CAP que trigaran una setmana? doncs no, me'n vaig a urgències que m'ho faran en una hora, o en tres hores. Crec que el problema no és una falta de recursos sinó una falta de conscienciació de la gent del que té de fer amb els recursos que té (ED15, home, 51 anys).

Una altra qüestió són les relacions de la indústria farmacèutica amb el món sanitari, com financen i patrocinen els assajos clínics. En aquest sentit, algun professional que discrepa d'aquests assajos clínics finançats per la IQF i no els veu sempre amb total transparència ha fet l'observació següent: *t'has donat compte que en els assajos clínics hi participen més persones de classe baixa que de classe alta?*. Posava en dubte que en tots els assajos se sol·licités participar a tots els malalts i insinuava que se seleccionaven entre altres variables l'educació o la classe social. En aquest sentit, ja hem vist que Menéndez (2005a) defensa que les persones que pertanyen als estrats socials més baixos són les que hi participen més. Aquestes complicitats i connivències entre el sistema sanitari i els professionals per una part, i les indústries farmacèutiques i tecnològiques per l'altra, també l'han insinuat alguns informants²⁰⁵, connexions que qüestiona una part de la ciutadania, que pren consciència del negoci i la intromissió de les indústries en el camp de la salut/malaltia:

En conec molts que treballen en el sector sanitari i estan en el que estic jo, i no pocs, eh. Parlo amb molta gent en el treball, i conec a gent que treballa amb farmacèutiques que estan al meu edifici, i sé com funciona el negoci, i ja està. Tot és un negoci (EG04, home, 47 anys).

Un dels exemples més qüestionats i relacionats amb el negoci de les indústries farmacèutiques han estat les vacunes, en especial després de l'episodi de la grip A, (2009-2010). Amb relació a la vacuna de la grip, una tàctica que alguns informants expliquen que utilitzen per decidir si es vacunen és preguntar-ho al professional: *jo*

²⁰⁵ De les connexions de les indústries farmacèutiques amb el món polític, un exemple el trobem quan Bernat Soria va deixar el càrrec de ministre de sanitat espanyol i va coordinar l'Informe Bernat Soria (2011), que va patrocinar l'empresa Abbot. Aquest informe analitzava el paper que hauria de tenir la indústria farmacèutica en la promoció de la qualitat i sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut, va ser polèmic pel fet que demanava de forma reiterativa la participació, implicació i aliança de la indústria en les polítiques i decisions del sistema sanitari, convertint-se en un agent més del sistema sanitari. Segons l'informe, la indústria hauria de ser part activa en la gestió i educació sanitària, dels professionals i malalts, també defensava el copagament de serveis sanitaris.

Informe Bernat Soria promovido por Abbot. [Disponible a <http://www.abbvie.es/content/dam/abbviecorp/es/docs/Informe-Bernat-Soria.pdf>.

pregunto al metge o infermera: i tu et vacunes?. Jo sempre pregunto a veure que fan ells. Saben que aquest fet no és concloent, però afirmen que els serveix per decidir.

Paral·lelament a aquest aspecte del negoci, hem vist que es continua considerant la malaltia com un "enemic" o un "bitxo". Aquest fet implica que caldran uns "guerrers" per "combatre-la". A més, a la persona quan se li resol una malaltia se li diu que *ets una campiona* o es parla dels que *han sobreviscut*, sobretot si es pronostica una curació difícil. Tota aquesta terminologia té una arrel guerrera; són conceptes especialment potenciats per la indústria per obtenir-ne benefici; a més, són uns termes òptims per a aquest sistema mercantilista, atès que combatre sols es podrà fer amb uns mitjans determinats que impliquen l'ordre econòmic.

I, de la mateixa manera que en altres camps, alguns professionals creuen que també en el context sanitari hi ha censura. En aquest sentit un professional va insinuar: *ves en compte tot això que escrius que no t'ho censurin, però està molt bé d'escriure-ho.* El què està dient és que no se sent lliure de parlar i discutir tot allò que voldria i creu necessari i convenient.

En aquest context, els professionals es senten insegurs: *falta seguretat, fem una medicina defensiva, es demanen proves per descartar-ho tot, enlloc de demanar proves per confirmar una cosa, que seria el que s'hauria de fer.* En aquest sentit, des de fa uns quants anys el sistema sanitari està posant interès en la inseguretat o en el que s'anomena la "seguretat del pacient"²⁰⁶. Boscoboinik (2016) defensa que la sensació d'inseguretat està fomentada per sectors que surten beneficiats de la promoció d'un nínxol econòmic que creï dispositius de seguretat, per la qual cosa la indústria de la inseguretat està lligada a la indústria de la por. I la por, hem anat veient que es fomenta, es menciona i es potencia constantment.

Per concloure, volem dir que, com en qualsevol altre negoci, l'oferta crea demanda; com més especialistes, més demanda; com més demanda, més especialistes; i com

²⁰⁶ L'interès per la seguretat dels pacients (SP) sorgeix de la OMS. A l'octubre del 2004 la OMS va llançar la "Aliança Mundial per la Seguretat del Pacient" per tal d'obtenir millores en la seguretat dels pacients. El programa de l'Aliança, segons Garcia-Barbero (2004) posa l'accent en unes mesures considerades clau per reduir el nombre de malalties, accidents i defuncions en els pacients que són causades quan reben atenció mèdica. Segons el mateix autor, en els primers temps es va creure que els efectes adversos eren deguts a errades humanes, ara alguns posen més èmfasi en les errades del sistema (en les deficiències dels dissenys, en l'organització i en la implementació), que en les humanes. Però oficialment es segueix incidint més en les errades humanes i poc en els condicionants estructurals. Quan es parla de seguretat i d'efectes adversos, es posa l'accent en el compliment del tractament, la prescripció, l'administració, el control de les infeccions o els estils de vida, i poc en els aspectes que preocupen i afecten a les persones ni tampoc en els estructurals del sistema.

més hospitals, més malalts, per la qual cosa es continuarà demanant més recursos sanitaris (Gérvas & Pérez, 2013b). També Sen (2002) defensa que com més diners destina un país a la sanitat, més probabilitat hi ha que la població presenti més problemes de salut, Barsky (1988) ho anomena paradoxa de la salut, i Ortún (1986) sosté que més hospitals no vol dir millor salut per la població.

9.2.2. El colesterol com a exemple

Els valors del colesterol s'han convertit en gairebé un mite en molts sectors de la població. Han estat molts els informats que han manifestat la seva preocupació per tenir-los normals, i sovint en les conversacions populars són un tema de debat, de preocupació i d'angoixes. En algunes persones els crea alarma i poden alterar les seves preferències o estils de vida. Tanmateix, hi ha la paradoxa que els medicaments contra el colesterol són dels més rebutjats si s'han de prendre de manera preventiva, com hem vist en el capítol anterior. Novament aquí ens trobem en dues posicions distanciades sobre el mateix problema: uns accepten totalment les tesis biomèdiques i uns altres les rebutgen o se n'allunyen.

La biomedicina ha insistit que se'n poden controlar els valors amb una dieta equilibrada i amb medicació preventiva, i d'aquesta manera es poden prevenir els danys que poden ocasionar, danys que en cap cas es pot assegurar que succeiran des del punt de vista individual. Els valors oficials acceptats com a normals, progressivament i deliberadament s'han anat abaixant, amb la qual cosa més persones són etiquetades de risc i induïdes a prendre medicació, les anomenades estatines, que acostuma a ser de per vida. L'ús d'aquesta medicació ha estat i continua sent motiu de discussió i controvèrsia en una part dels professionals mèdics, en el sentit de quins valors són els acceptables per prendre-la. Autors com Gérvas & Pérez (2013b) defensen que ni tan sols cal saber el valor si no hi ha un procés explícit que ho requereixi²⁰⁷. El 2015 el NICE (The National Institute for Health and Care Excellence) va promoure l'ús d'estatines en la prevenció primària²⁰⁸, cosa que significava que milions de persones s'haurien de medicar. El moment va coincidir amb un debat polèmic en què molts metges s'hi van negar, i es va tornar enrere. Vignoli (2017) defensa que pot haver-hi plausibilitat biològica per

²⁰⁷ A més, Gérvas & Pérez (2002) en una revisió bibliogràfica alerten dels efectes perjudicials i les morts causades per un fàrmac contra el colesterol.

²⁰⁸ <http://www.pulsetoday.co.uk/your-practice/qof/nice-recommends-introduction-of-10-statin-threshold-into-qof-despite-gp-opposition/20010115.article#.VddXiPnt1Bd>

explicar que el colesterol plasmàtic és un factor de risc, i plausibilitat biològica per defensar que és un factor protector, per tant, es defensen els interessos de cadascú. D'altra banda, Gervas & Pérez (1997) ja sostenien que no s'ha demostrat que la dieta previngui la mortalitat en malalties coronàries, però sí que ha augmentat a causa del tractament farmacològic. En mig d'aquesta controvèrsia, es presenten els valors del colesterol mínimament elevats com un potent predictiu de malaltia en les històries clíniques, i així es contribueix a augmentar la sensació de risc en la població.

Aquests valors, que segons l'opinió de diversos sectors mèdics no estan fonamentats, han fet canviar a moltes persones els hàbits alimentaris: *ara que puc menjar una mica de pernil però m'ho han prohibit, tinc el colesterol una mica alt, a part d'això no tinc res* (a). Aquest testimoni és d'un home de 85 anys. Afirmava que li agrada el pernil que porta greix i l'hi han prohibit; si en vol menjar ha de ser ben magre. Aquest *ara que puc* es referia al fet que actualment s'ho podia permetre econòmicament, cosa que no ha estat possible en altres moments de la vida; a més, recalava que la seva mobilitat era reduïda, per això no podia portar la vida activa que ell hauria desitjat, en canvi, menjar pernil "bo" era un dels pocs plaers dels quals podia gaudir. Tanmateix, se li prohibeix a la seva edat i en les seves circumstàncies en "nom de la ciència"²⁰⁹. Algunes persones no han canviat el hàbits o els han canviat de manera parcial i ingereixen més greixos dels "presumptament autoritzats: *ja sé que ho hauria de menjar tot a la planxa* (a), *el xoriç no l'hauríem ni d'olorar* (a). En aquests casos tendeixen a sentir-se culpables, i si emmalalteixen o empitjoren, creuen que serà exclusivament responsabilitat seva, ells se'n culparan i les persones del seu entorn els reafirmaran la culpa.

Acompanyant el potencial risc dels valors del colesterol hi ha els de la TA i la glicèmia²¹⁰, *son un "pack"* (un paquet), es diu des d'argot de mèdic, també ho assenyalen alguns testimonis:

²⁰⁹ Souza *et al.* (2015) defensen en un extens treball de metanàlisi que el consum dels greixos naturals no està relacionat amb la mortalitat total, ni amb la coronària o cardiovascular, tampoc amb la incidència de la cardiopatia isquèmica o el ictus isquèmic. En canvi, sí que el consum de greixos industrials processats pot estar relacionat amb un augment de la mortalitat total, així, aliments que es presenten sovint com a saludables, argumentant que han passat els controls sanitaris poden ser un factor de risc. Un altre mite que existeix i que es presenta com a nociu és el consum excessiu d'ous, Rong *et al.* (2013) en un treball de metanàlisi conclouen que el consum elevat no està associat amb el dany coronari.

²¹⁰ Els valors de la tensió arterial també s'han modificat, el seu objectiu és adaptar-los a uns valors susceptibles de requerir medicació un nombre més gran de persones, i sense

Las enfermedades que tengo me hacen sentir mal, el azúcar debe de ser una enfermedad, ¿no? el colesterol también ¿no?, los médicos me dicen que estoy con las 3 enfermedades de riesgo, el azúcar, el colesterol i la tensión (Q163, dona, 73 anys).

Un altre testimoni explicava que: *tinc les tres malalties de moda, m'han dit que tenia el sucre, la TA i el colesterol una mica alts, m'han dit que això ara és un pack.* Aquesta informant d'uns 85 anys, afirmava que tenia bona salut i es visitava per uns dolors articulars per osteoporosi. Tanmateix, la seva gran preocupació eren els valors discretament elevats que el *seu metge* li havia dit que tenia de sucre, TA i colesterol. Aquest fet la preocupava i l'angoixava, se sentia i es considerava malalta per un factor de risc als 85 anys. En aquest sentit, Segura (2014) sosté que els factors de risc no són desitjables, però viure'ls com una malaltia o anomalia patològica com feia aquesta dona encara ho són menys, ja que converteixen en malalta una persona que no ho és. A més, amb l'agreujant que no hi ha cap evidència del que la pugui afectar en un futur, i menys, en els casos de persones en edats avançades²¹¹.

En el capítol 6 també vèiem com a algunes persones a qui s'informa d'un valor alterat, una "etiqueta", aquest sol fet les fa sentir amb una alta probabilitat de patir un problema en el futur, els causa angoixa i sensació de malaltia. La problemàtica del colesterol és una més de les conseqüències que es deriven de la gran quantitat de les proves rutinàries que porten a sobrediagnòstics, falsos positius i més factors de riscos, la qual cosa crea més problemes derivats o "en cascada" (Gérvas *et al.* 2007; Segura-Benedicto, 2006).

9.3. MITJANS DE COMUNICACIÓ I INTERNET

Als mitjans de comunicació se'ls considera el quart poder per la influència social que exerceixen. Chomsky & Ramonet (2002) defensen que són un arma de control social de les més potents i temibles. El seu objectiu és assolir el pensament únic en benefici de la classe poderosa, i ho fan mitjançant la conquesta de les audiències de

assajos clínics que ho avalin (Vignoli, 2017). El mateix ha succeït en la diabetis, osteoporosis o fòbies socials, s'han anat incorporant factors de risc sense que es pugui avalar de manera científica (Moynihan *et al.* 2002b; Glasziou *et al.* 2013).

²¹¹ Segons Segura-Benedicto (2006) a l'any 2003 la despesa en medicació, sols en hipotensors i hipocolesterolemiant, va ser el 17% de la factura farmacèutica, és un 5% de la despesa total, i si té en compte la relativament baixa adhesió a aquestes medicacions preventives i la seva dubtosa eficàcia, encara fa més rellevant el seu malbaratament.

tots els mitjans de comunicació. També Jodelet (2011) assenyala que poden incidir negativament en la manera com presenten la informació.

En el camp de la salut i la malaltia, Márquez i Meneu (2003) apunten que després dels professionals sanitaris, els mitjans de comunicació són la principal font d'informació. Tanmateix, s'ha de tenir en compte que els professionals també estan immersos en la societat dominada pels mitjans, per la qual cosa, hi estan igualment influenciats i dominats.

Seguint Chomsky & Ramonet (2002), el fet que els mitjans de comunicació formen part dels lobbies de poder implica que la informació que donen està controlada i que obeeix als seus interessos, de manera que es converteix en una eina fonamental de la indústria farmacèutica i tecnològica per arribar fàcilment a la població i, així contribuir a la mercantilització de la biomedicina i la salut. No obstant això, per mitjans com la televisió s'han transmès alguns documentals sobre les pràctiques de la indústria farmacèutica i les relacions amb el món sanitari i els professionals ²¹².

El control dels mitjans no és nou. Menéndez (1984b) ja assenyala com els mitjans contribueixen a reforçar l'hegemonia del model mèdic. Abans eren els escrits, les revistes i llibres. Ara els canals de televisió, ràdios i Internet són els principals encarregats d'exercir aquesta funció, sense oblidar els escrits.

Cada dia arreu apareixen notícies de salut i malaltia. Algunes ressalten i potencien aspectes suposadament positius com una troballa important per conèixer l'origen i el desenvolupament d'una malaltia, el descobriment d'un medicament que es presenta com la solució definitiva, una nova prova per diagnosticar més ràpidament, o que s'ha patentat un nou implant o pròtesi:

Totes les notícies de salut jo me les miro, ara han trobat que amb un trist anàlisis de sang podran detectar si tindràs càncer o no...jo m'informo per la televisió i els diaris (ED09, home, 79 anys).

²¹² Un exemple és el metge Juan Gervas que exposa de manera clara pel públic la manipulació mèdica, i denuncia els estudis que parlen de l'engany, del frau, i de la poca evidència científica en molts consells mèdics en el programa Retrats, canal 33. Disponible a: <http://www.ccma.cat/tv3/alicarta/retrats/juan-gervas-medicina-de-consum/video/5581121/>

També el documental "Pastilla busca malaltia" sobre les pràctiques i beneficis de la indústria farmacèutica²¹², disponible a: <http://www.ccma.cat/tv3/alicarta/sense-ficcio/pastilla-busca-malaltia/video/5595791/>

El documental del programa "Sense Ficcio titulat": "La noia que no es volia morir". Emès per TV3 en el programa "sense ficció". Actualment disponible a: <http://www.dailymotion.com/video/x5h008f>

També el documental emès per TVE "Colesterol, el gran engaño". Disponible a: https://www.youtube.com/watch?v=9a6NEQ_RuvQ

Els mitjans divulguen que tot o quasi tot es pot solucionar, generen d'aquesta manera la confiança que *tot se'ns curarà* i de manera ben ràpida, creant la il·lusió que un dia podrem esdevenir gairebé immortals. Això va acompanyat d'un optimisme que no es correspon amb la realitat posterior. També apareixen notícies negatives com la descoberta de noves malalties, els perills de: l'Ebola, el coronavirus, les malalties rares o desconegudes, la probabilitat que una persona de cada dues o tres patirà càncer, o el cas de la grip A, que va portar algunes persones a no sortir de casa per por a emmalaltir. Quan es presenten les notícies negatives, una de les expressions més comunes és *tot això fa por!*. En aquest sentit, segons Márquez i Meneu:

"La concepción de lo noticiable está asociada a la novedad, lo inusual, lo improbable o lo deseado. De ahí la sobreabundancia de noticias sobre pretendidos descubrimientos revolucionarios, soluciones mágicas y terribles plagas de dudosa base científica" (Márquez i Meneu, 2003, p. 52).

La forma que utilitzen els lobbies per assolir els objectius és conscienciar la població mitjançant la publicitat. És la manera més ràpida i directa d'arribar arreu i a tothom. Es fa a través d'anuncis de medicaments per a "malalties normals i corrents" o per curar o prevenir una "suposada malaltia". A més, es tracten els medicaments com un bé més de consum. La publicitat també alerta sobre futures malalties o per prevenir danys més greus, fent especial incís en la prevenció i en la rapidesa: *ahora he venido por un ictus, si un segundo es vida, como dice la publicidad, por todo el hospital he perdido muchos miles de segundos* (a). Aquest testimoni li va augmentar la por arran dels anuncis d'advertiment que va veure. La publicitat es presenta de manera imprecisa i àmplia. L'objectiu és que se'n sentin interpel·lades el màxim nombre de persones, i per moltes observar un anunci ja és motiu per dubtar que allò també li està succeint a ella o ho pugui fer en qualsevol moment. Les pors i les angoixes poden aparèixer i són un dels objectius de les campanyes. Aquesta publicitat es troba també en les tanques publicitàries en llocs públics com als carrers o a les galeries comercials. Algun informant ha remarcat el que havia vist en aquests espais, és a dir, la publicitat va fer l'efecte per què havia estat col·locada: que la persona l'observés i hi fixés l'atenció.

Els mitjans tradicionals com la ràdio, la televisió i la premsa escrita continuen sent els preferits per moltes persones per informar-se, en especial les de més edat:

Buscar informació no, si veig alguna cosa als diaris com ara que en parlen molt que han tret una cosa sí que m'agrada, m'ho miro, però anar a buscar informació no, no, no, demanar al metge només (ED19, dona, 74 anys).

Una altra qüestió és l'expansió d'Internet, la qual ha portat l'aparició de moltes pàgines dedicades a la salut/malaltia, informació dirigida tant als professionals sanitaris com al públic en general. En els webs dels hospitals, dels col·legis professionals sanitaris, dels laboratoris farmacèutics i altres, es troben espais dedicats als malalts i fòrums per intercanviar opinions.

Internet ha esdevingut una font per buscar informació sobre les malalties, tractaments i pronòstics. Són molts els testimonis que reconeixen que l'han consultat; alguns diuen que sovint, altres només puntualment i altres mai. Tanmateix, són pocs els qui diuen que hi consulten molt sovint i de forma reiterada; tampoc les persones joves o de mitjana edat afirmen que utilitzen aquest mitjà de manera molt habitual:

Busco informació a Internet? sí, en solo buscar, però tampoc sempre (ED17, dona, 39 anys).

En internet no, mira que tengo ordenador, pero no, me bajo películas y música y eso, pero no, a veces busco que quiere decir la medicación que me mandan, ¿no? pero no...(ED18, home, 41 anys).

Alguns que hi busquen informació, a la vegada, també diuen que cal contrastar-la molt bé, ja que creuen que no tota és verídica:

La informació la busco per Internet, el que passa que la contrasto molt perquè sé que hi ha molta informació que no és la correcta, i ho contrasto molt, miro d'anar a pàgines que siguin realment o científiques o fiables, perquè sé que Internet ho té tot: tot el bo i tot el dolent (ED15, home, 51 anys).

Un dels motius que al·leguen els que en busquen en poques ocasions és que n'hi ha tanta i de tanta complexitat que és difícil d'entendre i de desgranar bé tot allò que hi troben; a més, no saben a quina pàgina cal anar. Tot això els genera confusió; en conseqüència, opten per no buscar-ne de manera assídua i continuar demanant-ne al professional:

Información en internet sí, pero de enfermedades no, paso, no busco, para eso voy al médico, buscar información no, porque son tantas las variantes que puede tener una enfermedad pues me puedo meter en un sitio que no es, entonces un medico para eso está (ED21, home, 55 anys).

Altres afirmen que hi havien consultat molt sovint i van deixar de fer-ho. El motiu va ser un pacte a què van arribar conjuntament amb la família, i continuar confiant en el professional:

No busquem informació, ja varem quedar que no ho fariem més perquè les informacions que hi ha per Internet no sabem com son. Nosaltres no som especialistes, i ja vam quedar que ho consultariem tot al metge que és qui te la informació i sap tot allò del pacient (ED10, home, 64 anys).

També alguns afirmen que hi havia consultat molt, però van deixar de fer-ho per cansament i pel fet que tampoc els va resoldre els dubtes:

Ja no, ja no, ara ja no busco informació, ara ja no...n'he buscat molta, molta, per Internet, per llibres, per tot, ara ja no, perquè vaig deixar de buscar-ne?. Perquè em poso més malalta, em poso més malalta...perquè estàs en una fase que...i arriba a un punt que conec el suficient de la meva enfermetat i ja està...i és viure i ja està, i arriba un moment que ja no em llegeixo ni els prospectes (ED16, dona, 41 anys).

Alguns reconeixen que han format part activa de les xarxes socials d'Internet, havent pres part en fòrums o grups de malalts per intercanviar informació i opinions sobre temes de salut. Una testimoni va afirmar que va crear un fòrum per debatre, però més tard va optar per tancar-lo pels problemes que hi va tenir:

Yo monté grupos en Facebook de ayuda, de administradora, hacía secciones, ellas iban hablando y yo me quedo escuchando desde fuera, voy metiendo a gente en el grupo, pero ya no...porque la ultima se suicido y ya dije se acabó ya (ED06, dona, 40 anys).

Un altre punt és l'opinió dels professionals. En general tenen la sensació que els usuaris consulten *massa* a Internet les qüestions relatives a la seva malaltia. Així, trobem comentaris com *ara aquí tothom ve pensant que ja ho sap tot; això d'Internet està fent molt mal a moltes persones; venen aquí dient el que els has de fer o de donar; o saps que passa ara?: que tothom sap el que té, molts busquen informació per Internet i venen aquí amb exigències*. El fet que els usuaris indaguin el seu problema els professionals no l'accepten sempre bé, en especial els metges que creuen que "tanta" informació confon". Quan els malalts acudeixen a la consulta amb informació obtinguda prèviament, els professionals senten que s'ha envaït el seu camp, que se'ls ha qüestionat el saber, les seves decisions i la praxi.

La proliferació de webs ha empès que en alguns casos els metges aconsellin a les persones que en visitin unes de determinades, participin en determinats fòrums que ells creuen adequats: *a mí el médico me dio la dirección de páginas que podía consultar que eran fiables (a), el metge a vegades m'ha aconsellat una pàgina o fòrum de malalts (a)*. D'aquesta manera es poden assegurar pàgines que ells consideren més contrastades; a la vegada és una canalització de la informació i una forma de control social.

En conclusió, si bé és cert que les persones consulten a Internet els temes de salut i malaltia, possiblement les percepcions dels professionals sanitaris estan basades respecte a allò que sempre ha succeït. Potser estem en una situació que podríem comparar amb el fet de quan antigament es consultava l'entorn (família, amics o veïns), i entre els professionals es feia broma amb *a veure què ha dit la veïna?*. Malgrat que ara es busca informació en fonts més modernes, encara es continua usant aquest mètode d'informació tradicional. Anteriorment la sensació i crítica des del món sanitari era que es consultava i es feia massa cas de l'entorn; actualment

s'enfoca l'atenció cap al món d'Internet. Això ens diu que el fons no ha canviat gaire, sols ho ha fet la manera d'obtenir la informació, que està d'acord amb els temps tecnològics que vivim.

9.4. RELACIONS, COMUNICACIÓ I INTERACCIONS ENTRE PROFESSIONALS I MALALTS

Les relacions entre els professionals i els malalts i famílies són una part essencial de l'assistència en el sistema sanitari. La part comunicativa és la vessant que pren més rellevància. Torralba (1998) sosté que l'ésser humà és per definició "homo comunicans". La part en què es posa més atenció és la verbal, però la no verbal com els gestos i els silencis, ens revela allò que l'individu sovint no gosa verbalitzar. Com hem vist, el procés de malaltia està carregat d'emocions, sovint a flor de pell, per les circumstàncies que viu l'individu. En aquests moments les persones malaltes sovint es troben enutjades, contrariades, irritades, enfadades, indignades, irades etc., emocions i sentiments dirigits contra allò que els està succeint, contra els demès, contra ells mateixos i també contra "no saber ben bé el què", com quelcom abstracte i difícil de concretar. En aquestes situacions, segons l'opinió dels professionals, el malalt *està enfadat amb el món* o creu que ho està amb ell; en ocasions pot ser que sigui així; tanmateix, sol ser a causa de la seva situació delicada i complexa. Segons Torralba, en aquestes situacions de malaltia la persona més que mai necessita ser "escoltada i compresa":

"Els malalts veuen el món amb uns altres ulls, perceben el temps d'una altra manera, capten la realitat amb un sisè sentit que només s'activa quan travessem situacions frontereres. Precisament per aquest motiu, cal escoltar-los, perquè ens presenten l'altra cara de la realitat, una cara no menys real que la que estem avesats a contemplar" (Torralba, 2006, p. 135).

Seguint amb el mateix autor, un punt fonamental d'escoltar és escoltar sense jutjar, i saber escoltar és la base necessària per comprendre l'altre: "Comprendre és esdevenir la cosa que es comprèn, és fer-se-la pròpia, deixar de ser el que som per adoptar la cosa compresa" (Torralba, 2006, p.77). L'autor assenyala la importància de diferenciar entre "entendre" i "comprendre". L'acte de comprendre és incloent, en canvi, l'acte d'entendre no té aquesta particularitat.

En els apartats següents s'exposen alguns aspectes de la diversitat que adquireixen les relacions entre el col·lectiu dels professionals i el dels malalts i famílies, quines i com són les interaccions que s'hi generen, com s'interpreta el que diuen els actors, què n'opinen i què n'espera mútuament un col·lectiu de l'altre.

9.4.1. La complexitat de les relacions

En les relacions i interaccions entre professionals i malalts, la preparació dels professionals en els aspectes tècnics no és el que primer expliquen i segurament tampoc el que més els preocupa. Possiblement, sigui degut al fet que la preparació tècnica es considera que és inherent a la formació rebuda pel professional, ja que es creu que hi ha estat especialment preparat. Les queixes o crítiques amb relació a les tècniques són a per totes les categories professionals, però les que més, van anar dirigides a les infermeres. Possiblement, el fet de passar més temps al costat del malalt i proporcionar-li més atencions i aplicar-li les tècniques hi contribueix; també pel fet que es percep la infermera una professional més propera, com veurem en aquest apartat:

Hay de todos, los hay de todos, por ejemplo el caso que he puesto de una de las veces que he estado en el hospital, una enfermera me puso la aguja en el brazo, en la parte interior del codo del lado derecho, no podía mover el brazo, ni doblarlo, ni comer, para mi ésta persona viendo que no podía doblar el brazo...eso es de una lógica aplastante (ED08, home, 54 anys).

En canvi, els aspectes relacionals i humanístics es valoren més i són mencionats més sovint que els tècnics. Molts malalts afirmen que no tenen molts problemes en la comunicació o entesa amb el metge, la infermera i els altres professionals i agents sanitaris; en destaquen el bon tracte que reben i que s'han sentit ben atesos. Les expressions *m'han tractat molt bé* i *m'ho han explicat tot molt bé*, són bastant habituals, tot i que, posteriorment les queixes i controvèrsies apareixen.

En els moments de malaltia les qualitats més desitjades són l'amabilitat, la delicadesa, la capacitat d'escoltar o la comprensió dels professionals. En aquest context, la paraula *amabilitat* apareix sovint: *han estat molt amables*, però, també se'n menciona la seva mancança: *haurien de ser més ambles*, o bé *n'hi ha que sí, n'hi ha que no ho són*. D'altra banda, les institucions també intenten potenciar aquesta part més humana. Actualment s'està posant èmfasi en l'empatia que cal tenir vers el malalt. Tanmateix, no tots els professionals creuen que s'estigui portant a terme amb èxit: *ara la moda és l'empatia* (p), i afegia *parlem molt d'empatia però no sabem bé que vol dir*, amb la qual cosa, segons alguns, *sols és de cara a la galeria* i no un fet real.

Com deia, l'amabilitat és una qualitat molt valorada i es reclama a tots els professionals, però és un valor que s'espera especialment del col·lectiu d'infermeria. També es reclama en els metges, però, a ells, al "pressuposar-los coneixements teòrics més importants i superiors", se'ls perdona aquesta mancança. Es considera

que els coneixements "van primer" i més si es troben davant d'un problema que es creu que és urgent o greu. En canvi, a les infermeres, al "pressuposar-los menys coneixements teòrics", s'espera d'elles altres valors, com més amabilitat o empatia.

En aquestes relacions hi apareixen també les mostres de gratitud i, en algunes ocasions de manera exaltada i lloada. L'expressió *doctor, li dec la vida!* és un senyal d'agraïment immens i significa un deute impagable, atès que la vida no es pot pagar amb res material. Aquesta expressió no la manifesten solament els malalts, també els professionals afirmen: *l'hi hem salvat la vida!*. Generalment és el metge qui l'expressa, també poden ser altres; quan són els professionals els qui la pronuncien estan demanant cap a ells un agraïment i reconeixement immensos. Com apunta Jiménez (2009), aquestes expressions creen un deute en el dominat, en aquest cas el malalt, però a la vegada impliquen complicitat entre les dues parts, una part que dona i l'altra que rep. Es tracta, doncs, de submissió afectiva derivada d'una violència simbòlica.

Per contra, no sempre les expressions són de gratitud, també n'hi ha en sentit contrari o negatiu, i alguns individus assenyalen que s'han sentit denigrats en el tracte. A la testimoni següent li molesta que els professionals li recriminin que acudeixi de nou al SUH. Per ella és una "necessitat", atès que sent molt patiment i solitud sense possibilitat d'acudir a altres llocs. El tracte que percep, segons ella, la fa sentir menyspreada i desvalorada com a persona:

Mira, me dicen ya estás aquí otra vez, ¿qué haces aquí otra vez Rosa?, me molesta, me molesta, no voy por gusto, si me pudiera librar de una vez del hospital x. No, los psiquiatras no me entienden, no, lo que yo tengo no. (¿Porque lo crees?) porque siempre me dicen que siempre estoy igual, yo estoy asqueada. Yo no quiero estar así, yo quiero estar bien. El otro día me dijo que estudiara medicina para que yo me ponga la medicación, sí, ¡me dijo esto! y una va ahí para que te curen, no para....¿sabes? (ED01, dona, 36 anys).

Les relacions també estan marcades per la reciprocitat i la confiança entre les dues parts. Aquesta confiança ha de ser mútua, atès que *si els professionals no confien en mi, jo tampoc puc confiar en ells* (a):

Si ellos no te dejan ver lo que tomas, ¿cómo puedes confiar tu en ellos?, una vez dije que quería ver la pastilla de metadona, y por eso me cogieron y ataron y no la puedes ver, está prohibido, abren las capsulas, te las dan y te las tienes que tomar delante de ellos ¿por qué?. Yo quiero saber lo que estoy tomando. Por eso, si no confían ellos en mi ¿cómo voy a confiar yo en ellos? una persona que confíe en mi yo puedo confiar en ella (ED18, home, 41 anys).

La desconfiança entre les parts també apareix. Alguns malalts creuen que el metge posa en dubte el que ells expliquen:

¿Si me entienden? sí...a la neuróloga le ha costado mucho entenderme, le ha costado porque me dijo que mi problema me viene porque tú en un momento has llegado a

beber demasiado, tomar demasiado ¿yo he tomado demasiado?. Yo en casa he tomado un vaso de vino en las comidas o una cerveza, o al salir del trabajo a veces una cerveza con los amigos, el fin de semana al salir un whisky, lo típico. Pero hay gente que le afecta más o le afecta menos, hay gente que a su cuerpo le cuesta más asimilarlo, hay gente que lo asimila mas y gente que lo asimila menos, tu lo asimilas menos...vale pues me has convencido, tu lo asimilas menos...ella me lo decía por las pastillas que iba a tomar, porque se multiplica mucho (ED08, home, 54 anys).

Altres creuen que els professionals a vegades no els entenen bé quan els expliquen els problemes:

A veces sí, pero a veces no me entienden. Tu les dices a los psiquiatras una cosa y ellos entienden otra, yo les digo que me aumenten por ejemplo el Prozac, porque me encuentro triste y depresiva, y él no lo hace (ED02, dona, 36 anys).

A més, es creu que si els professionals no entenen bé allò que expliquen tampoc sabran contestar bé el que pregunten. A més, algun destaca que els metges no poden saber-ho tot:

Yo creo que no, muchas veces les pregunto cosas a los médicos y no te saben contestar. ¿Contradicciones? pues sí, porque uno te dice una cosa y otro otra, entonces te quedas que no sabes a quien hacer caso...ellos tampoco lo saben todo, todo, tampoco vamos a pedirles...no sé...tampoco son magos (ED24, dona, 24 anys).

El fet que els professionals no entenguin o compreguin bé els malalts porta com a conseqüència que: *m'he hagut d'espavilar pel meu compte (a):*

Yo también tomo ansiolíticos, padezco de ansiedad, he echado a faltar por parte de profesionales que se me informara y se me asesorara sobre qué hacer y cómo actuar. Yo me he tenido que espavilar sola, buscar información por mi cuenta (ED25, dona, 55 anys).

Un altre aspecte que apareix és l'acció de jutjar o sentir-se jutjat. En aquest sentit, alguns afirmen que s'hi han sentit pels professionals, en especial quan els interroguen sobre determinades conductes o actuacions, sobretot quan són reiteratius en el mateix tema:

Hay quien ha llegado a decir que la culpa es mía, que le he dado mucha libertad...La verdad no necesito esos comentarios, no necesito ser juzgada, bastante me juzgo yo y me cuestiono las cosas, lo que necesito son palabras de apoyo, ser escuchada, ayudada y comprendida (ED25, dona, 55 anys).

Amb relació a sentir-se jutjats, alguns afirmen, com el cas d'aquesta última testimoni, que el que necessiten dels professionals és que se'ls escolti la seva voluntat i els seus desitjos en lloc de *prohibir* i *d'obligar*. En aquest sentit, DiGiacomo (1992) sosté que els malalts no tenen suficient veu i que cal donar-los en més; a més, defensa que el punt de vista del malalt hauria de ser reconegut i considerat seriosament, un fet que no succeeix de manera sincera i real.

Reprement aquest fil anterior, diversos informants afirmen que no expliquen als professionals tot allò que els succeeix. Els motius són diversos. Un és perquè es

creu que no ho entendran bé, i així eviten donar explicacions que els puguin comportar problemes posteriorment. Un altre és per guardar intimitat; consideren que no és necessari pel problema que consulten explicar assumptes que al seu parer no hi estan relacionats; defensen que la persona té dret a la intimitat i no ha d'explicar-ho tot, sinó solament allò que creu convenient. Pot ser també per vergonya en alguns temes que per ells són delicats. També per temor que se'ls renyi o recrimini, atès que en altres ocasions no s'han sentit respectats, o per no rebre lliçons de moral. O senzillament no els ve de gust explicar-ho tot:

Depèn del professional, alguns sí i alguns no. No els hi explico tot als professionals, als metges, no tinc perquè explicar-ho tot, explico el que vull explicar, penso que tampoc m'ajudaran si ho explico tot, també m'agrada ser una mica reservat (ED23, home, 21 anys).

Un altre dels aspectes que van aparèixer és *haver d'explicar tantes vegades la mateixa història o la mateixa cosa* (a), la qual cosa els dona la sensació de mala organització i manca comunicació entre els professionals:

Perquè a més a més una altre cosa, que és el que empenya, et ve a visitar un metge, au, l'endemà te'n ve un altre, un altre...es que són del mateix grup, molt bé...jo sé que us reuniu i ho comenteu. Però no és el mateix que veu un i que veu un altre, per molt que ho estudiïn, per molt que ho llegeixin, no és el mateix veure la cosa en el puesto que comentar-la (ED9, home, 79 anys).

A aquest testimoni últim, el molesta *haver de repetir diverses vegades el mateix*. Alhora ressalta les subjectivitats que observa en els professionals, com davant de la mateixa situació clínica actuen o expliquen les coses de diferent manera; en conseqüència, segons el seu parer, deduïa, que també la medicina les presenta.

El fet d'haver d'explicar en diverses ocasions el mateix relat pot passar desapercbut als professionals o que creguin que no és important, però en alguns usuaris els pot causar molèstia i cansament: *tots pregunten sempre les mateixes coses* (a). A més, crea la sensació de desorganització i desconfiança, ja que *tot hauria d'estar ben escrit*, i els sorprèn que tantes vegades se'ls preguntin el mateix. També ho descriu Canals (2009) en un servei d'urgències.

Un altre punt és que algunes persones acudeixen al SUH per problemes d'índole personal o social i no per problemes estrictament mèdics. Alguns són conscients d'aquest problema i de la demanda que tenen. D'una banda, saben que els professionals tenen limitacions per atendre i solucionar allò que necessiten, però de l'altra, creuen que no els acaben d'entendre bé pel que fa a les seves necessitats o que podrien fer més per ajudar-los:

Bueno...a veces me parece que no me entienden, a veces he ido con mi hija y enseguida me la mandan para casa, una pastilla y ya está. A veces hay que

descansar de tenerla unos días. A veces explico o no según el problema que tenga, a veces me corto... (ED13, dona, 44 anys).

També, en ocasions els testimonis atribueixen a la rapidesa amb què es treballa en els espais assistencials *veus que van a preu fet*, una de les causes que no se'ls escolti o se'ls atengui com seria raonable i desitjable, també com un motiu més que els professionals no entrin a analitzar a fons les malalties o els problemes que se'n deriven:

No...no te dejan explicar. Van por tiempo, van a por faena, toma, toma estas pastillas. No, no entran dentro de tu problema, no. Esta fatal porque te inducen al suicidio, ellos no lo saben pero te inducen al suicidio. A mí una vez me dijeron en urgencias: vas a terminar sola y que nadie te quiera con la enfermedad que tienes, es un psiquiatra de nada, ¿cómo lo recibo yo? Es que no, no, no, es un desastre (ED06, dona, 40 anys).

En aquest sentit de la rapidesa, les persones que han utilitzat els serveis privats en destaquen les visites més individualitzades, més temps per a la informació que dona el metge i ells poden aclarir els dubtes; també més amabilitat dels professionals. Amb relació als aspectes tècnics dels centres privats, es destaca que tot és més ràpid, però no que siguin millors; a més, en ocasions es valoren els aspectes tecnològics dels serveis públics, com hem vist en l'apartat dedicat al SUH.

Un altre punt és que alguns testimonis creuen que hi ha professionals que no tenen els coneixements adequats per donar una bona atenció: *no sempre, a vegades a urgències les infermeres no saben tractar els malalts mentals, els metges psiquiatres una mica més* (ED23, home, 21 anys).

Altrament, algun informant afirma que el fet pel qual no l'entenen els professionals és perquè ells no són dins del malalt. Per tant, per més que ho intentin mai sabran exactament allò que li passa i sent:

Hay veces que no, porque a veces la misma pregunta me la hacen dos o tres veces y yo todo el rato contesto lo mismo. Yo creo que intentan entenderte pero tampoco están dentro de ti para sentir lo mismo que tu...pues sí, como si estuviéramos en dos mundos, porque a veces a lo mejor ellos quieren que yo haga una cosa y mi cuerpo me pide hacer otra (ED24, dona, 24 anys).

També, en ocasions, alguns testimonis senten que hi ha una distància important entre els professionals i els malalts en la percepció d'una mateixa situació; la manera de concebre-la uns i altres difereix: *tu estàs en el teu món i ells estan en el seu* (a). Aquesta manera diferent de percebre una situació la descriuen com si professionals i malalts parlessin en *idiomes diferents*, amb la qual cosa entendre's es fa més complicat: *a vegades crec que sí, i a vegades crec que no, sí, sí, és com si jo parlés un idioma i ells un altre, sí...*(ED17, dona, 39 anys). En aquests casos, el

professional pot insistir als malalts que han de fer allò que ell proposa i pressionar-los, ell és el professional. Per tant, està en la certesa. Així mateix, també el professional pot aconsellar i influenciar segons la seva pròpia visió del món, i posar per davant "inconscientment" la seva pròpia referència i preferència, que pot distar de la que té l'individu.

Resumint, hi ha punts de vista i maneres diferents de percebre uns mateixos fets o situacions que es donen entre les persones; en aquest cas, entre malalts i professionals, que poden ser radicalment diferents. Aquestes situacions, que ja hem vist en altres apartats, ens porten a plantejar que als espais assistencials hi poden haver i s'hi poden viure "dues realitats o dos mons paral·lels"; si bé es comparteixen elements culturals, alhora hi ha diferències i interessos divergents.

Tot seguit s'inclou un relat més complet que fa un mateix informant, en el qual exposa diversos aspectes que incideixen en les relacions, tals com sentir injustícia, responsabilitat professional, respecte cap a la persona i a les seves decisions, o el fet que els professionals haurien de tenir més psicologia per comprendre l'individu i les seves necessitats:

Yo he visto médicos que están hablando y cuando acaban su charla han ido a visitar, los he visto yo, que más de una vez me han entrado ganas de levantarme yo y decir, ¿qué pasa aquí? pero yo no me levanto porque sé que si me levanto la monto. Porque son injusticias, no puede ser así, atiende al paciente, luego cuéntate lo que te dé la gana, urgencias fatal. Ahora, una vez estas dentro ya es otra historia, las enfermeras, los médicos, cambian, es otro mundo, ya es otro mundo, eso lo he comprobado yo...en urgencias hay mucha gente, no dan el abasto, pues que pongan más médicos, yo que sé, yo que sé, mucho cartelito y mucha historia pero (...). Hay médicos muy majos, amables, de verdad que sí, y hay otros que los colgaba a todos, lo siento. Un medico ante todo tiene que ser humano, y los médicos, todos los médicos, más en el hospital que en los consultorios privados, tienen que tener una psicología para el paciente. Hay sanitarios que más vale que se dediquen a otra cosa, porque de verdad son de lo mas borde que te puedas imaginar, yo a uno le pare los pies porque fue a mi madre y le dijo: usted se va a morir de cáncer, y no dijo nada más, y cambió los colores como un camaleón, eh. Eso no se puede hacer, lo siento mucho, a mi madre no se le falta al respeto de esa manera, y menos un médico, se lo dijo así patapam usted se muere de cáncer, claro, mi madre cogió una irritación y tuve que enganchar al médico aparte, y tanto que le enganché, le dije que a la próxima se lo pensara porque jugaba con fuego, hay gente que no se merece, pero bueno...así estamos (ED21, home, 55 anys).

Una altra qüestió que continua present en les relacions entre el malalt i els professionals és l'estigma (Goffman, 2006), que afecta tots els actors. En les entrevistes dels qüestionaris alguns professionals insinuaven que: *a aquest no li preguntis perquè no te'n pots fiar, i millor que no el molestem, que estigui tranquil. També a aquesta persona no li preguntis perquè no et sabrà contestar, o a aquesta persona no li preguntis perquè no et pots fiar del que et contestarà.* Posteriorment es

comprovava que el malalt contestava sense dificultat i amb coherència allò que se li preguntava.

Un altre punt és l'opinió que els usuaris tenen dels professionals amb relació al rol que ocupen respecte el món tecnològic. Aquí hi trobem dos grups. Un grup són els que pensen que allò més important és la paraula mèdica, hi "creuen", veuen el metge com una autoritat a la qual tenen i deuen molt respecte. Per aquestes persones, pot ser important la realització de proves tecnològiques però sempre supeditades al que digui el metge. Elles consideren que complementen la mirada clínica mèdica però aquí s'exalça la figura del metge: *allò que em diu el metge va a missa* (a). En aquest grup hi ha sobretot les persones de més edat. En el segon grup hi ha majoritàriament les persones més joves; en aquest cas centren l'interès en el món tecnològic. Veuen el metge més com un transmissor i interpretador de les tecnologies, el seu èmfasi i "creença" el posen en allò que mostra la tecnologia, la qual creuen que no s'equivoca "en absolut". Per ells la tecnologia és la que ha de diagnosticar i tractar el problema. Com diu Foucault (2007), l'eficàcia que observa l'ull clínic es posa en tela de judici per una nova mirada que es considera molt més exacta com és la tecnològica. Algunes persones pressuposen a les tecnologies una exactitud del 100%, sense cap escletxa ni dubte que hi pugui haver un mínim error²¹³.

Un altra qüestió és la joventut d'alguns professionals. Aquest aspecte en ocasions no passa desapercebut en els usuaris. També el destaquen Peneff (1992) i Allué (1999) en referència als metges MIR. A algunes persones el fet que els atengui un professional, si el veuen "massa" jove, especialment si és un metge, els pot crear desconfiança i inseguretat, i no es queden tranquils ni convençuts si no demanen "opinió i consell" a professionals més veterans. Si bé la joventut és valorada com un aspecte molt positiu en la societat, en algunes ocasions, una certa edat i l'expertesa que comporta són valors preuats:

Llegó un cierto momento que había allí un doctor con más peso, que no estaban los estudiantes, la gente joven, y este hombre fue el que dijo esto no puede ser (ED21, home, 55 anys).

En el hospital x, en urgencias hay unos chicos demasiado jóvenes para estar allí, me dijeron: a usted lo que le gusta es estar en el hospital así tal cual. Yo le contesté: y tu tendrías que estar en un colegio, y él se calló, demasiado suave le contesté, le tenía que haber dicho que él tendría que estar cuidando cerdos. Nada de amabilidad. Pues si supieran, a mí pisar el hospital se me pone un temblor en las piernas, no me gusta nada. Allí tendría que haber profesionales con más experiencia, hay chicos y chicas

²¹³ Com ja s'ha dit anteriorment, les imatges tecnològiques o els valors analítics també requereixen de la interpretació dels professionals, amb el què presenten una part de subjectivitat, també estan subjectes a errors, un fet que no se sol tenir en consideració.

muy jóvenes, que no pueden saber, tendría que haber profesionales de más edad, de cincuenta años o más que les explicaran las cosas, pero no, están solos, los mayores son los que tienen la experiencia (ED22, dona, 66 anys).

Una altra esfera que ressalten els malalts són les contradiccions que alguns observen en els professionals. Alguns vigilen meticulosament i amb molta atenció tot allò que succeeix i es diu al seu voltant, i pregunten a altres pel mateix problema per comprovar i assegurar-se que tots donen les mateixes explicacions. Les contradiccions poden ser segons diversos aspectes.

Contradiccions amb relació a un problema al qual s'han donat diferents diagnòstics mèdics:

L'altre vegada que va estar ingressada a l'hospital x li van dir trastorn esquizoafectiu, però de totes formes això dels diagnòstics és una tontada, perquè alguns diuen trastorn límit, altres diuen un altra cosa. Després d'haver posat una cosa, quan va tornar de l'hospital xx una altra diferent. Aquí no s'aclaren la veritat, ara posa que és un trastorn mixta amb antisocial i no sé quina mandanga més, mira, de veritat, és igual, ja ha arribat un moment que...Jo li vaig preguntar al psiquiatra, i ell em va dir: si es lo que menos me preocupa el diagnostico, dic jo també té raó. A mi me preocupa su futuro, em va dir (...). Per això estic cansada de tanta etiqueta, de tanta classificació, i que et mirin així; i a part, perquè sé que ho soc, soc una persona molt intuïtiva i capto molt, de evidència no en tinc però de intuïció en tinc molta (ED25, dona, 55 anys).

Contradiccions en la informació que se'ls dona en relació amb un tractament:

Es que el psiquiatra me dice...es que se contradicen, porque el Citalopran es un medicamento que es un chute, para que tu estés despierto, y tu si después te tomas un Diazepan que es un relajante muscular, es que se contradicen, cuando no te tomas una cosa te tomas otra, yo me noto cuando me tomo el Citalopran que voy como más acelerado, pero me encuentro mareado, en cambio, me tomo el Diazepan y me encuentro relajado, pero el andar no lo tengo tan bien como si me tomo...es decir que se contradice una cosa con otra...(ED08,home, 54 anys).

Contradiccions en relació amb la causalitat d'un mateix problema: un professional els dona una determinada informació i un altre els la dona en sentit contrari:

A mi en l'hospital x em deien que les pedres eren d'àcid úric, quan li dic al doctor de l'hospital xx que m'han dit que és àcid úric, ell em diu, no, no àcid úric no, això ha de ser un altre tipus de pedra però àcid úric no. Bueno, no sé, la impressió que et queda és posin-se d'acord, que ja sé que la medicina dos i dos no són quatre, ja sé que les coses són difícils, amb això no vull ser...no vull atacar a ningú. Perquè a l'hospital x em van dir prenguis l'Uritolato per intentar eliminar la pedra, i a l'hospital xx, em diuen ja ho pot eliminar de seguida, no s'ho prengui, ni una pastilla més (ED12, home, 80 anys).

Contradiccions en els consells o a l'hora de com actuar davant del mateix problema, respecte al qual cada professional opina de manera ben diferent:

La metgessa em diu no beguis més de un litre d'aigua, un metge em diu beu molt, i un altre metge em diu beu per la set que tinguis, què faig? (Veus que hi ha contradiccions a vegades?) sí, sí, sí, hi tant, hi tant, hi tant! Una infermera em va dir: mou-te, surt al passadís, mou-te, i el metge em va dir: quedat al llit tranquil, dorm i reposa. Clar el metge venia sols a fer-me la visita i la infermera la tenia allà.

Que perquè són les contradiccions? incoordinació? no crec...buf...diuen que "cada maestrillo tiene su librillo", cada metge és un món (ED05, home, 45 anys).

Totes aquestes contradiccions i contrasentits les poden observar en un mateix professional durant una mateixa informació o en diferents moments, entre diversos professionals o en altres centres sanitaris que consulten. Les contradiccions indueixen a la desconfiança i a la incertesa i són una font d'inseguretat. També les observen i les defensen alguns professionals, que opinen que s'ha de ser molt rigorós en allò que transmeten: "A todo esto hay que añadir la incertidumbre, la desorientación y, finalmente, la desconfianza que pueden crear las opiniones diferentes, e incluso totalmente contradictorias, que se reciben de los médicos" (Morera, 2008, p. 36).

9.4.2. Poder professional i paternalisme

El sistema mèdic s'ha basat en unes relacions de poder i de paternalisme que encara continuen vigents, potenciades pel mateix sistema. Emmanuel & Emmanuel (1992) descriuen quatre models de relació entre professionals i malalts: paternalista, informatiu, interpretatiu i deliberatiu²¹⁴. Les actituds paternalistes i de poder les trobem en la manera com els professionals es relacionen, es dirigeixen i interaccionen amb els malalts, en les paraules i expressions que fan servir.

En el context assistencial es poden escoltar expressions dels professionals de qualsevol categoria com ara: *nosaltres som els que en sabem; això ho decideixo jo; jo vull que vostè faci això; això és pel seu bé, o vostè estigui tranquil*". Encara que es diguin de manera amable, se li està recordant a l'*altre* que ell és el professional i és qui té el coneixement; per tant, la capacitat de decidir el que és més convenient, la qual cosa vol dir exercir poder. Aquestes expressions, algunes persones les van acceptant i interioritzant fins al punt de creure que elles no tenen coneixements; per tant, que són ignorants; en conseqüència, no disposen de la capacitat de decisió. A més, també impliquen paternalisme. Si a un adult se'l considera, se li recorda i se li insisteix que no està al seu abast entendre la seva pròpia situació, això porta

²¹⁴ Segons aquests autors, el model paternalista és de caràcter autoritari, és el metge qui decideix què convé al malalt. L'informatiu també és anomenat científic o tècnic, en aquest s'aporten moltes dades rellevants, s'informa de l'estat de la malaltia i de les possibilitats terapèutiques i la persona és qui ha de decidir. En l'interpretatiu, hi ha una discussió entre metge i malalt, s'exposen totes les possibilitats així com els riscos i benefici, i se l'ajuda a escollir, però sempre el malalt té la última paraula. El model deliberatiu el metge actua de guia o mestre, la persona és la que va decidint conforme els seus valors, tenint compte també els morals.

implícit que algú altre, en aquest cas el professional, l'ha de guiar i protegir. I qui guia i protegeix socialment són els pares, és a dir, es tracta la persona adulta com si fos un menor.

Aquest tracte infantil també apareix quan els professionals es dirigeixen al malalt dient-li *una maneta, un bracet* o qualsevol altra part del cos en diminutiu, o quan se li parla amb els tons de veu que s'utilitzen per dirigir-se als nens. En aquests casos es confon amabilitat amb infantilitat. Parlant a la persona adulta utilitzant diminutius no s'aconsegueix més amabilitat, sinó que es pot sentir ofesa i menyspreada. Algunes ho poden percebre com a amabilitat i, fins i tot, els pot ser agradable, però no sempre les persones ho senten així ni és del seu grat; algunes ho han manifestat obertament, altres amb gestos de desgrat, o es fa el silenci.

Una actitud paternalista i de tracte infantil comporta que socialment s'accepti el fet de renyar i demanar explicacions. En aquest sentit, alguns testimonis afirmen que els professionals els renyen o els demanen explicacions més enllà d'allò que per ells seria acceptable en una relació de respecte entre adults:

Si no et prens la medicació el metge et renya (A).

Sí, me he aguantado muchos días sin venir, los médicos me han reñido por no venir antes (Q100, dona, 44 anys).

Segons els testimonis, els professionals que més els renyen són els metges, però hi participen tots els grups professionals i agents sanitaris sense excepció. Es renya les persones per varis motius, en especial quan no compleixen el que el professional creu que és el correcte, sobretot quan no s'han seguit les recomanacions o el tractament. També es renya o es demanen explicacions per no haver acudit a una consulta o no haver-ho fet abans. Això entra en contradicció amb el fet que, d'una banda, les queixes dels mateixos professionals són perquè les persones fan consultes innecessàries, tal com hem vist, per exemple en la freqüentació en el SUH; i, d'altra banda, se les "renya" si no acudeixen a una visita ràpidament quan el professional ho creu oportú.

Quan es renya les persones o se'ls parla amb prepotència, se senten agredides i encara s'encongeixen més. El fet que callin i no contestin no vol dir que no s'adonin de la situació, atès que *a vegades et quedés sense paraules, no saps què contestar(a)*, o no contesten per vergonya i submissió. Renyar un adult, a més de paternalisme i tracte infantil, és autoritarisme, perquè no renya qui vol sinó qui està en condicions i poder per exercir-ho. En aquest sentit, renyar també implica prepotència, domini sobre la persona, és intimidació, desautorització i menyspreu, i alguns usuaris així

ho han expressat, de vegades se senten ofesos i avergonyits. Tanmateix, rebre i acceptar una reprimenda en aquestes situacions també és senyal de subordinació i submissió.

Una altra qüestió és que pels professionals hi ha els *bons malalts* i els *mals malalts*. Expressions que diuen els professionals i, segons el seu punt de vista s'entenen com a positives com: *aquest malalt és molt col·laborador; és molt maco; és un sol; amb ell s'hi pot parlar; tots els malalts fossin com vostè; vostè s'està portant molt bé*, o *vostè ho està fent molt bé*, ens diuen que ens trobem davant del "bon malalt". Aquí se li està dient que ha col·laborat i que ha complert amb les expectatives del professional. Tanmateix, és possible que no hagi estat així amb el malalt, ni que tan sols li ho hagin preguntat, i no ho manifestarà obertament ni amb llibertat. Aquestes frases no sempre expressen una actitud de respecte cap a l'individu, sinó que també poden denotar paternalisme, tracte infantil, de subordinació o de superioritat professional.

En canvi, quan el malalt no col·labora de la manera com el professional espera, apareixen les expressions: *és vostè qui està malalt; jo no em puc curar per vostè; vostè ha de col·laborar!*, o *si no volen prendre la medicació o que se'ls hi facin coses perquè han vingut aquí?*. En aquests casos ens trobem davant del "mal malalt".

El malalt que no col·labora de forma clara, ho pot fer per diverses raons. Una és de manera conscient i premeditada, pel fet que no està d'acord amb allò que se li demana, ho sent com una imposició, però no gosa fer-ho explícit de manera clara, i la seva manera d'oposar-se és no col·laborant. En altres ocasions té dubtes i no s'atreveix a manifestar-ho obertament perquè està en un ambient hostil; a més, pot percebre la situació amb una visió diferent del professional; llavors el més fàcil és callar i col·laborar el mínim. També pot succeir que al malalt li sigui molt difícil sortir de la situació en què es troba per les pressions que rebria si ho intentés, tant per part dels professionals com de la mateixa família, i col·labora a contracor. Però també es pot donar el cas que no col·labori de manera inconscient, especialment, pel fet que no acaba de comprendre bé tot allò que succeeix al seu voltant.

En aquest context, trobem opinions dels professionals com ara *els malalts en realitat no prenen decisions, acaben fent allò que els diem, ells no saben què han de fer*, les quals ens mostren que el professional coneix bé quina és la seva posició al sistema. A més, sap que està en posició de coaccionar. *Has de mostrar-te fort i dur, i no cedir, que no et vegin dubtar ni un moment* és la recomanació que donava un

professional a un col·lega. També frases com ara *jo a aquests els posava a caldo a tots, o mare meva si jo manés!*, encara que s'expressin amb ironia i sense intencionalitat, ens indiquen una determinada visió, i allò que hi ha al darrere és autoritarisme. Tanmateix, induït i potenciat pel mateix sistema per les influències que exerceix en la societat i especialment en els professionals.

Sovint les persones malaltes no responen directament a aquests comentaris. L'autoritat que emana dels professionals els fa submisos i es mostren dòcils en un moment delicat per a la seva salut; a més, poden estar envaïts per la por o pel sentiment d'ignorància. Són situacions que sovint no es verbalitzen i es mostren més a través de les emocions i del llenguatge no verbal. Aquestes queixes les solen manifestar més sovint a les infermeres, que, com hem vist anteriorment, afirmen que sempre són les que més les reben, pel fet que els malalts les perceben més properes.

Tot i així, alguns malalts presenten resistència i mostren enuig defensant que *aquí i en aquestes circumstàncies tu no pots decidir, no et deixen decidir res*. Alguns, tot i que són pocs, s'enfronten al metge i li discuteixen els arguments amb què no estan d'acord si ell insisteix o coacciona per una determinada acció. Un testimoni afirmava que li provocava molt patiment pensar que *m'he de confrontar amb el metge*, tant o més patiment que el problema en si mateix. Aquesta dona se sentia coaccionada perquè el metge li insistia que s'havia de sotmetre a una intervenció *a cor obert*. En canvi, ella es trobava bé i podia fer *la vida de manera natural i acceptable*. Davant d'aquesta disjuntiva, preferia esperar; a més, havia consultat altres professionals i "creien" que no era una prioritat. Tanmateix, la seva preocupació era la resposta que tindria del metge quan arribés el moment de la intervenció.

D'altra banda, les respostes, resistències i queixes que fan en ocasions els malalts davant les demandes dels professionals, poden provocar actituds de defensa i d'autoprotecció en el col·lectiu professional. L'expressió *amb aquest s'ha d'anar en compte*, que es manifesta quan un malalt demana moltes explicacions, que està molt atent a tot el que succeeix al seu voltant o que presenta queixes sovint, ens indica una actitud defensiva del professional davant el que considera un atac a la pràctica professional. Aquestes expressions, i algunes de les que hem vist en els paràgrafs anteriors, són una reacció i una protecció a les pors, les "antipors" (Morin, 1993). Com ja hem vist, els professionals també necessiten mecanismes de protecció.

Una altra qüestió que cal destacar de les relacions entre professionals i malalts, que també tenen relació amb el poder, la trobem en la figura de la infermera. La infermera es tendeix a relacionar encara amb el rol tradicional de la dona de submissió i servitud, se la considera una persona més propera i assequible, se la reconeix com a professional però es pot dir que amb "matisos". Així, algunes persones es poden dirigir a la infermera amb un *ei, nena*, sense importar l'edat que tingui, que pot ser quaranta o cinquanta anys. En canvi, una metgessa, encara que sigui jove, sempre serà la doctora, sense matisos, i si una persona que no la coneix la crida amb un *ei, nena*, ella ja s'encarregarà de dir-li que és la doctora, la qual cosa serà acceptada pel malalt, que fins i tot, pot arribar a demanar-li disculpes. En canvi, si és la infermera qui l'adverteix que no és una nena, ell pot reaccionar demanant perdó, però també amb enuig i sentint-se dolgut per la contesta. Aquesta familiaritat amb la infermera implica que en ocasions les persones s'atreveixin a dirigir-se a ella d'una manera que no ho farien amb el metge. En la infermera hi descarreguen queixes i tensions i li manifesten allò que a una "autoritat" no li dirien: *nosaltres sempre som qui parem primer els cops, i també qui en rebem més; amb nosaltres tothom s'hi atreveix, o quan ve el metge molts canvien el seu discurs, llavors ja el suavitzen*, assenyalen les infermeres. La sensació de les infermeres és que sovint fan de mur de contenció cap a la classe mèdica. Seguint Freidson (1978), aquest és un indicador del rol secundari i auxiliar que exerceix la infermera en la divisió del treball mèdic. Cuidar sempre s'ha considerat secundari amb relació a allò realment important, que és curar. Un està lligat a la submissió i a la dona, i l'altre al poder i a l'home.

Finalment, un altre punt és que els professionals consideren que la població és ignorant i que no té coneixements en salut, per la qual cosa cal educar-la, així en els espais assistencials sovint es parla de *hem d'educar* o *hem de fer pedagogia*. Porroche-Escudero (2016) en el seu treball amb dones amb càncer de pit ho anomena "educació per la docilitat". També, Menéndez (2005b) sosté que l'educació que tenen les persones prové principalment del MMH, i aquest model posteriorment els atribueix els dèficits de falta d'educació, ignorància o desídia. Qui ha creat escola més tard recrimina allò que ha ensenyat quan han canviat les normes o tendències.

Les frases exposades en aquest apartat són expressions del poder que els professionals exerceixen en els malalts. El professional creu que ha de vetllar i protegir el malalt segons els seus coneixements i allò que ell creu, i considerant i

respectant poc les opinions i desitjos del malalt. Molts professionals, probablement, no són conscients que les seves paraules i accions exerceixen poder i coaccionen, les quals són una conseqüència de la formació que han rebut basada en el model paternalista. Unes relacions potenciades pels discursos del mateix sistema i marcades per la posició desigual entre les dues parts, en què uns tenen a favor seu el coneixement sobre el qual es basa el sistema sanitari, i als *altres* se'ls considera ignorants i així se'ls tracta, la persona sap i és conscient que està en la posició dèbil. Les accions de renyar l'*altre*, imposar-se-li o considerar a l'*altre* que no té capacitat d'actuació ens indiquen una actitud paternalista i reproduïx l'esquema social imperant, atès que aquí són els pares –ells són els adults i els que saben– qui aconsellen i renyen els infants –són els menors i mancats de coneixement. Són relacions doblement de poder: d'una banda, hi ha el poder institucional, i de l'altra el del professional. Tanmateix, són molts els individus que accepten de bon grat les ordres i els consells mèdics. El fet d'acceptar que no es tenen coneixements porta implícit que no es té la capacitat de decidir. En aquests casos allò que desitgen, agraeixen i busquen és que un altre, en aquest cas un professional, prengui la decisió per ells.

Torrallba (1998) defensa que cuidar la persona malalta i el seu tracte no s'han d'interpretar com una acció paternalista o haver-la de tractar com un menor, sinó que s'ha de vetllar per la seva llibertat i perquè recobri l'autonomia. Aquest tracte infantil també el posen en evidència Martorell-Poveda (2015) en malalts d'Alzheimer, i Porroche-Escudero (2016) en dones amb càncer de pit. Aquestes expressions, tant dels professionals com dels malalts, també mostren com la veu de les persones s'ignora i no es considera seriosament (DiGiacomo, 1992). Són situacions que també es poden enquadrar en el que Bourdieu (2000) anomena *violència simbòlica*.

9.4.3. La informació mèdica

Un dels moments més significatius i esperats pels malalts i famílies és el que es coneix com "informació mèdica", quan el metge informa el malalt o la família amb relació al seu estat clínic. Ells hi posen totes les esperances i confien en allò que els dirà el metge, també pot haver-hi nervis per por de males notícies. S'espera que arribi aquest moment, i en ocasions es pot convertir en gairebé "solemne", en el qual contribueixen totes les categories professionals, pel fet que totes hi donen rellevància. No en va té el seu nom propi: "informació mèdica".

El nom "informació mèdica" també ens diu que és informació i no diàleg. Tot i que s'accepten preguntes, bàsicament és unidireccional, atès que no hi sol haver intercanvi verdader i sincer d'opinions. La informació no sempre és satisfactòria per qui la rep, també poden quedar molts dubtes. En aquestes situacions el malalt i la família necessiten un diàleg sincer en què pugin expressar amb llibertat tot allò que els preocupa, i a això no sempre passa (Torralba, 1998).

Amb la informació es poden donar diverses circumstàncies. Alguns afirmen que l'entenen bé, tot i que, insinuen que els metges no són sempre clars en allò que expliquen i que no tothom té la capacitat d'entendre-ho bé:

Jo crec que m'entenen perquè em sé explicar, i crec a més que els entenc, de forma que ja algun metge m'ha dit és que vostè és molt intel·ligent. És que jo vull estar informat i vull estar assabentat i m'assabento dels temes, faci'm vostè un croquis i ho entendre perfectament. El metge et cura però moltes vegades no t'explica. Jo entenc i no vull ser peyoratiu contra ningú, però el metge a vegades no s'explica prou perquè el malalt no l'acaba d'entendre. Estant vuit hores en unes urgències vulguis o no t'assabentes de coses, i és clar a aquest pobre home amb vuitanta anys, jo també els tinc (riu), ja no li explica segons quines coses el metge perquè no les entén, per tant va amb la filla perquè la filla ho entendre més bé. Doncs jo al metge li dic a mi expliqui-m'ho perquè ho vull saber (ED12, home, 80 anys).

Altres no queden satisfets amb la que reben. Això pot ser per diversos motius, com ara no haver entès bé l'argot mèdic, ja que el metge sovint utilitza el llenguatge professional i algunes de les expressions o paraules poden ser de difícil comprensió per a algunes persones. El llenguatge és un element que marca el territori, la utilització de l'argot professional el distancia del malalt, alhora assenyala quina és la posició de cadascú. Un altre motiu és perquè no s'ha entès bé la informació transmesa, atès que malalts i metges categoritzen símptomes i signes de manera diferent (Good, 2003), com ja hem vist capítols anteriors.

Posteriorment a la informació que han rebut, alguns indagaran pel seu compte, la contrastaran amb altres professionals, que en ocasions poden ser les infermeres si es troben en el context hospitalari. La figura de la infermera, de més proximitat, pot generar més confiança en aquests casos en què es tem fer el ridícul, en contrast amb la figura mèdica, de més poder i que transmet més respecte. Témer a fer el ridícul pot ser pel fet que l'individu s'autoconsidera ignorant i inculte, i li provoca vergonya aquesta autopercepció de la seva condició. Aquest fet es dona més en persones submises i que es troben indefenses davant d'aquella situació, fins al punt que estan avergonyides davant d'una figura que consideren una autoritat. També en ocasions algunes persones demanen a un altre familiar o conegut que creuen que té més capacitat que acudeixi en el moment de la informació per ajudar-los a

entendre-la millor. Altres la buscaran en una font externa, com pot ser un altre metge o través d'altres mitjans com Internet.

Alguns discuteixen amb el metge quan no estan convençuts de la informació que se'ls ha donat, però creuen que a ell li és més fàcil imposar els seus arguments:

Moltes vegades amb els metges els hi discuteixo, perquè això, perquè allò, però és clar, ells tenen més d'això que jo, però jo quan veig una cosa els hi dic. No, no, jo no tinc pèls a la llengua, els hi dic i explico tot allò que vull dir (ED09, home, 79 anys).

Altres diuen que, a vegades, són ells els qui no ho volen entendre:

A veure, jo n'he tractat molts. Jo diria que la majoria m'han tractat molt bé i m'han explicat les coses molt planament, d'una manera que jo els podia entendre; que els volgués entendre o no ja era una altra història, però la majoria crec que sí (ED15, home, 51 anys).

Un testimoni insinuava la sospita que la informació que havia rebut no corresponia al seu familiar *com si no es tractés del meu familiar*, tot i que tots dos sabien que es referien a la mateixa persona. En aquest sentit, Canals (2009) apunta que el metge directament es pot inventar una informació o pot improvisar davant de preguntes dels familiars que no esperava.

Altres confiaran plenament en allò que els ha transmès el metge, considerant-lo una persona amb carisma i absoluta autoritat sobre allò de què parla. En el moment d'informar, algunes persones miren el metge amb la cara radiant i amb total admiració, talment com si tinguessin davant seu un ésser diví: *Dios no existe, Dios es el médico!*. Aquests comentaris no són habituals que s'expressin obertament, però segurament ho són més en el pensament i en algunes mirades radiants cap al metge. En aquest sentit, la dominació mèdica es pot enquadrar en la dominació carismàtica que proposa Weber (2007)²¹⁵.

A més del moment de la "informació mèdica", que és el punt culminant, també es transmet informació de manera constant en qualsevol espai assistencial. Cada dia i moment es donen infinitat de relacions i interaccions que podríem catalogar de "microinteraccions", entre malalts i famílies amb tots els professionals. Aquestes relacions o interaccions són uns moments en què també es forja la dependència cap al poder biomèdic i s'exerceix. En aquests espais es genera la confiança necessària

²¹⁵ "Llamamos 'carisma' a la cualidad de una persona individual considerada como una cualidad extraordinaria. Originalmente era una cualidad derivada de un poder mágico, tanto en los profesionales como en los sanadores, en los sabios del derecho o en los jefes de las cacerías. Por esa cualidad se considera que la persona que la posee está dotada de fuerzas o propiedades extraordinarias, no accesibles a cualquier persona, o que es una persona enviada por Dios o una persona modélica y que, por lo tanto, es un 'líder'" (Weber, 2007, p. 113).

per a l'actuació mèdica i el convenciment dels usuaris sobre allò que han d'acceptar. Moltes d'aquestes relacions són en un espai en el qual hi ha solament com a actors el professional i el malalt sol o amb la família. El fet de ser un grup reduït permet al professional opinar, pressionar o coaccionar de forma més contundent. Aquí s'hi generen complicitats i dependències, també resistències, s'impregnen les persones dels interessos hegemònics, són un degoteig d'idees, consells o pressions. Expressions com *a vostè crec que li convé més això o jo en el seu lloc faria això* poden ser demolidores i no estar fonamentades, ja que l'expressió "crec" ens diu que estem davant d'una possibilitat o creença. Aquestes interaccions en l'àmbit individual o micro tenen molta més força, pel fet que van dirigides a la persona i se sent interpel·lada directament i sols ella.

9.5. RESUM DEL CAPÍTOL

El sistema sanitari mèdic està englobat en el sistema econòmic capitalista, i com qualsevol altra empresa s'adapta a les normes del mercat. Així, cada any ha d'augmentar la seva activitat i "productivitat assistencial". El sistema, als ulls d'alguns usuaris i professionals, s'ha convertit en un negoci, en el qual hi ha diversos actors implicats: indústries, institucions i professionals; per altres, són totalment necessàries totes les actuacions que s'hi duen a terme i no els presenta cap mena de dubta en cap esfera ni sentit. El fet de ser un negoci segueix les "modes" i algunes actituds èticament qüestionables.

Alguns professionals observen contradiccions en el sistema i el fet que s'hi instauren unes despeses i pràctiques que sovint consideren innecessàries i sense benefici per al malalt, alhora que les han de complir si volen continuar exercint, tot i que les percebin imposades i amb poques possibilitats d'incidir-hi i de solució. Així, alguns d'ells són crítics amb el sistema, en sortirien però no els hi és fàcil per raons personals o econòmiques; altres hi observen contradiccions que els generen una certa incomoditat però no van més enllà ni indaguen més; altres hi estan còmodes i, a més, el potencien, i altres es limiten a exercir les actuacions encomanades sense qüestionar allò que duen a terme.

En relació amb els mitjans de comunicació, els tradicionals, com la televisió, ràdio i premsa continuen sent els favorits per informar moltes persones. Pel que fa a Internet, hi són habituals les consultes, però no sempre es consulta tot. En ocasions

poden causar malestar en els professionals, que afirmen que distorsionen la informació i senten envaït el seu camp professional.

Les relacions entre els professionals i usuaris són complexes. Si bé tots culturalment comparteixen valors i aspectes, també en difereixen en altres. Uns i altres tenen els seus interessos, que es poden posar de manifest en les relacions, i no s'expliciten de manera totalment oberta i sincera. El que més destaquen els usuaris de l'assistència i de les relacions és el tracte humà. Aspectes com l'amabilitat, la delicadesa, el fet d'escoltar, o la comprensió dels professionals els han posat en relleu. Tot i que afirmen que es donen, alhora en ressalten la mancança. També, alguns se senten jutjats, fiscalitzats o coaccionats pel sistema i pels professionals. En canvi, els aspectes tècnics han estat poc esmentats.

Malgrat que, actualment s'està intentant transformar el model paternalista en un model de col·laboració, les relacions entre les dues parts continuen sent de poder, paternalistes, potenciades pel mateix sistema. Algunes persones reclamen més llibertat per decidir; altres continuen volent i desitjant aquest paternalisme, atès que es troben indefenses i desorientades en un procés en el qual elles creuen que no tenen coneixements ni de salut/malaltia ni mèdics i ho fien tot a la decisió dels professionals.

Els usuaris no sempre se senten satisfets en les seves demanades i necessitats; tampoc els professionals. Les dues parts formen part d'un sistema en què sovint cap de les dues es troba totalment a gust, i ambdues n'estan descontentes i insatisfetes.

CAPÍTOL 10. CONCLUSIONS

Quan crèiem que teníem totes les respostes,
de cop, canviaren totes les preguntes.

Mario Benedetti

Aquesta etnografia tracta de comprendre i analitzar, des del punt de vista profà, els significats i les experiències en la salut i la malaltia, les causalitats que s'atribueixen al fet d'estar sa i malalt, les pràctiques o atencions i les relacions en el sistema sanitari.

Pel que fa a les definicions i concepcions sobre salut i malaltia, els factors biològics no són el que primer ni més es remarca, sinó les vivències que s'experimenten. Inclouen diversitat d'idees que van des del que és més important, principal, millor o el tot, fins al pitjor o més dolent. També es contraposen: la salut és vida, allò realment positiu, felicitat i alegria; la malaltia es vincula amb la mort, al que és negatiu, dolent i fosc; o formen part del camí de la vida en què es viuen moments diferents. Una part essencial del relat són les emocions i els sentiments; en destaquen els negatius, també els positius. El dolor apareix poc; en canvi, es remarca el patiment. El mot *dolor* encobreix patiment en les situacions penoses. Quan afecta l'entorn, estem malalts. Tampoc depèn sempre d'un diagnòstic o d'etiqueta. La salut és normalitat; la malaltia, no ser útil, sentir-se diferent, inútil o quedar exclòs del grup, ser una nosa. En la solitud profunda, de desemparament i desarrelament, la malaltia significa fugida, escapada o evasió. Quan s'anul·len les capacitats, cognitives o físiques, la vida perd sentit, es deixa de ser persona i es pertany a un altre món: s'és un vegetal. En conclusió, les interpretacions en la salut i la malaltia presenten una gran complexitat i diversitat de perspectives: biològiques, psíquiques, mentals, espirituals o filosòfiques. Es construeix un relat partint de les creences i les experiències viscudes, pròpies o de l'entorn, s'estableixen connexions amb tot el que envolta i un hi dona una significació en què se sent representat i identificat. És a dir, la influència del context familiar i social, de l'educació, de les experiències, de les pors i de quelcom innat, inclinen cap a una o altra posició; així, la biografia és fonamental perquè els significats i les interpretacions siguin úniques i intransferibles. Tots aquest factors fan que hi hagi individus amb mentalitat més predisposada a sentir-se sans o malalts, amb relació al que s'entén per placebo o nocevo, atès que la mateixa alteració la viuen de forma positiva o negativa. També hi ha una adaptació constant a les situacions que es viuen, ja que les interpretacions poden ser sensiblement diferents en una conversa. Així, la percepció del grau de salut o malaltia es defineix amb diferències i contradiccions, o es relatarà més o menys salut o malaltia depenent d'on se situï l'accent, l'estat d'ànim i les expectatives. Són situacions dinàmiques, canviant, subjectives i en constant evolució. O sigui, la salut i la malaltia no es limiten a una

única dissertació. A més de ser valors socialment construïts, tenen una part intrínseca d'individualitat en constant transformació que fa que no hi hagi una idea compartida per tothom i arreu, per la qual cosa generalment són valors incommensurables.

Pel que fa a les etiologies, es reconeixen les biomèdiques, principalment les genètiques i hereditàries. Es remarca l'enfocament de les ciències socials: l'entorn social, familiar, econòmic, laboral, l'estrès, la soledat i el poc suport. També el món interior i mental: els pensaments i les actituds propicien a curar-se o fan emmalaltir. Així com la iatrogènia del sistema sanitari i les praxis professionals. Es reconeixen com a causalitats fets ocorreguts i viscuts de forma punyent i negativa. També esferes com Déu, l'espiritualitat, la sort, el destí i l'atzar, les quals són transversals, apareixen en les vivències, causalitats i teràpies. També la transgressió de les normes: al desobeir-les, s'emmalalteix o no es recupera la salut. La desobediència es vincula amb la culpa i es reforça quan es renya pel que s'ha fet o no s'ha fet. La culpa condueix que certes malalties siguin una cosa lletja, a l'estigma i al tabú. També l'àmbit popular, en la creença en el mal d'ull. En els processos complexos hi apareix la multicausalitat. Per altres, ni ells, ni els metges ni la biomedicina les coneixen. En conclusió, les causalitats són diverses i complexes, es reconeixen les del camp biomèdic, però en les que defensa el camp social,—més individus s'hi senten reconeguts i identificats. Uns les situen exclusivament en l'esfera biomèdica per altres, se'n necessiten dos o més tipus que poden estar en el mateix pla i tenen la mateixa importància; o que se'n necessiti una de principal i una de secundària. Poden provenir de l'àmbit biomèdic, social o místico-religiós o cosmològic, i qualsevol pot estar en una o altra posició. Així, es reconeixen les explicacions biomèdiques, però el fet de no solucionar tots els problemes i de no respondre tots els interrogants crea un buit en l'individu, per la qual cosa busca l'explicació en altres dimensions com l'espiritualitat, Déu, la sort, el destí o l'atzar. Al no haver-hi una explicació convincent científicament, i també fruit de la cultura, es creu que les malalties obeeixen a una font desconeguda, relacionada amb el món del més enllà, que no està a l'abast de la dimensió humana i que s'escapa del control. En la visió més holística de l'individu, en què destaca la complexitat de l'ésser i que traspassa la dimensió física i biològica, hi trobem una explicació al fet que es cregui que les causalitats involucrin factors que s'escapen al coneixement, esferes que no pot abastar. A més, l'individu, en els moments de malaltia, sent desemparament i desarrelament, i busca assossec i explicacions en

l'àmbit que més creu que les hi pot donar. Malgrat l'hegemonia biomèdica, no tothom ha integrat de forma absoluta i total els seus postulats, se cerquen causalitats multifactorials i holístiques en la mateixa línia a la manera com s'entén la magnitud de l'ésser humà. Així doncs, hi continua sincretisme en l'esfera social amb relació a les causalitats, és a dir, seguim compartim amb les societats "primitives" aspectes relacionats amb les malalties, en especial amb les causes.

Quant al concepte d'urgència, són situacions que es perceben com estar al límit, que s'associen amb símptomes com hemorràgies, ofec, febre, dolor o invalidants, coincidint amb visió biomèdica. La gravetat és conseqüència d'una urgència no resolta i vinculada a la mort. Urgència també és una necessitat sense especificar. Englobats en aquest paraigües hi ha una dificultat, un imprevist, un fet que no se sap o no es pot controlar, desesperació, inseguretat, por, quelcom desconegut o experiències prèvies negatives. Els motius per acudir al SUH coincideixen amb la idea d'urgència, com a porta d'entrada a l'hospital o pels aspectes organitzatius del mateix sistema, i també són rellevants per les tecnologies. Sovint s'és conscient que la situació no és una urgència des de la perspectiva mèdica o biològica i no compromet la vida; no obstant això, apareix la sensació d'un gran malestar que porta a la necessitat d'obtenir una opinió professional de forma immediata. L'alta freqüentació té lloc per problemes mèdics o per què no es troba solució al trastorn, sigui lleu o greu, i s'acut al servei repetidament; també per problemes d'índole social com addiccions, soledat o aspectes econòmics, problemàtiques derivades de les desigualtats i de la iniquitat social. En conclusió, un dels motius importants per acudir al SUH té relació amb aquestes necessitats inconcretas. En la seva creació hi té un paper rellevant el mateix sistema sanitari, que difon la recomanació, amb insistència i persistència, que s'hi ha d'acudir sempre i ràpid davant del mínim dubte o davant de l'aparició de quelcom que no sigui conegut per l'individu; també que tot es pot diagnosticar i solucionar ràpidament, i així crea falses expectatives i esperances que no es corresponen amb la realitat posterior. A més, aquesta perseverança en les recomanacions ha propiciat que algunes persones s'espantin per l'aparició de problemes poc rellevants des del punt de vista biològic o mèdic, i tendeixin a maximitzar-los. Aquí hi prenen rellevància les subjectivitats individuals i modelades per la biografia, i cada persona les percep diferent. Acudir a una consulta mèdica urgent té el fi de buscar tranquil·litat a la necessitat, i, amagades al darrere, hi trobem la por i les inseguretats. La por és intrínseca a l'individu, també és extrínseca i social, potenciada pels mitjans de comunicació, el

sistema sanitari, els professionals i l'entorn, és a dir, la por forma part de tot l'entrellat social. A més, en el procés de biomedicalització els SUH i els hospitals ocupen el lloc que anteriorment corresponia a l'àmbit familiar, a l'Església o a altres esferes socials, en què es resolien les problemàtiques. Ara, els SUH i els hospitals han de complir una funció social per a la qual no han estat dissenyats, ni els professionals han estat preparats, fet que porta incomprensió i malestar a ambdues parts. També es pot parlar de la "cultura d'anar a urgències", per pal·liar les mancances del camp social, per les necessitats creades o com un mer consum en recursos sanitaris de la mateixa manera que en altres esferes.

Respecte a les pràctiques i atencions, s'inicien amb l'autoatenció i autodiagnòstic, i s'acut al sector professional, sigui oficial o alternatiu, quan es considera necessari i adequat. Alguns hi van ràpidament i per a tots els problemes, sols no hi van de forma excepcional, altres no hi van mai o excepcionalment; alguns han tingut pocs problemes, altres molts, però han pres la decisió conscientment i voluntària. Amb relació al no compliment terapèutic, es dona perquè no ha resolt el trastorn, per la negació a prendre fàrmacs de la IQF, per les contradiccions que s'observen en el sistema o en els professionals, o pels efectes provocats per la medicació, que són més molestos que els de la malaltia. Els motius per acudir a les MAC coincideixen amb els de no seguir la teràpia mèdica, també es basen en la preferència per una tècnica menys invasiva, més natural i humanística, alhora que per alguns cap tractament té una eficàcia total. També són importants les tecnologies. Com en altres camps, es consideren necessàries i causen fascinació, tant als usuaris com als professionals; per tots, a més de l'ull clínic, es requereix l'ull tecnològic, fins i tot l'ha substituït. Es creu que la persona es pot equivocar, però la imatge i el valor analític són infalibles. En paral·lel, es valoren les insubstituïbles relacions humanes, a les quals alguns donen poca importància; per altres pren dramatisme la mancança. En les situacions de malaltia la necessitat del contacte humà, de ser escoltat, comprès i el fet d'obtenir suport sincer és essencial. En conclusió, les raons per acudir al sistema sanitari són diverses: pel convenciment i confiança en el model, per les pressions o perquè s'hi senten obligats per la família o entorn, pel costum social, perquè no es coneix una altra possibilitat de teràpia, o pels aspectes burocràtics i administratius. Tot i que es cregui en causalitats diferents a les biomèdiques, paral·lelament es pot creure que els metges, les tecnologies i els medicaments poden resoldre o pal·liar el trastorn, sobretot en una urgència. Així, s'acut al metge però no sempre hi ha convenciment, no hi ha compliment terapèutic

o hi és amb dubtes; també anar al metge és complir amb una obligació social, fins i tot moral, per la qual cosa no haver anat al metge es pot convertir en culpa, atès que és el que s'ha consensuat socialment. La realitat però, és que ni s'hi volia anar ni es tenia intenció de seguir cap teràpia; al mateix temps, les pressions de l'entorn i el desconeixement sobre el que pot succeir, si es desobeeix la línia oficial i hegemònica i es va a contracorrent, crea més incertesa, inseguretats, i el pes de la por a l'equivocació és més intens. Així, una diferència entre els que consulten molt sovint i els que gairebé mai, no és solament que uns no tenen problemes i els altres molts. El que marca la diferència és que uns els consulten tots i els altres molt poc o mai. Els primers tenen la convicció que la biomedicina els ho solucionarà "tot", i els segons en dubten i ho qüestionen. A més, defensen que cap actuació està exempta de riscos, per la qual cosa prefereixen actuar per més omissió que per acció.

L'últim punt fa referència als espais assistencials i a la complexitat de les relacions. Respecte dels hospitals, continuen presentant algunes característiques de les institucions totals, no són tancats a l'entorn social però miren amb molt recel els qui s'hi mouen o els qui el qüestionen. Un altre punt és que les institucions sanitàries han de complir directrius com l'augment constant de productivitat o les modes, talment com els altres sectors mercantils. A més, el sistema sanitari continua impregnat de les relacions jeràrquiques i de poder, les quals es donen entre els professionals i els malalts, també entre els diferents grups professionals. També, es continua potenciant i refermant la idea que els professionals tenen l'exclusivitat del coneixement sobre el cos i la salut/malaltia, i el paternalisme continua present en les relacions entre professionals i malalts, un poder i paternalisme que té autoritat per pressionar, allisonar o renyar; per alguns és rebutjat, i per altres acceptat. En aquest context jeràrquic, el rol del metge continua relacionat amb el poder i prestigi, i el de la infermera és subordinat i secundari. D'altra banda, en el context social de consum, els professionals també es veuen afectats pels dictàmens i imposicions del sistema capitalista en aspectes com la formació de postgrau o l'obtenció de currículum. En conclusió, el fet que les institucions sanitàries són una part més del sistema econòmic capitalista fa que reproduïxin les relacions de poder i jeràrquiques, les quals són una conseqüència del patriarcat encara dominant en la societat, que, malgrat els esforços que alguns sectors hi fan en contra continua promovent aquest paternalisme. Un poder i paternalisme que indueix els individus a creure's ignorants i, en conseqüència, a

ser submisos. Aquest paternalisme que s'accepta és volgut i desitjat, ja que si un es creu ignorant, a la vegada se sent indefens, desorientat i desemparat; llavors es busca un professional que prengui la decisió. Altrament, aquestes relacions actuen com un fre per a la verdadera comunicació i discussió entre totes les parts, tant entre professionals i malalts com entre professionals. L'objectiu de les relacions de poder, jeràrquiques i paternalistes és crear dependència vers el sistema; tanmateix, no sempre l'assoleixen. Això s'observa especialment en els esforços que es fan en l'adherència terapèutica, la qual és un paternalisme encobert i una forma d'exercir poder, entrant en contradicció amb el discurs mèdic i social sobre la pretesa autonomia i empoderament de l'individu. Quant a la submissió professional de la infermera al metge, en què prioritza el no enfrontament i amb la no defensa de posicions teòriques pròpies, el resultat afecta les funcions i el rol de les infermeres, atès que condicionen les actuacions respecte del benestar del malalt. Alhora, les infermeres fan de mur de contenció entre els metges i els malalts. Aquestes relacions de poder del funcionament del sistema sanitari, malgrat els discursos dominants que intenten suavitzar-les, tendeixen a enfortir-se, degut especialment a les polítiques que dicten els centres de poder. Unes relacions i decisions que són poc debatudes seriosament en la majoria d'àmbits socials, però ho són per un sector de la població, tant entre els usuaris com per una part petita de professionals.

Com a conclusions finals, cal dir que la visió més holística, sistèmica i espiritual, que es té pel que fa al cos, especialment en la malaltia, sovint xoca amb el paradigma biomèdic, mecanicista i reduccionista. Es posa en evidència que la biomedicina continua considerant el cos físic o biològic com una entitat deslligada de la seva essència, deixant de banda els aspectes socials, mentals, psíquics i espirituals. El fet que no solament no es tenen en consideració, sinó que s'ignoren, es ridiculitzen i deslegitimen, porta al distanciament entre el camp professional i el profà. Tot i que professionalment en ocasions es tinguin en compte, se'ls adjudica un rol totalment secundari i deslligat de la malaltia, alhora ocupen un lloc preeminent en les creences de l'individu, i és aquí on està la diferència i la distància. Pel sector profà, aquesta complexitat que no atén la biomedicina afecta tot el procés, tant pel que fa a les vivències com a les causalitats i les teràpies. Es tendeix en tot moment a tenir una mirada més àmplia, es veuen més esferes i la malaltia com un procés que les interconnecta. En les situacions de malaltia els individus són observadors atents i minuciosos de tot allò que succeeix al seu voltant, de tot el que es diu o no es diu, del que els professionals fan o no fan, la

qual cosa els genera dubtes i interrogants. I allò que alguns intueixen, observen i comproven és que el sistema no dona resposta a tots els problemes. Hi observen incongruències, contradiccions i incoherències, alhora que, ells també les presenten en les seves actuacions. La dissonància i els dubtes hi són presents.

Una altra qüestió és que el fet que el sistema sanitari biomèdic estigui incardinat en el sistema capitalista neoliberal, l'ha convertit en un consum més en la societat, de la mateixa manera que en els altres sectors i amb un fort component ideològic. Tanmateix, malgrat la gran quantitat de recursos que s'hi destinen que van a l'alça, la publicitat i les pressions ideològiques que s'hi exerceixen, no ha assolit la confiança total, ja que hi ha un percentatge de persones de totes les edats que fan ús escàs o nul dels serveis sanitaris. A més, aquest model ha propiciat una massificació en l'assistència i les atencions comparable a la producció del model industrial en cadena. Això fa que algunes persones desisteixin d'acudir-hi, escollint altres alternatives, també, que molts professionals no se senten còmodes en la professió. Possiblement, es tendeix a la polarització, en què cada vegada hi ha més individus en els punts distants. Mentre que uns hi confien plenament, s'hi senten segurs, protegits, identificats i els dona confort, altres el perceben com un espai d'agressió, inseguretats i insatisfacció. És dir, uns se n'allunyen i altres s'hi aferren. En aquest context hi té un paper rellevant la por, la qual està en el rerefons de la majoria de les actuacions i decisions que es prenen. La por porta a actuar en una altra direcció. I el que hi ha al darrere de la "por", és por a la mort, por a morir.

Així, trobem resistències i addiccions cap al sistema sanitari, resistències frontals com negar-se a acudir-hi, a realitzar-se proves diagnòstiques o assumir un ingrés hospitalari, o encobertes, com no seguir amb rigor un tractament o les recomanacions mèdiques. Al darrere hi ha desconfiança cap al model i sistema, la qual cosa porta a optar per altres vies com romandre en l'autoatenció o acudir a una MAC. El que alguns cerquen és llibertat de decisió, no sentir-se controlats, fiscalitzats o manipulats. El fet que la biomedicina tingui més poder coercitiu fa que s'hagin de donar massa explicacions, cosa que fa sentir els individus pressionats i coaccionats, i és un motiu que propicia resistències. Pel que fa a les addiccions, a més de factors com l'ús abusiu en les visites o l'excés de medicació, també es pot veure com una addicció la dependència que crea el sistema *per se*, com és el fet d'acudir-hi per tots els problemes i de forma ràpida o immediata. És a dir, per la necessitat creada, i creient que no es tenen coneixements ni capacitat de decisió, fiant la mateixa salut exclusivament al sector professional. A més, el fet

que la biomedicina centra l'atenció en la part tecnològica, que és volguda i desitjada, paral·lelament, ha portat a descuidar la vessant humanística, la qual igualment és volguda i desitjada. Malgrat descriure el cos com una màquina, aquesta té incorporades les vessants psíquica, emocional i espiritual, les quals són inseparables i indestriables. Un repte tan difícil com imprescindible és buscar equilibri entre les dues parts.

Aquestes diferències en la manera de concebre la salut i la malaltia impliquen percebre la mateixa situació com a realitats o universos paral·lels entre professionals i usuaris. Això vol dir que hi ha un distanciament entre les dues parts. En algunes circumstàncies es busquen explicacions, serenes o que assossequin els neguits, fora del sistema biomèdic d'acord amb la cosmovisió de cadascú. El fet que la biomedicina no sigui una ciència exacta i que majorment treballi amb hipòtesis, no sobre lleis fermes, contribueix a aquesta dissensió entre les dues parts, ja que no pot explicar de manera precisa molts trastorns. Al no donar sempre una explicació real i convincent, el que alguns interpreten o intueixen és que una part de la medicina no està exempta de dogmatisme o màgia, mentre que altres hi confien plenament, els resol els dubtes i els aporta tranquil·litat.

Finalment, cal ressaltar que aquesta diversitat d'opinions que s'han exposat, s'han copsat en tots els grups socials i nivells educatius, i no solament en l'àmbit profà. També en ocasions entre els mateixos professionals, tant en la seva perspectiva professional, com, especialment, quan passen per processos de malaltia.

El món biomèdic té sovint la certesa que aquest paradigma pot explicar tot allò que incumbeix al cos humà, que investigant més els nous descobriments permetran conèixer totes les malalties, s'hi podrà fer front, dominar-les i es podrà aspirar al control absolut sobre el cos. Francis Fukuyama, en l'obra *El Fin de la Historia y el Último Hombre*, defensa que després de la Guerra Freda sols es pot aspirar a una democràcia liberal i a un món dominat per l'economia de mercat, que tot està ja inventat i sols cal perfeccionar-ho. En aquesta obra hi trobo un paral·lisme amb el pensament biomèdic, que també creu que més enllà d'aquest àmbit sols hi ha el buit i que tot s'explica dins del seu paradigma. De la mateixa manera que en el món econòmic, en la salut/malaltia no som al final de la història. Seguint Thomas Kuhn, prosperaran nous paradigmes que aportaran noves respostes. De moment, però, la biomedicina ocupa la centralitat en la representació social englobant tots

els altres camps, exercint control social a través del cos mitjançant la por i la inseguretat. La salut, la malaltia i les pràctiques no són només una qüestió mèdica, sinó un complex fenomen social i dominat pel poder i el factor ideològic.

Per acabar, cal dir que aquesta tesi presenta algunes limitacions. Com a més important, que es tracta d'un treball etnogràfic ampli, per la qual cosa no pot abordar amb detall i profunditat totes i cadascuna de les esferes que s'analitzen; per tant, forçosament hi ha mancances. Alhora, el fet d'analitzar una globalitat ajuda a comprendre millor les experiències i els comportaments en l'àmbit de la salut, la malaltia i les atencions, així com les contradiccions del sistema i de les persones. Una altra qüestió, com ja s'ha dit, és que l'autora exerceix professionalment al sistema sanitari; per tant, en té formada l'opinió de l'entrellat; a més, forma part d'una de les dues professions analitzades: la considerada feble i subordinada. Això s'ha tingut en compte intentant que distorsionés el treball tan poc com es pogués. Per últim dir, que com infermera, també he intentat humilment contribuir al coneixement de la professió, doncs saber les vivències i experiències de les persones en la salut i la malaltia, les seves creences en les etiologies, el perquè prefereixen unes atencions o pràctiques terapèutiques, o la seva visió del món sanitari, pot ajudar a les professionals a cuidar en el dia a dia.

CAPÍTOL 11. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Acebedo, J.C. (2013). Ronald Melzack and Patrick Wall. La teoría de la compuerta. Más allá del concepto científico dos universos científicos dedicados al entendimiento del dolor. *Rev Soc Esp Dolor*, 20 (4), 191- 202.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462013000400008>
- Ackerknecht, E. H. (1985) [1971]. *Medicina y antropología social*. Madrid: Akal Universitaria.
- Ágreda, J., & Yanguas, E. (2001). El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. *Anales Sis San Navarra*, 24 (2), 65-72.
<http://dx.doi.org/10.23938/ASSN.0425>.
- Allende, S. (1939). *La realidad médico-social chilena*. Disponible en <https://doi.org/10.34720/mj3z-6m24>
- Allué, M. (2004) [1996]. *Perder la Piel* (7a. Ed.). Barcelona: Ed. Planeta/Seix Barral.
- Allué, X. (1999). *Urgencias abierto de 0 a 24 horas. Factores socioculturales en la oferta y la demanda de las urgencias pediátricas*. Zaragoza: Mira Editores S.A.
- Allué, X. (2009). Nurses. EN: Comelles, J. & Martorell, M.A. & Bernal, M. (Eds.), *Enfermería y antropología* (pp. 57-66). Barcelona: Icaria editorial.
- Alonso, M., Hernández, R., Del Busto, F., & Cueto, A. (1993). Utilización de un servicio de urgencias hospitalario. *Rev. San Hig Púb*, 67, 39-45.
- Amades, J. (2003) [1950]. *Costumari Català. El curs de l'Any*. Barcelona: Salvat Editores, S.A.
- Arce, A., Luaces, C., García, J.J., & Pou, J. (2002). ¿Paciente o impacientes? Por qué se van sin recibir asistencia médica de un Servicio de urgencias pediátricas. *Emergencias*, 14, 69-73.
- Arillo, A., Vilches, C., Mayor, M., Gurpegui, J. R., Arroyo, C., & Estremera, V. (2006). Pacientes hiperfrecuentadores y difíciles: ¿cómo se sienten tratados por sus médicos? *Anales Sis San Navarra*, 29 (1), 47-58.
<https://doi.org/10.4321/s1137-66272006000100005>

- Augé, M. (2008)[1992]. *Los no lugares. Espacios del anonimato. Una antropología sobre la modernidad*. Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.
- Baer, R.D., Weller, S.C., González-Faraco, J.C., & Feria-Martín, J. (2006). Las enfermedades populares en la cultura española actual: un estudio comparado sobre el mal de ojo. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 61 (1), 139-156. <https://doi.org/10.3989/rdtp.2006.v61.i1.5>
- Barr, J., Berkovitch, M., Matras, H., Kocer, E., Greenberg, R., & Eshel, G. (2000). Talismans and Amulets in the Pediatric Intensive Care Unit: Legendary Powers in Contemporary Medicine. *Isr Med Assoc J*, 2 (4), 278-81.
- Barrett, R., & Brown, P.J. (2008). Stigma in the Time of Influenza: Social and Institutional Responses to Pandemic Emergences. *The Journal of Infectious Diseases*, 197 (1). <https://doi.org/10.1086/524986>
- Barsky, A.J. (1988). The paradox of the health. *New England Journal of Medicine*, 318, 414-418.
- Bayles, B.P., & Katerndahl, D.A. (2009). Culture-Bound Syndromes in Hispanic Primary Care Patients. *INT'L. J. Psychiatry in Medicine*, 39 (1), 15-31. <https://doi.org/10.2190/PM.39.1.b>
- Berkman, L.F., & Syme, S.L. (1979). Social Networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda county residents. *American Journal of Epidemiology*, 109 (2), 186-204. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112674>
- Berkman, L.F. (1984). Assessing the Physical Health effects of Social Networks and Social Support. *Annual Review of Public Health*, 5, 413-32. <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.pu.05.050184.002213>
- Berkman, L.F., Glass, T., Brisette, I., & Seeman, T.E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, 843-857. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4)
- Berliner, H. (1988). Una perspectiva más amplia sobre el informe de Flexner. Extractado y traducido del Internacional *Journal of Health Services*, 5.

- NY 1975. En: II Jornadas de A.P.S. – CONAMER- A.R.H.N.R.G. 30/04 al 07/05/1988. Bs. As.
- Blech, J. (2005) [2003]. *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona: Ediciones Destino. Círculo de Lectores.
- Bobrow, R.S. (2008). *El médico perplejo. Casos que la medicina (aún) no se explica*. (4a. Ed.). Barcelona: Alba Editorial, s.l.u.
- Bonafont X., & Costa J. (2004). Adherencia al tratamiento farmacológico. *Butlletí d'informació terapèutica*, 16 (3), 9-14. Disponible a: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/esbit304.pdf>.
- Boscoboinik, A. (2016). ¿Por qué estudiar los miedos desde la antropología? *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 16, 119-136. <https://doi.org/10.17345/aec16.119-136>
- Bourdieu, P. (2000) [1998]. *La dominació masculina*. Barcelona: Edicions 62, S.A.
- Brauna, T., García, L., Krafft, T., & Díaz-Regañón, G. (2002). Frecuentación del servicio de urgencias y factores sociodemográficos. *Gac Sanit*, 16 (2), 139-44. [https://doi.org/10.1016/s0213-9111\(02\)71645-2](https://doi.org/10.1016/s0213-9111(02)71645-2)
- Bynum, B. (2008). The art of medicine. The Mckeown thesis. *The Lancet*, 371 (23), 644-645. DOI: [10.1016/s0140-6736\(08\)60292-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60292-5)
- Caminal, J. (2005). ¿Medicinas complementarias o alternativas? Un dilema para el sistema público. *Aten Primaria*, 35 (8), 389-391. <https://doi.org/10.1157/13074790>
- Campbell, E. J. M., Scadding, J.G., & Roberts, R. S. (1979). The concept of disease. *British Medical Journal*, 2, 757-762. doi: [10.1136/bmj.2.6193.757](https://doi.org/10.1136/bmj.2.6193.757)
- Canals, J. (2009). Vía crucis en urgencias. EN: Comelles, J., Martorell, M.A & Bernal M. (Eds.), *Enfermería y antropología* (pp. 67-83). Barcelona: Icaria editorial.
- Canguilhem, G. (1971) [1966]. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores S.A.
- Cantero, J., Sánchez-Cantalejo, E., Martínez, J., Maeso, J., Rodríguez, J.J., Prieto M.A., & Jiménez, J.M. (2001). Inadecuación de las visitas a un servicio de

urgencias hospitalario y factores asociados. *Atención Primaria*, 28 (5), 326-332. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)70384-8](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70384-8)

Capdevila, C. (2017). *La vida que aprenc*. Barcelona: Editorial Arcàdia.

Carreras, M. (1992a). *Elements d'història de Sabadell*. Vol 1. Sabadell:Caixa d'Estalvis de Sabadell; [Edició facsímil de 1967, a la vegada edició de la primera publicació feta a Sabadell l'any 1932 per iniciativa de la Comissió de Cultura de l'Ajuntament de Sabadell].

Carreras, M. (1992b). *Elements d'història de Sabadell*. Vol 2. Sabadell:Caixa d'Estalvis de Sabadell; [Edició facsímil de 1967, a la vegada edició de la primera publicació feta a Sabadell l'any 1932 per iniciativa de la Comissió de Cultura de l'Ajuntament de Sabadell].

Casado, M. (2002). ¿Por qué bioética y derecho?. *Acta Bioethica*, 8 (2), 183-193.

Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104 (2), 107-123. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112281>

Castel, R. (1986). De la peligrosidad al riesgo. EN: Alvarez-Uria F. & Varela J. (eds), *Materiales de sociología crítica* (pp. 219-243). Madrid: La Piqueta.

Castell, P. (2013). La demonización de las prácticas mágico-medicinales femeninas (siglos XIV-XVI). *Stud. hist., Hª. mediev*, 31, 233-244.

Cea d'Ancona, M. (1996). *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis.

Chomsky, N., & Ramonet, I. (2002)[1995]. *Cómo nos venden la moto. información, poder y concentración de medios*. Barcelona: Editorial Icaria, Más Madera.

Christakis, N. A. (2004). Social networks and collateral health effects. *BMJ*, 329, 184-5.

Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>

- Colgrove, J. (2002). The Mckeown Thesis: A Historical Controversy and its Enduring Influence. *American Journal of Public Health*, 92 (5), 725-729. <https://doi.org/10.2105/ajph.92.5.725>
- Comelles, J. M^a, & Martínez, Á. (1993). *Enfermedad, Cultura y Sociedad*. Madrid: Eudema, S.A.
- Comelles, J.M., & Perdiguero, E. (2014). El folclore médico en la nueva agenda de la antropología médica y de la historia de la medicina. En: Uribe, J.M., & Perdiguero E. (eds.). *Antropología médica en la Europa Meridional. 30 años de debate sobre pluralismo asistencial* (pp. 11-49). Tarragona: Publicacions URV.
- Cots, F., Castells, X., & Garcia, O., Riu, M., Felipe, A., & Vall, O. (2007). Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain). *BMC Health Services Research*, 7, 9. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-9>
- Crespo, E. (2015). *Percepciones de las mujeres, parejas y profesionales durante el embarazo, parto y postparto tras someterse a técnicas de reproducción asistida*. (Tesi doctoral). Universitat de Barcelona.
- Csordas, T. J. (1994). *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge University Press.
- Csordas, T. J. (2002). *Body, meaning, healing*. US: Palgrave MacMillan.
- De la Cuesta, C. (2007). El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. *Invest Educ Enferm*, 25 (1), 106-112.
- Delvecchio, M.J., Brodwin, P.E., Good B. J., & Kleinman, A. (1992). *Pain as Human Experience. An Anthropological perspective*. University of California Press.
- De Miguel, J. M. (1976). *La Reforma Sanitaria en España. El capital humano en el sector sanitario*. Madrid: Editorial Cambio 16.
- DiGiacomo, S.M. (1992). Metaphor as Illness: Postmodern dilemmas in the representation of body, mind and disorder. *Medical Anthropology*, 14, 109-137. <https://doi.org/10.1080/01459740.1992.9966068>
- Domínguez-Alcón, C. (1981). *La enfermería a Catalunya*. Barcelona: Ediciones Rol, S.A.

- Douglas, M. (2007) [1966]. *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Dow, J. (1986). Universal Aspects of Symbolic Healing: A Theoretical Synthesis. *American Anthropologist, New Series*, 88 (1), 56-69.
<http://doi.org/10.1525/aa.1986.88.1.02a00040>
- Duch, Ll. (2002). *Antropología de la vida cotidiana. Simbolismo y salud*. Madrid: Editorial Trotta, S.A.
- Duch, Ll., & Mèlich, J.C. (2005). *Escenarios de la corporeidad. Antropología de la vida cotidiana*. Madrid: Editorial Trotta, S.A.
- Duño, R., Díaz-Morán, S., Oliva, J., Tobeña, A., & Iglesias-Lepine, M. L. (2014). Religiosidad y empatía en profesionales de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*, 26, 363-366.
- Durkheim, É. (2003)[1897]. *El suicidio* (6ª Ed.). Madrid: Ediciones Akal.
- Elias, N. (1987)[1982]. *La soledad de los moribundos* (2a. Ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Ellis-Stoll, C.C., & Popkess-Vawter, S. (1998). A Concept Analysis on the Process of Empowerment. *Advances in Nursing Science*, 21 (2), 62-68.
<https://doi.org/10.1097/00012272-199812000-00007>
- Emmanuel, J.E., & Emmanuel, L.L. (1992). Four Models of the Physician-Patient Relationship. *Journal of the American Medical Association*, 267 (16), 2221-2226. <https://doi.org/10.1001/jama.267.16.2221>
- Erkoreka, A. (2005). Mal de ojo: una creencia supersticiosa remota, compleja y aún viva. *Munibe (Antropología-Arqueología)*, 57, 391-400.
- Espinosa, F. (2014). Aproximación teórica al concepto de calidad de vida. Entre las condiciones objetivas externas y la evaluación subjetiva de los individuos. *Revista de Antropología experimental*, 14 (23), 331-347.
- Estrada, J. A. (2008). Antropología, cultura y religión. *Convivium*, 21, 99-120

- Evans, R. G. (2008). Thomas Mckeown, Meet Fidel Castro: Physicians, population Health and the Cuban Paradox. *Health Care Policy*, 3 (4), 21-32. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2008.19916>
- Evans-Pritchard, E.E. (1977)[1937]. *Brujería, magia y oráculos entre los azande* (2a. Ed.). Barcelona: Editorial Anagrama.
- Fernández, R. (2015). *El estudio del apoyo social y la calidad de vida desde las redes personales: el caso del dolor crónico*. (Tesi doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona.
- Fernández, C., Romero, R., Rivas, A., Jiménez, R., Majo, Y., & Aguilar, JM. (2016). Proyecto FIDUR: pacientes hiperfrecuentadores fidelizados en servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*, 28, 16-20.
- Ferràndiz, J. (1983). *Història de l'Hospital i Casa de Beneficència de Sabadell 1283-1983*. Sabadell: Hospital i Casa de Beneficència de Sabadell.
- Ferreres, J., Baños, J.E., & Farré, M. (2004). Efecto nocebo: la otra cara del placebo. *Med Clin Barc*, 122 (13), 511-6. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(04\)74289-X](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(04)74289-X)
- Flores, C. (2011). La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. *Emergencias*, 2011, 23, 59-64.
- Flores, E., Rivas, E., & Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería*, 18 (1). <https://doi.org/10.4067/s0717-95532012000100004>
- Flores-Torres, I., Montalvo-Prieto, A., Herrera-Lian, A., & Romero-Massa, E. (2010). Afectación de los bienestar en cuidadores de niños y adultos con enfermedad crónica. *Rev. salud pública*, 12 (5), 754-764. <https://doi.org/10.1590/s0124-00642010000500006>
- Fons, V. (2002)[1997]. *Vora el mar. Organització de la procreació i estructures domèstiques dels ndowé de Guinea Equatorial*. Universitat Autònoma de Barcelona: Publicacions d'Antropologia Cultural.
- Forcades, T., Caminal, J., Rodríguez, N., & Gutiérrez, T., & Grupo de investigación en MCA. (2007). Efecto placebo frente a efecto terapéutico en la práctica clínica y medicinas complementarias y alternativas. *Atención Primaria*, 39 (2), 99-102. <https://doi.org/10.1157/13098678>

- Foster, G.M. (1953). Relationships between Spanish and Spanish-American Folk Medicine. *The Journal of American Folklore*, 66 (261), 201-217. <https://doi.org/10.2307/537230>
- Foster, G.M. (1972). The Anatomy of Envy: A Study in Symbolic Behaviour. *Current Anthropology*, 13 (2), 165-186. <https://doi.org/10.1086/201267>
- Foster, G. M. (1976). Disease etiologies in non-western medical systems. *American Anthropologist*, 78 (4). <https://doi.org/10.1525/aa.1976.78.4.02a00030>
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11 (1), 3-25.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombre infames*. Argentina: Editorial Altamira.
- Foucault, M. (2001) [1981]. *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Madrid: Alianza Editorial S.A.
- Foucault, M. (2005)[1975]. *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Foucault, M. (2006)[1976]. *Historia de la sexualidad.1. La voluntad de saber* (10a. Ed.). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Foucault, M. (2007) [1966]. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica* (2a. Ed.). Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A.
- Freidson, E. (1978) [1970]. *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Edicions Península.
- Galindo, J.I. (2010). Implicaciones de las creencias religiosas cristianas en la percepción de los creyentes sobre la enfermedad mental y el lugar de los profesionales de la salud. *Cultura, educación, Sociedad (CES)*, 1 (1), 65-73.
- Gallardo, A. (2008). La medicalización de la vida o el triunfo de la medicina. *Rev. S. And. Traum. y Ort*, 26 (1/2), 113-5.
- García-Barbero, M. (2004). La alianza Mundial para la seguridad del paciente. *Monografías humanitas*. Article disponible a: http://www.codeinep.org/alianza_seguridad_paciente.pdf
- García-Blanca, J. (2009). *El rapto de Higea. Mecanismos de poder en el terreno de la salud y la enfermedad*. Barcelona: Virus Editorial.

- García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I., & Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit*, 18 (Supl 2), 83-92. <https://doi.org/10.1157/13061998>
- Gavilán, E. (2014). Es la vida, no un enfermedad. *AFM*, 10 (6), 302-303.
- Geertz, C. (2003)[1973]. *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.
- Gérvas, J., & Pérez-Fernández, M. (1997). Las hiperlipemias y la prevención primaria de la cardiopatía isquémica. *Med Clin*, 109, 549-552.
- Gérvas, J., & Pérez-Fernández, M. (2002). El resultado intermedio como problema clínico y de salud pública. A propósito de la mortalidad por cerivastatina. *Med Clin*, 119 (7), 254-9. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(02\)73379-4](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(02)73379-4)
- Gérvas, J., Pérez-Fernández, M., Palomo-Cobos, M., & Pastor-Sánchez, R. (2005). Veinte años de reforma de la Atención Sanitaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error. Madrid. Ministerio de sanidad y consumo. Disponible a: <http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2010/08/20-anos-de-reforma-de-la-ap-en-espana.pdf>
- Gérvas, J., & Pérez-Fernández, M. (2006). Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac. Sanit*, 20 (3), 66-71. <https://doi.org/10.1157/13101092>
- Gérvas, J. (2007). Malicia sanitaria y prevención cuaternaria. *Gac Med Bilbao*, 104 (3), 93-96. [https://doi.org/10.1016/s0304-4858\(07\)74581-x](https://doi.org/10.1016/s0304-4858(07)74581-x)
- Gérvas, J., Pérez-Fernández, M., & González de Dios, J. (2007). Problemas prácticos y éticos de la prevención secundaria. A propósito de dos ejemplos en pediatría. *Rev Esp Salud Pública*, 81, 345-352. <https://doi.org/10.1590/s1135-57272007000400002>
- Gérvas, J., & Pérez-Fernández, M. (2013a). Cribados: una propuesta de racionalización. *Gac Sanit*, 27 (4), 372-373. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.03.007>
- Gérvas, J., & Pérez-Fernández, M. (2013b). *Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias)*. Barcelona: Editorial Los libros de lince, S.L.
- Gérvas, J., & Pérez-Fernández, M. (2014). Sobrediagnóstico, un problema clínico, ético y social. *FMC*, 21 (3), 137-142.

[https://doi.org/10.1016/s1134-2072\(14\)70724-8](https://doi.org/10.1016/s1134-2072(14)70724-8)

- Gérvás, J. (2015). La Medicina como ciencia: menos arrogancia, que tiene poca ciencia. Disponible a: <http://www.actasanitaria.com/la-medicina-como-ciencia-menos-arrogancia-que-tiene-poca-ciencia/>
- Glasziou, P., Moynihan, R., Richards, T., & Godlee, F. (2013). Too much medicine; too little care. *BMJ*, *347*, f4247. <https://doi.org/10.1136/bmj.f4247>
- Goffman, E. (2004)[1961]. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Madrid: Amorrortu editores, SL.
- Goffman, E. (2006) [1963]. *Estigma. La identidad deteriorada*. Madrid: Amorrortu Editores España, S.L.
- Gómez-Jiménez, J., Becerra, O., Boneu, F., Burgués, Ll., & Pàmies, S. (2006). Análisis de la casuística de los pacientes derivables desde urgencias a atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, *20* (1), 40-6. <https://doi.org/10.1157/13084126>
- González, T. L. (2004). Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, *7* (2), 19-29.
- González, J.A. (2010). Brujas en comunidades rurales: Identidad, poderes y narraciones en un "pueblo de brujas" del centro-occidente español. *Revista de Folklore, II Época*, *348*, 183-187. Valladolid: EDITA: Obra Social y Cultural de Caja España.
- Good, B. J. (2003) [1994]. *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra S. L.
- Gotzsche, P.C. (2014). *Medicamentos que matan y crimen organizado. Cómo las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud*. Barcelona: Los libros del Lince, s.l.
- Gotzsche, P. C. (2016). *Psicofármacos que matan y denegación organizada*. Barcelona: Editorial Los libros del Lince S.L.
- Gracia, A. (2015). Curaciones rituales en la actualidad: El caso del "mal de ojo". *Mitológicas*, *30*, 98-119.
- Gubler, R. (1996). El papel del curandero y la medicina tradicional en Yucatán. *Alteridades*, *6* (12), 11-18.

- Guerrero, P. (2004). Revistas médicas y conflicto de intereses con la industria farmacéutica. *Rev Neurol*, 38, 1-2. <https://doi.org/10.33588/rn.3801.2003537>
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1994). *Etnografía, métodos de investigación*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinvencción de la naturaleza*. Madrid: Ediciones Cátedra S.A.
- Hartzband, P., & Gropman. (2009). Keeping the Patient in the Equation- Humanism and Health Care Reform. *The New England Journal of Medicine*, 361, 554-555. <https://doi.org/10.1056/nejmp0904813>
- Helman, C. G. (2001) [1984]. *Culture, Health and Illness* (4a. Ed.). London: Editorial Arnold.
- Hernando, A. (2018). *La fantasía de la individualidad. Sobre la construcción sociohistórica del sujeto moderno*. Madrid: Editorial Traficantes de sueños.
- Huxley, A. (2010)[1932]. *Un món feliç* (6a. Ed.). Barcelona: Edicions 62, s.a., labutxaca. Proa.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on psychological Science*, 10 (2), 227-237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Idoyaga, A. (2012). Las teorías etiológicas de la enfermedad en sociedades otras y los taxa vernáculos occidentales. *Scripta Ethnologica*, 34, 117-188.
- Idoyaga, A. (2013). Las manifestaciones del mal de ojo en Iberoamérica. Reflexión crítica sobre la posibilidad de orígenes Indoamericanos. *Scripta Ethnologica*, 35, 109-222.
- Idoyaga, A., & Gancedo, M. (2014). El mal de ojo como enfermedad: elite y folklore en Iberoamérica. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 69 (1), 77-93. <https://doi.org/10.3989/rdtp.2014.01.004>
- Illich, I. (1975). *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.
- Informe de Salut. (2014). Departament de Salut, Generalitat de Catalunya Barcelona. Direcció General de Planificació i Recerca en salut. Disponible a:

http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/pla_de_salut/documents/arxius/Informe_salut_2013.pdf.

- Ioannidis J.P.A. (2005). Why most published research findings are false. *PLoS Med* 2 (8): e124. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020124>
- Ioannidis, J.P.A. (2014). How to Make More Published Research True. *PLoS Med* 11 (10): e1001747. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001747>
- Ioannidis, J.P.A. (2016). Why Most Clinical Research Is Not Useful. *PLoS Med* 13 (6): e1002049. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002049>
- Ioannidis, J.P.A., Greenland, S., Hlatky, M., Khoury, J.K., Macleod, M.R., Moer, D., Schulz, K.F., & Tibshirani, R. (2014). Research: increasing value, reducing waste2. Increasing value and reducing waste in resaearch design, conduct, and analysis. *The Lancet*, 383, (9912), 166-175. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62227-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62227-8)
- Isla, P. (2004). ¿Qué es la salud? Percepción comunitaria. *Enfermería Clínica* 2004, 14 (3), 152-156. [https://doi.org/10.1016/s1130-8621\(04\)73874-7](https://doi.org/10.1016/s1130-8621(04)73874-7)
- Jacobson, D. (1987). The Cultural Context of Social Support and Networks. *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, 1, 42-67. <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00030>
- Jaen, M. (2013). Creencias acerca del mal de ojo y de la brujería en Aldealabad del Mirón (Ávila). *Revista de Literaturas Populares*, 13 (2), 329-346.
- Jara, M. (2007). *Traficantes de salud. Cómo nos venden medicamentos peligrosos con la enfermedad* (2a. Ed.). Barcelona: Icaria Editorial S.A.
- Jara, M. (2011). *Laboratorio de médicos. Viaje al interior de la medicina y la industria farmacéutica*. Barcelona: Ediciones Península.
- Jarrod, M., Carretero, J., Closa, R., & Allué, X. (2006). La densidad horaria de pacientes acumulados como indicador de saturación en urgencias. *Emergencias*, 18, 215-18.
- Jiménez, M. F. (2009). *Construcción de la ética asistencial del cuidar en urgencias y emergencias*. (Tesi doctoral). Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.

- Jiménez-Puente, A., Río-Mata, J., Arjona-Huertas, JL., Mora-Ordóñez, B., Nieto-de-Haro, L., Lara-Blanquer, A., Martínez-Reina, A., & Martínez-del-Campo, M. (2015). Causas de los retornos durante las 72 horas siguientes al alta de urgencias. *Emergencias*, 27, 287-23.
- Jin, J., Sklar, G.E., Min Sen Oh, V., & Chuen, L. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Therapeutics and Clinical Risk management*, 4 (1), 269-286. <https://doi.org/10.2147/tcrm.s1458>
- Jodelet, D. (2011). Dynamiques sociales et formes de la peur. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2 (12), 239-256. <https://doi.org/10.3917/nrp.012.0239>
- Jordana, P., Vives, J. M., Sainz, Z., Mejía, I., Ruíz, M. C., & Orfila, F. (2016). Hiperfrecüentació: una aproximació al problema. *Annals de Medicina*, 99, 124-125.
- Juvenal, G.J. (2014). Epigenética: vieja palabra, nuevos conceptos. *Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo*, 51 (2), 66-74.
- Kaminker, P. (2007). Epigenética, ciencia de la adaptación biológica heredable. *Arch Argent Peditr*, 105 (6), 529-531.
- Kaplan, B.H., & Cassel, J.C. (1977). Social Support and Health. *Medical Care*, 15 (5), 47-58.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press.
- Lago, L.M., De Jesus, J., Ghizoni D., Couto, D., Pereira do Nascimento, E.R., Luiz de Albuquerque, G., & Lorenzini, A. (2010). Itinerario terapéutico de los usuarios de una urgencia hospitalaria. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (1), 1283-1291. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232010000700037>
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa. Minister of Supply and Services. Disponible a http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf.
- Laporte, J.R. (2005). Prólogo a la edición de Círculo de Lectores. EN: Blech, J. *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes* (pp.5-18). Barcelona: Ediciones Destino.

- Laporte, J.R. & Bosch, M. (2012). Crisis y política de medicamentos. *Atención Primaria*, 44 (6), 306-308. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.03.006>
- La Salut a Barcelona. (2012). Agència de Salut Pública. Consorci sanitari de Barcelona. Departament de Recerca i Coneixement, Ajuntament de Barcelona. Disponible a:
<https://bcnroc.ajuntament.barcelona.cat/jspui/bitstream/11703/92324/1/13017.pdf>
- Lazarou, J., Pomeranz, B.H. & Corey, P.N. (1998). Incidence of Adverse Drug Reactions in Hospitalized Patients. A Meta-analysis of Prospective Studies. *JAMA*, 279 (15), 1200-1205. <https://doi.org/10.1001/jama.279.15.1200>
- Leape, L.L. (1994). Error in Medicine. *JAMA*, 272 (23), 1851-1857.
- Le Breton, D. (1999) [1995]. *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- Le Breton, D. (2012)[1990]. *Antropología del cuerpo y la modernidad* (2ª ed.). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Lee, K. (2015). Revealing power in the Truth. Comment on "knowledge, moral claims and the exercise of power in global health". *Int J Health Policy Manag*, 4 (4), 257-259. [10.15171/IJHPM.2015.42](https://doi.org/10.15171/IJHPM.2015.42)
- Leininger, M., & McFarland, M.R. (2002) [1978]. *Transcultural Nursing. Concepts, theories, research & practice* (3rd ed.). McGraw-Hill Medical Publishing Division.
- Lévi-Strauss, C. (1987)[1974]. *Antropología Estructural*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Lewontin, R.C., Rose, S., & Kamin, L.J. (2013)[1984]. *No está en los genes. Racismo, genética e ideología*. Barcelona. Black Print.
- Lipton, B.H. (2007). *La biología de la creencia. La liberación del poder de la conciencia, la materia y los milagros* (4ª ed.). Madrid: La Esfera de los Libros, S.L.
- Llorede-Garcia, J.M. (2017). Religion, Spirituality and Folk Medicine/Superstition in a Neonatal Unit. *Journal of Religion and Health*, 56 (6), 2276-2284. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0408-y>
- López, M.J., Orueta, R., Gómez-Caro S., Sánchez, A., Carmona de la Moerana, J., & Alonso, F.J. (2009). El rol de cuidador de personas dependientes y sus

- repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Rev Clin Med Fam*, 2 (7), 332-339. <https://doi.org/10.4321/s1699-695x2009000200004>
- López, N., & Epelde, F. (2010). Valoración del uso que hace la población inmigrante de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*, 22, 109-112.
- Lumbreras, B., & Hernández, I. (2008). El entusiasmo por las pruebas diagnósticas: efectos en la salud y formas de control. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit*, 22 (1), 216-22. [https://doi.org/10.1016/s0213-9111\(08\)76095-3](https://doi.org/10.1016/s0213-9111(08)76095-3)
- Lugo, S., & Pavlicich, V. (2011). Pacientes no atendidos que abandonaron un servicio de urgencias. *Pediatr. Asunción*, 38 (1), 17-22.
- Lunardi, V., Peter, E., & Gastaldo, D. (2006). ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. *Enfermería Clínica*, 16 (5), 268-274. [https://doi.org/10.1016/s1130-8621\(06\)71227-x](https://doi.org/10.1016/s1130-8621(06)71227-x)
- Macia, L. (2001). Especialidades de Enfermería. Una visión de futuro. *Asociación Española de Enfermería en urología*, 81, 11-13.
- Mainetti, J.A. (2006). La medicalización de la vida. *Electroneurobiología*, 14 (3), 71-89.
- Malinowski, B. (2001)[1973]. *Los argonautas del Pacífico occidental. Comercio y aventura entre los indígenas de la Nueva Guinea melanésica*. Barcelona: Ediciones Península S.A.
- Mallart, Ll. (1998). *Sóc fill dels evuzok. La vida d'un antropòleg al Camerun* (2a. Ed.). Barcelona: Edicions La campana.
- Marmot, M. & Wilkinson, R.G. (2006) [1996]. *Social Determinants of Health*. Oxford University Press.
- Márquez, J.J., Domínguez, B., Méndez, J., Gómez, B., Toronjo, S., del Río Morales, E., & Caballero, F. (2007). Diferencias en los motivos de consulta entre pacientes que acuden derivados y por iniciativa propia a un servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de un hospital general. *Emergencias*, 19, 70-76.
- Márquez, I. (2015). *En el boulevard de los sueños rotos. Estudio de caso sobre la enfermedad mental y su tratamiento en una unidad de agudos psiquiátrica*. (Tesi doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona.

- Márquez, S., & Meneu, R. (2003). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión clínica y sanitaria*, 5 (2), 47-53.
- Martín, G., & Cáceres, J.J. (2005). Un método de obtención del patrón estacional de frecuentación de un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Esp Salud Pública*, 79, 5-15.
- Martínez, A. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Rubí (Barcelona): Ed. Anthropos.
- Martínez, A. (2011). La copia de los hechos. La biomedicina, el poder y sus encubrimientos. *Quaderns*, 27, 45-64.
- Martínez-Hernández, A. & Correa-Urquiza, M. (2017). Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. *Salud Colectiva*, 13 (2), 267-278. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1168>
- Martínez, C. & Ortega, C. (2013). El lado oscuro de los diagnósticos: las etiquetas. En *AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría* (pp.93-98). Madrid: Exlibris ediciones.
- Martorell-Poveda, M. A. (2015). *Recuerdos del corazón. Vivencias, prácticas y representaciones sociales de familiares cuidadores de personas con alzhéimer*. Madrid: Editorial Grupo 5.
- McCabe, J. (2001). Emergency department overcrowding: a National Crisis. *Academic Medicine*, 76 (7), 672-4. <https://doi.org/10.1097/00001888-200107000-00005>
- McKeown, T. (1979). *The role of medicine. Dream, mirage or nemesis?*. England: Basil Blackwell Publisher Ltd. Orford.
- Meador, C.K. (1965). The Art and Science of Nondisease. *The New England Journal of Medicine*, 272 (2), 92-95. <https://doi.org/10.1056/nejm196501142720208>
- Menéndez, E.L. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Cuadernos de la casa Chata 86.
- Menéndez, E.L. (1984a). El Modelo Médico Hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del Modelo Médico de Autoatención en Salud. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 3, 84-119. <https://doi.org/10.17345/aec3.84-119>

- Menéndez, E.L. (1984b). Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. *Apuntes para una antología medica critica. Nueva Antropología*, 4 (23), 71-102.
- Menéndez, E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. 30 de abril al 7 de mayo, 451-464. Buenos Aires.
- Menéndez, E.L. (1991). *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política 1930-1979*. México DF: Ediciones de la Casa Chata.
- Menéndez, E.L. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4 (7), 71-83.
- Menéndez E.L. (2005a). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1 (1), 9-32. <https://doi.org/10.18294/sc.2005.1>
- Menéndez, E.L. (2005b). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14, 33- 69.
- Merleau-Ponty, M. (1993)[1945]. *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Ed. Planeta De Agostini S.A.
- Mira, J.J., Lorenzo, S., Vitaller, J., Ziadi, M., Ortiz, L., Ignacio, E., & Aranaz, J. (2009). El punto de vista de los pacientes sobre la seguridad clínica de los hospitales. Validación del Cuestionario de Percepción de Seguridad. *Rev Med Chile*, 137 (11), 1441-1448.
<https://doi.org/10.4067/s0034-98872009001100005>
- Miró, O., Galicia, M., Sánchez, M., & Nogué, S. (2010). Factores que determinan la reconsulta a urgencias tras una atención urgente por consumo de cocaína. *Emergencias*, 22, 408-414.
- Moerman, B.E. (1983). General Medical Effectiveness and Human Biology: Placebo Effects in the Treatment of Ulcer Disease. *Medical Anthropology Quartely*, 14(4), 13-16. <https://doi.org/10.1525/maq.1983.14.4.02a00020>
- Moore, H.E. (1999). *Antropología y feminismo*. Madrid. Ediciones Cátedra, S.A.
- Morera, J. (2008). Situación de alto riesgo. *Aten Primaria*; 40 (1), 35-38.
<https://doi.org/10.1157/13114323>

- Morin, E. (1993). Les anti-peurs. *Communications*, 57, 131-139.
<https://doi.org/10.3406/comm.1993.1871>
- Moseley, J.B., O'Malley, K., Peterson, N.J., Menke, T.J., Brody, B.A., Kuykendall, D.H., Hollingsworth, J.C., Ashton, C.M., & Wray, N.P. (2002). A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. *The New England Journal of Medicine*, 347 (2), 81-88. <https://doi.org/10.1056/nejmoa013259>
- Moser, R.H. (1956). Diseases of Medical Progress. *The New England Journal of Medicine*, 255 (13), 606-614.
- Moynihan, R., & Smith, R. (2002a). Too much medicine? *BMJ*, 324, 859-860.
- Moynihan, R., Heath, I., & Henry, D. (2002b). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*, 324, 886-891.
<https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.886>
- Moynihan, R. (2008). The invisible influence. Amid global calls to end drug companies direct sponsorship of doctors education, an investigation in Australia reveals sponsor involvement in the education of thousands of GPs. *BMJ*, 336, 416-417.
- Moynihan, R. (2008). The invisible influence. Amid global call to end drug companies direct sponsorship of doctors education, an investigations in Australia reveals sponsor involvement in the educations of thousands of GPs. *BMJ*, 336, 441-4117.
- Muela Ribera, J. (2007). *Malaria en Lipangalala. Pluralismo médico y procesos asistenciales para malaria infantil en una comunidad Africana*. (Tesi doctoral). Universitat Autònoma Barcelona.
- Muela, J., Hausmann, S., & Peeters, K. (2013). La construcción cultural de los efectos adversos del tratamiento antipalúdico en la Amazonía Peruana. EN: Martínez-Herráez, A., Masana, L., & DiGiacomo, S. M. *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica* (pp.98-112). Tarragona/Porto Alegre: Publicacions URV y Redeunida.
- Narro-Robles, J. (2004). III. La herencia de Flexner. Las ciencias básicas, el hospital, el laboratorio, la comunidad. *Gac. Méd. Méx*, 140 (1), 52-55.
- Navarro, V., & Benach, J. (1996). Desigualdades sociales de salud en España. *Revista Española de Salud Pública*, 70, 505-636.

- Navarro, V. (1979). *La medicina bajo el capitalismo. Una alternativa en la organización de la sanidad en los países capitalistas* (2a. Ed.). Barcelona: Editorial Crítica. Grupo editorial Grijabo.
- Navas, C., & Villegas, H. (2006). Espiritualidad y salud. *Revista Ciencias de la Educación, 1* (27), 29-45.
- Nichter, M. (2006). Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica). *Desacatos, 20*, 109-132.
- Null, G., Dean, C., Feldman, M., & Rasio, D. (2005). Death by Medicine. *Journal of Orthomolecular Medicine, 20* (1), 21-34.
- Olvera, M., & Sabido, O. (2007). Un marco de análisis sociológico de los miedos modernos: vejez, enfermedad y muerte. *Sociológica, 22* (64), 119-149.
- Ortún, V. (1986). La demanda Inducida por el Hospital. *Gaceta Sanitaria, 26* (5), 64-67.
- Orzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica, 30* (1), 61-71.
<https://doi.org/10.4067/s0718-48082012000100006>
- Osorio, R.M. (2017). El significado del diagnóstico en la trayectoria del enfermo reumático: De la incertidumbre a la disrupción biográfica. *Salud Colectiva, 13* (2), 211-223. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1144>
- Otegui, R. (2002). Modelos de participación y concepciones de salud de los ciudadanos. *Revista de Trabajo social y salud, 4*, 33-41.
- Oterino, D., Peiró, S., Calvo, R., Sutil, P., Fernández, O., Pérez, G., Torre, P., López, M.A., & Sempere, T. (1999). Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gac.Sanitaria, 13* (5), 361-70. [https://doi.org/10.1016/s0213-9111\(99\)71387-7](https://doi.org/10.1016/s0213-9111(99)71387-7)
- Oterino, D., & Peiró, S. (2003). Utilización de los servicios de urgencias hospitalarios por niños menores de dos años. *Anales Pediatr, 58* (1), 23-28. [https://doi.org/10.1016/s1695-4033\(03\)77986-7](https://doi.org/10.1016/s1695-4033(03)77986-7)
- Otero, L. (2012). *Campos de soledad. Atención primaria y procesos asistenciales en pueblos de Segovia*. (Tesi doctoral). Tarragona. Universitat Rovira i Virgili.

- Ovens, H. (2010). Saturación de los servicios de urgencias. Una propuesta desde el Sistema para un problema del Sistema. *Emergencias*, 22, 244-246.
- Padgett, D.K., & Brodsky, B (1992). Psychosocial factors influencing non-urgent use of the emergency room. A review of the literature and recommendations for research improved service delivery. *Soc. Sci. Med*, 35 (9),1189-1197. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90231-e](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90231-e)
- Pallarés, A. (2003). *El mundo de las unidades de cuidados intensivos. La última frontera*. (Tesi doctoral). Tarragona. Universitat Rovira i Virgili.
- Parsons, T. (1999)[1951]. *El sistema social*. Madrid: Alianza editorial.
- Pasarín, M.I., Fernández de Sanmamed, M.J., Calafell, J., Borrell, C., Rodríguez, D., Campasol, S., Torné, E., Torras, M.G., Guarga, A., & Plasència, A. (2006). Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. *Gac. Sanit*, 20 (2), 91-100. <https://doi.org/10.1157/13087318>
- Pasarín, L. (2011). Itinerarios terapéuticos y redes sociales: actores y elementos que direccionan los procesos de salud/enfermedad/atención. En *Los aportes del Análisis de Redes Sociales a la Psicología*. Mendoza (Argentina): Editorial de la Universidad del Aconcagua.
- Peiró S., Librero J., Ridaio M., Bernal-Delgado E., & Grupo de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud. (2010). Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit*, 24 (1), 6-12. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.06.008>
- Peneff, J. (1992). *L'Hôpital en urgence*. Paris: Éditions Métailié.
- Perdiguero, E. (1986). El mal de ojo: De la literatura antisupersticiosa a la antropología médica. *Asclepio*, 38, 47-66.
- Perdiguero, E. (2004). El fenómeno del pluralismo asistencial: una realidad por investigar. *Gac Sanit*, 18 (1), 140-145.
- Perdiguero, E., & Tosal, B. (2007). Las medicinas alternativas y complementarias como recurso en los itinerarios terapéuticos de las mujeres: importancia en nuestro contexto. *Feminismo/s*, 10, 145-162. <https://doi.org/10.14198/fem.2007.10.10>

- Perdiguero, E. (2009). Sobre el pluralismo asistencial. EN: Comelles, J., Martorell, M.A., & Bernal, M. (Eds.). *Enfermería y antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados* (pp.113-137). Icaria editorial, Barcelona.
- Pérez-Fernández, M., & Gervas, J. (2002) El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Medicina Clínica*, 118 (2), 65-67.
[https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(02\)72283-5](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(02)72283-5)
- Pirmohamed, M., James, S., Meakin, S., Green, C., Scott, A.K., Walley, T.J., Farrar, K., Park, B.K., & Breckenridge, A.M. (2004). Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. *BMJ*, 329, 15-19. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7456.15>
- Pinzón, C.E. (2008). Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. *Acta Médica Colombiana*, 33 (1), 33-41.
- Piulats, O. (2010). *Historia de la salud natural*. Manresa: ABADIA editors.
- Porroche-Escudero, A. (2016). Empoderamiento: el santo grial de las campañas de cáncer de mama. *RIS*, 74 (2). <https://doi.org/10.3989/ris.2016.74.2.031>
- Prat, R. (2008). Malaltia i salut: una nova realitat. Aproximació etnogràfica a partir del servei d'urgències de l'Hospital de Sabadell. *Perifèria*, 9, 1-23
<https://doi.org/10.5565/rev/periferia.189>
- Priest, S. (2014). Què tenen de científic les ciències socials? La complexitat de mesurar el comportament humà. *Mètode Science Studies Journal*, 84, 57-63.
- Riba, D.A., Rodríguez-Rosich, M., Gázquez, M., & Buti, S. (2004). Pacientes hiperfrecuentadores en los servicios de urgencias. Estudio descriptivo en un hospital de segundo nivel. *Emergencias*, 16, 78-183.
- Riccò, I. (2016). "Soy como un aspirador". Medicina popular, Espiritualidad y New Age en las terapias de un curandero catalán. *Periferia*, 21 (1), 34-55.
<http://dx.doi.org/10.5565/rev/periferia.504>
- Rivers, W.H.R. (2010). *Medicina, màgia i religió*. Tarragona: Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili.
- Rodríguez, J. A. (1981). El poder médico, desde la sociología. *Reis*, 14, 95-112.
<https://doi.org/10.2307/40182868>

- Rodríguez, J.A., & de Miguel, J.M. (1990). *Salud y Poder*. Madrid: Siglo XXI De España Editores S.A.
- Rodríguez, M. C. (2012). *Análisis de la evolución de la demanda asistencial en el servicio de urgencias del complejo asistencial universitario de León*. (Tesi doctoral). Universidad de León.
- Rodríguez, M., Pena, M., Sánchez, V., Real, J., Llovet, R., & Calderó, M. (2017). Utilización de las medicinas alternativas y/o complementarias entre personas que acuden a las consultas de atención primaria del sistema público de salud. *Med Gen Fam*, 6 (2), 51-56. <https://doi.org/10.24038/mgyf.2017.020>
- Roldán, R., Machin, S., & Sánchez, J. (1999). Frecuentadores del Servicio de Urgencias de un hospital del grupo I. *Emergencias*, 11, 192-196.
- Romains, J. (1989)[1924]. *Knock o el triunfo de la medicina* (3ª ed.). Madrid. Editorial Bruño.
- Romaní, O. (2013). *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Tarragona: Publicacions URV.
- Rong, Y., Chen, L., Zhu, T., Song, Y., Yu, M., Shan, Z., & Liu, L. (2013). Egg consumption and risk of coronary heart disease and stroke: dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *The BMJ*, 346, e8539. <http://doi.org/10.1136/bmj.e8539>.
- Rose, G. (1985). Individuos enfermos y poblaciones enfermas. *International Journal of Epidemiology*, 14, 32-38.
- Rubin, E.B., Buehler, A.E., & Halpern, S.D. (2016). States Worse Than Death Among Hospitalized Patients With Serious Illnesses. *JAMA Intern Med*, 176(10),1557–1559. DOI: [10.1001/jamainternmed.2016.4362](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.4362)
- Sackett, D.L. (2002). The arrogance of preventive medicine. *CMAJ*, 167 (4), 363-364.
- Samuel 18, 8-9. Sagrada Biblia. Antiguo Testamento. Biblioteca de Autores Cristianos. La Editorial Católica, S.A. Madrid.
- San Román, Teresa (1998) [1994]. *La diferència inquietant. Velles i noves estratègies dels gitanos*. Barcelona: Ed. Alta Fulla.

- Sansa, Ll., Orús, T., Juncosa, S., & Barredo, M. (1996). Frecuentación a los servicios de urgencias hospitalarios: Relación con la utilización de la atención primaria en una población pediátrica. *Anales Españoles de Pediatría*, 44 (2), 105-108.
- Schützenberger, A. A. (2006)[1988]. *¡Ay, mis ancestros!*. Buenos Aires: Editorial Omeba.
- Scott, A. (1998). Homoeopathy as a feminist from of medicine. *Sociology of Health & Illness*, 20 (2), 191-214. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00097>
- Seeman, T. E. (1996). Social Ties and Health: The Benefits of Social Integration. *AEP*, 6 (5), 442-451.
- Segura-Benedicto, A. (2006). Inducción sanitaria de los cribados: impacto y consecuencias. Aspectos éticos. *Gaceta Sanitaria*, 20 (1), 88-95. <https://doi.org/10.1157/13086031>
- Segura, A. (2012). Sobrediagnóstico: una sinédoque y algo más. La epidemia de sobrediagnósticos. *Gestión Clínica y Sanitaria*, 14 (2/3), 45-49.
- Segura, A. (2014). Prevención, iatrogenia y salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 28 (3), 181-182. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.002>
- Sen, A. (2002). Health: perception versus observation. *BJM*, 324, 860-861.
- Seppelli, T. (2000). De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación. EN: Perdiguero, E., & Comelles, J. M. *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp.33-44). Barcelona: Edicions Bellaterra, s.l.
- Shiffman, J. (2014). Knowledge, moral claims and the exercise of power in global health. *Int J Health Policy Manag*, 3 (6), 297–299. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.120>
- Siles, J. (1999). *Historia de la enfermería*. Alicante: Editorial Aguaclara.
- Sirvent, E. (2013). *Del cuerpo regional a la totalidad viviente: saber y prácticas anatómicas de las ciencias de la salud en Barcelona 1960-2012*. (Tesi doctoral). Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, DAFITS.
- Smith, R. (2002). In research of "non-disease". *BMJ*, 324, 883-885.

- Solano, M.C., & Siles, J. (2005). Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. *Index de Enfermería*, 14 (51), 29-33. <https://doi.org/10.4321/s1132-12962005000300006>
- Sontag, S. (2003) [1977]. *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Madrid: Santillana Ediciones Generales, S.L.
- Souza, R. J., Mente, A., Maroleanu, A., Cozma, A.I., Ha, V., Kishibe, T., Uleryk, E., Budyłowski, P., Schünemann, H., Beyene, J., & Anand, S.S. (2015). Intake of saturated and trans unsaturated fatty acids and risk of all cause mortality, cardiovascular disease, and type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ*, 351:h3978. <https://doi.org/10.1136/bmj.h3978>
- Sturzenegger, O. (1994). El camino a tientas. Reflexiones en torno a un itinerario terapéutica. *Suplemento Antropológico*, 29 (1-2), 163-227. <https://doi.org/10.1522/030140298>
- Sumalla, E.C.; Castejón, V., Ochoa, C., & Blanco, I. (2013). ¿Por qué las mujeres con cáncer de mama deben estar guapas y los hombres con cáncer de próstata pueden ir sin afeitarse? Oncología, disidencia, y cultura hegemónica. *Psicooncología*, 10 (1), 7-56. https://doi.org/10.5209/rev_psic.2013.v10.41946
- Szasz, T. (1999) [1961]. *El mito de la enfermedad mental*. Barcelona: Círculo de Lectores.
- Szasz, T. (1989). Contra el Estado terapéutico. Derechos individuales y drogas. *Nueva Sociedad*, 102, 173-182.
- Taussig, M. (1995). La reificación y la conciencia del paciente. EN: Taussig M. *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente* (pp.110-140). Barcelona: Gedisa,
- Tizón, J.L. (2000). ¿Epidemia de histeria, trastorno conversivo epidémico o trastornos somatomorfos epidémicos?: un nuevo caso de una realidad para el siglo XXI. *Atención Primaria*. 25 (7), 479-488. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(00\)78548-9](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(00)78548-9)
- Tizón, J.L. (2011). *El poder de la por. On guardem els nostres temors quotidians?* Lleida: Pagès editors.
- Torrallba, F. (1998). *Antropología del cuidar*. España: Editorial MAPFRE.

- Torrallba, F. (2006). *L'art de saber escoltar* (4^a ed.). Lleida: Pagès editors.
- Tudela, P., & Modòl, J.M. (2015). La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*, 27, 113-120.
- Turner, Victor. (1988)[1969]. *El proceso ritual. Estructura y antiestructura*. Madrid: Editorial Taurus Alfaguara, S.A.
- Turner, V. (2005)[1967]. *La selva de los símbolos. Aspectos del ritual ndembu*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Uribe, J.M. (2009). El riesgo y la salud laboral. El peligro del riesgo. Hacia una antropología de los riesgos. EN: Comelles, J; Martorell M.A i Bernal M. (coords) *Enfermería y antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados* (141-162). Icaria editorial, Barcelona.
- Valiente-Barroso, C., & García-García, E. (2010). La religiosidad como factor promotor de salud y bienestar para un modelo multidisciplinar de atención psicogeriatrica. *Psicogeriatría*, 2 (3), 153-165.
- Van Gennep, A. (2008)[1969]. *Los ritos de paso*. Madrid: Alianza Editorial, SA.
- Vázquez, B., Pardo, G., Fernández, G., Canals, M., Delgado, M.A., & Navas, M. (2000). ¿Por qué acuden nuestros pacientes a urgencias del hospital? *Atención Primaria*, 25 (3), 172-175.
[https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(00\)78482-4](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(00)78482-4)
- Veblen, T. (2004) [1899]. *Teoría de la clase ociosa*. Madrid: Alianza Editorial, S. A.
- Vignoli, S. (2017). Sobrediagnóstico y sobretratamiento: crítica a los nuevos criterios diagnósticos de Hipertensión Arterial y Tensión Arterial Elevada. En xarxa, disponible a:
<http://www.nogracias.eu/2017/12/12/sobrediagnostico-sobretratamiento-critica-los-nuevos-criterios-diagnosticos-hipertension-arterial-tension-arterial-elevada-sebastian-vignoli/>
- Vinton, R. (2017). *La Gran Teranyina. Els secrets del poder a Catalunya* (5^a Ed.). Catalunya: Edicions del Periscopi, SL.
- Weber, M. (2007). *Sociología del poder. Los tipos de dominación*. Madrid: Alianza Editorial, S. A.
- Weller, S.C., & Baer, R.D. (2001). Intra and Intercultural Variation in the Definition of Five Illnesses: AIDS, Diabetes, the Common Cold, Empacho

and Mal de Ojo. *Cross-Cultural Research*, 35 (2), 201-226.
<https://doi.org/10.1177/106939710103500206>

Williams, S.J., & Calnan, M. (1996). The 'Limits' of medicalization?: Modern Medicine and the Lay Populace in 'Late' Modernity. *Soc. Sci. & Med*, 42 (12), 1609-1620. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00313-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00313-4)

Williams, T.A., & Leslie, G.D. (2008). Beyond the walls: A review of ICU clinics and their impact on patient outcomes after leaving hospital. *Australian Critical Care*, 21 (1), 6-17. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2007.11.001>

Young, A. (1976). Internalizing and externalizing medical belief systems: An Ethiopian example. *Soc. Sci & Med*, 10 (3-4), 147-156.
[https://doi.org/10.1016/0037-7856\(76\)90041-x](https://doi.org/10.1016/0037-7856(76)90041-x)

Young, A. (1982). The Anthropologies of illness and sickness. *Ann. Rev. Anthropol*, 11, 257-285.

Young, J.T. (2004). Illness behaviour: a selective review and synthesis. *Sociology of Health & Illness*, 26 (1), 1-31. doi/10.1111/j.1467-9566.2004.00376.x/pdf

Zaragoza, M., Calvo, C., Saad, T., Morán, F., San José, S., & Hernández, P. (2009). Evolución de la frecuentación en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*, 21, 339-345.

ANNEXOS

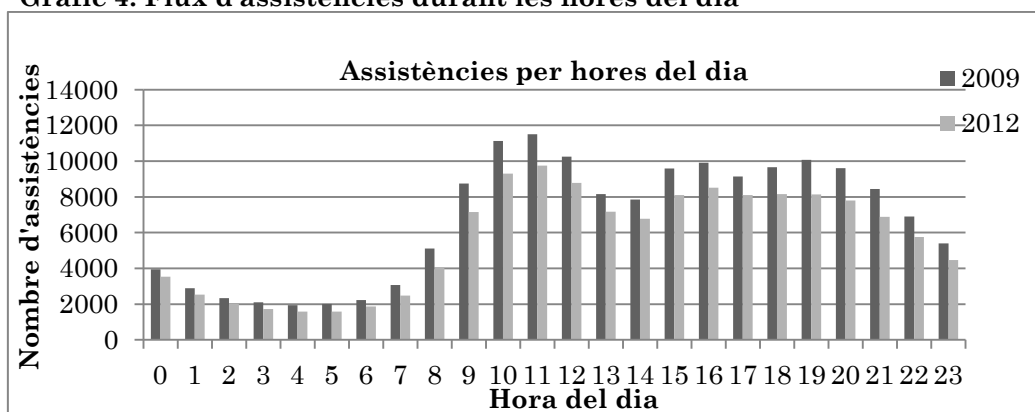
Annexos 1. Gràfics, taules i il·lustracions

Taula 6. Assistències al SUH per anys

Any	Totals	Dones	Homes
2000	180.259		
2001	184.481		
2002	186.915		
2003	188.351		
2004	189.254		
2005	181.427		
2006	176.350	93.801	82.549
2007	172.066	91.102	80.964
2008	161.041	85.891	75.150
2009	161.856	86.097	75.759
2010	148.774	79.674	69.100
2011	138.064	73527	64527
2012	136.169	72864	63296
2013	136.981	73.895	63.076
2018	142.923		
2019	146.443		

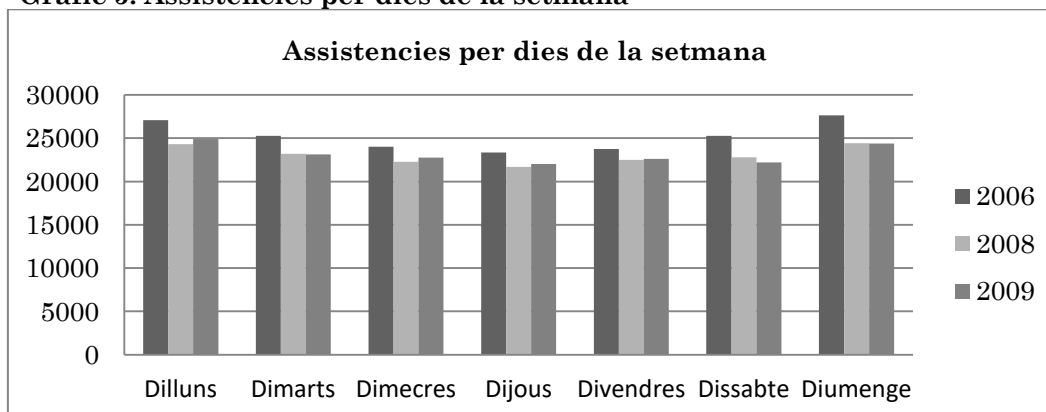
Font: Arxiu CSPT. Elaboració pròpia

Gràfic 4. Flux d'assistències durant les hores del dia

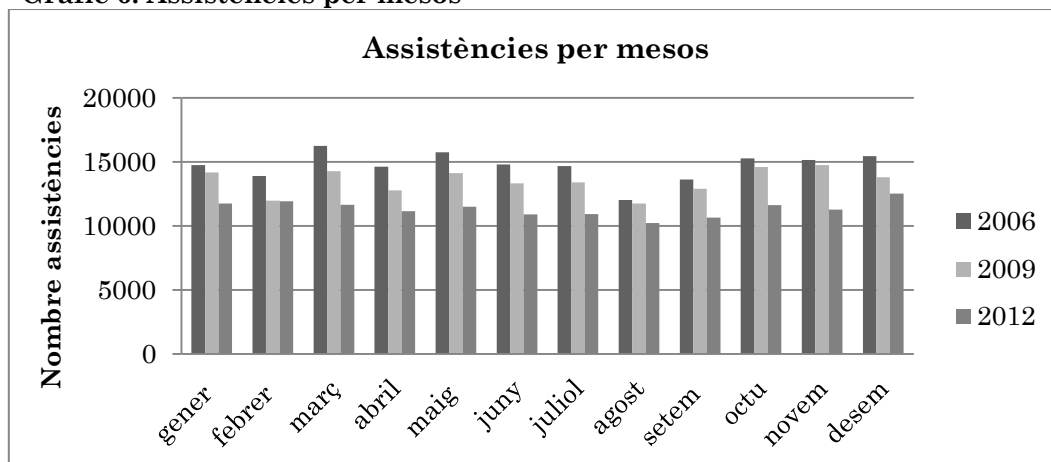


Font: Arxiu CSPT. Elaboració pròpia

Gràfic 5. Assistències per dies de la setmana



Font: Arxiu CSPT. Elaboració pròpia

Gràfic 6. Assistències per mesos

Font: Arxiu CSPT. Elaboració pròpia

Taula 8. Utilització SUH segons la proximitat del domicili 2006-2010

	Habitants Sabadell	Assistències Sabadell	Habitants àrea influència	Assistències altres poblacions
2006	49 %	54 %	51 %	45 %
2007	49 %	55 %	51 %	44 %
2008	48 %	55 %	51 %	44 %
2009	48 %	56 %	52 %	44 %
2010	48 %	56 %	52 %	44 %
2011	55 %	58 %	45 %	42 %
2012	53 %	59 %	47 %	41 %
	50 %	56 %	50 %	44 %

Fonts: IDESCAT i Arxiu CSPT. Elaboració pròpia

Taula10. Percentatge i relació entre assistències i habitants sobre 1000

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
B	43%	46%	38%	38%	35%	37%	35%	35%
C	25%	24%	23%	239%	21%	22%	21%	21%

Font: Arxiu CSPT. Elaboració pròpia

B: percentatge de les assistències sobre 1000 habitants

C: el percentatge de les persones que han acudit al SUH sobre 1000 habitants

Taula 11. Nombre d'assistències per persona per any

2013		2012		2011		2010	
Nombre assistències		Nombre assistències		Nombre assistències		Nombre assistències	
136.981 ²¹⁶		136.169		138.064		148.774	
Nombre persones	²¹⁷	Nombre persones		Nombre persones		Nombre persones	
55645	1	55853	1	57135	1	61844	1
15713	2	15789	2	15843	2	16921	2
6065	3	5894	3	6027	3	6402	3
2743	4	2594	4	2797	4	2889	4
1369	5	1287	5	1279	5	1395	5
681	6	678	6	681	6	732	6
401	7	392	7	334	7	418	7
234	8	250	8	233	8	238	8
128	9	146	9	138	9	164	9
85	10	86	10	102	10	80	10
53	11	63	11	57	11	64	11
35	12	39	12	35	12	40	12
27	13	30	13	30	13	29	13
16	14	17	14	21	14	27	14
13	15	10	15	12	15	22	15
6	16	16	16	13	16	14	16
9	17	8	17	4	17	13	17
5	18	4	18	6	18	5	18
2	19	4	19	1	19	6	19
6	20	5	20	3	20	9	20
4	21	3	21	1	21	3	21
2	22	3	22	5	22	2	22
1	23	3	25	2	23	2	24
1	24	1	28	1	25	1	25
3	25	1	29	2	27	1	26
2	26	2	31	2	28	2	27
1	27	1	34	1	30	1	30
2	29	1	35	1	34	1	34
1	30	2	38	1	43	1	41
1	34	1	42	1	50	1	43
1	35	1	54	1	65	1	52
1	41	1	57	1	117	1	57
1	44	83185		84770		1	58
2	46					1	179
1	57					91331	
1	66						
1	74						
83262 ²¹⁸							

Font: Arxiu CSPT. Elaboració pròpia

²¹⁶ És el nombre total d'assistències al SUH durant l'any corresponent

²¹⁷ Aquestes columnes ens diuen el nombre d'assistències al servei d'urgències que ha efectuat cada una de les persones de la columna de la seva esquerra.

²¹⁸ Aquestes xifres corresponen al nombre total de persones que han acudit al servei d'urgències, que és un nombre més baix del que es comptabilitza com nombre d'assistències d'urgències, ja que com veiem moltes persones hi ha acudit varies vegades.

Taula 12. Nombre d'assistències per persona i any

2009		2008		2007		2006	
Nombre assistències		Nombre assistències		Nombre assistències		Nombre assistències	
161.856		161.041		172.066		176.350	
Nombre persones		Nombre persones		Nombre persones		Nombre persones	
65525	1	65141	1	68146	1	70162	1
18458	2	18372	2	19423	2	19866	2
7000	3	6986	3	7578	3	7769	3
3169	4	3159	4	3462	4	3591	4
1680	5	1634	5	1767	5	1786	5
891	6	877	6	921	6	938	6
496	7	489	7	546	7	562	7
294	8	289	8	329	8	315	8
154	9	179	9	205	9	210	9
98	10	98	10	119	10	126	10
72	11	71	11	84	11	89	11
52	12	47	12	53	12	53	12
35	13	35	13	42	13	36	13
26	14	23	14	26	14	29	14
14	15	13	15	22	15	26	15
19	16	9	16	13	16	14	16
9	17	7	17	14	17	13	17
3	18	2	18	3	18	4	18
4	19	3	19	9	19	7	19
5	20	6	20	4	20	7	20
3	21	2	21	3	21	7	21
2	22	6	22	4	22	1	22
3	24	2	23	4	23	4	23
2	27	3	24	3	24	3	24
1	28	2	27	2	25	2	25
1	29	2	28	1	26	1	26
2	30	1	29	2	30	2	27
1	34	1	32	2	31	2	28
1	44	2	33	1	32	1	29
1	45	1	35	2	33	3	31
1	52	1	36	1	35	1	32
1	59	1	37	1	37	1	33
1	102	1	39	1	48	1	34
1	104	1	40	1	62	1	35
98025		1	64	1	78	1	36
		1	84	1	82	1	42
		1	108	1	134	1	44
		1	144	102797		1	54
		97470				105637	

Font: Arxiu CSPT. Elaboració pròpia

Taula 13. Usuaris altament freqüentadors segons residència 2006-2012

Ciutat	Total (1005)	Dones (510)	Homes(495)
Badia del Vallès	57	30	27
Barberà del Vallès	62	37	25
Caldes de Montbui	2	1	1
Castellar del Vallès	22	16	6
Cerdanyola del Vallès	36	19	17
Mollet del Vallès	1	1	
Montcada i Reixac	4	2	2
Palau de Plegamans	12	6	6
Polinyà	29	14	15
Ripollet	38	14	24
Rubí	1	1	
Sabadell	649	315	334
Sant Cugat del Vallès	2	1	1
Sant Llorenç Savall	4	2	2
Sant Quirze del Vallès	6	3	3
Santa Perpètua Mogoda	44	24	20
Sentmenat	11	7	4
Terrassa	6	3	3
Altres poblacions fora de la comarca	19	14	5

Font: Arxiu, CSPT. Elaboració pròpia

Taula 14. Usuaris altament freqüentadors per país origen, 2006-2012

País	Total (1005)	Dones (510)	Homes (495)
Algèria	1		1
Argentina	2	2	
Bolívia	6	4	2
Brasil	3	1	2
Colòmbia	1	1	
Costa d'Ivori	1	1	
Cuba	1		1
Egipte	1	1	
Equador	7	5	2
Espanya	908	462	446
Espanya * ²¹⁹	35	12	23
França	1		1
Guatemala	1	1	
Guinea	2	2	
Hondures	1		1
Irlanda	1		1
Mali	3	2	1
Marroc	16	6	10
Pakistan	2	1	1
Paraguai	1	1	
Perú	2	1	1

²¹⁹ Són menors i fills de pares immigrants.

Portugal	3	1	2
Romania	1	1	
Senegal	1	1	
Suïssa	1	1	
Uruguai	1	1	
Xile	2	2	

Font: Arxiu CSPT. Elaboració pròpia

Taula 15. Població de residència altament freqüentadors, 2006-2013

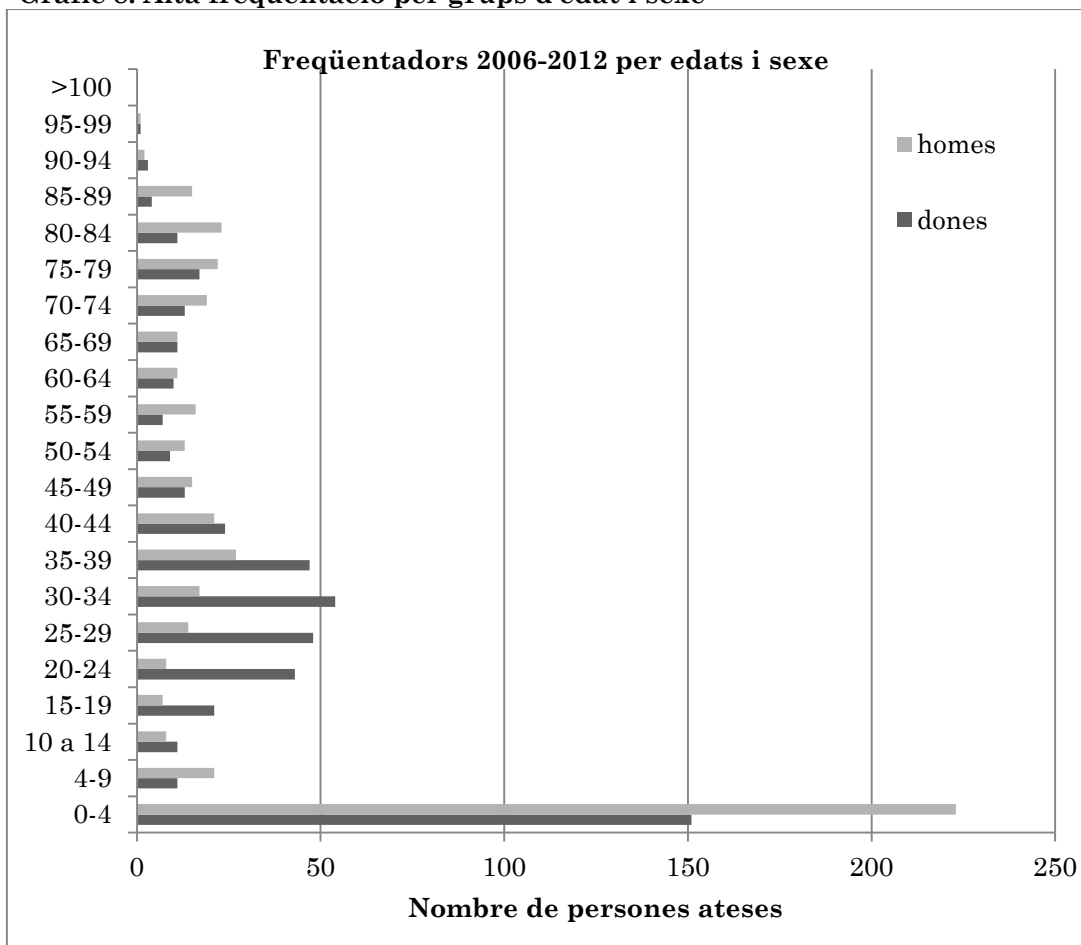
Població	Persones	Població	Persones
Sabadell	125	Sta. Perpètua de Moguda	2
Polinyà	4	Badia del Vallès	2
Sentmenat	3	Sant Quirze del Vallès	2
Cerdanyola del Vallès	3	Palau de Plegamans	1
Castellar del Vallès	3	Terrassa	1
Ripollet	3	Sant Fruitós del Bages	1
Barberà del Vallès	2		

Font: Arxiu CSPT. Elaboració pròpia

Taula 16. País origen usuaris més altament freqüentadors, 2006-2013

País	Persones	País	Persones
Espanya	143	Guatemala	1
Perú	1	Mali	1
Uruguai	1	Brasil	1
Pakistan	1	Marroc	1
Portugal	1	Bolívia	1

Font: Arxiu CSPT. Elaboració pròpia

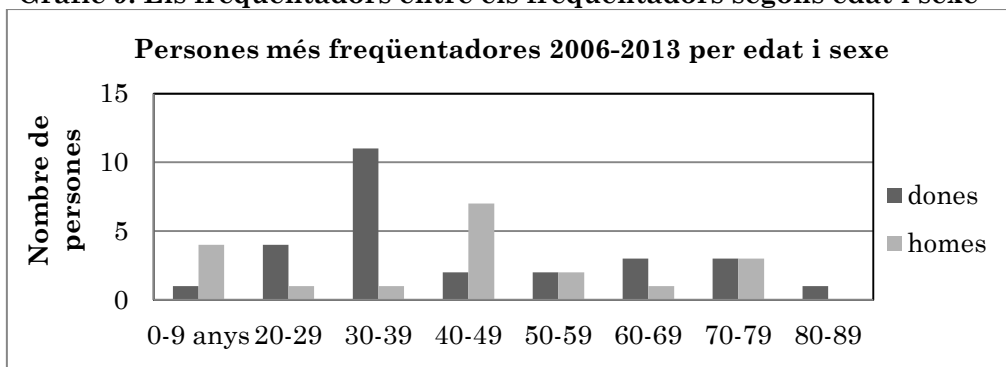
Gràfic 8. Alta freqüentació per grups d'edat i sexe

Font: Arxiu CSPT. Elaboració pròpia

Taula 17. Relació entre alta freqüentació i proximitat del domicili

Percentatge de persones de Sabadell ciutat sobre el total d'assistències al SUH.	56,32%
Percentatge de persones de Sabadell ciutat en els freqüentadors de 12 vegades en un any.	64,55%
Percentatge de persones de Sabadell ciutat entre els que han freqüentat 8 anys seguits el SUH.	82,23%
Percentatge de persones de Sabadell ciutat que han utilitzat el SUH un mínim de 80 ocasions en el període 2006-2013.	80,43%

Font: Arxiu CSPT. Elaboració pròpia

Gràfic 9. Els freqüentadors entre els freqüentadors segons edat i sexe

Font: Arxiu CSPT. Elaboració pròpia

Taula 18. Perfil dels freqüentadors entre els freqüentadors

²²⁰	Sexe	Edat	Població	País	Serveis consultats ²²¹	Principals diagnòstics i motius per acudir a urgències
670	D	68	Sabadell	Espanya	MD	Mareig, malestar, diabetis, HTA, lumbàlgia, descartar patologia urgent. Problema social
539	H	49	Sabadell	Espanya	MD-PS	Intoxicació alcohòlica, trastorn personalitat antisocial, vòmits, descartar patologia urgent. Problema social
214	H	50	Sabadell	Espanya	MD-TO-PS	Cirrosi hepàtica, depressió-trastorn personalitat, dependència heroïna, intent autòlisi, taquicàrdia ventricular, dolors varis. Problema social
192	D	23	Sabadell	Espanya	PS-MD	Ansietat, insomni, esquizofrènia paranoide, trastorn límit personalitat, psicosi, intoxicació fàrmacs, gastritis, descartar patologia urgent.
191	H	6	Sabadell	Espanya	Pediatria	Bronquitis, vòmits, rinofaringitis, febre, pneumònia, laringitis, aftes orals, descartar patologia urgent.
170	H	24	Sabadell	Espanya	PS	Esquizofrènia, brot psicòtic, ansietat, nerviosisme, trastorn personalitat, intoxicació alcohol, trastorn personalitat antisocial, deliri.
164	H	42	Badia del Vallès	Espanya	PS- MD-TO	Esquizofrènia paranoide, ansietat, epigastràlgia, bronquitis, gastroenteritis,

²²⁰ Nombre ocasions que ha utilitzat en total cada persona el SUH en el període de 8 anys (2006-2013).²²¹ MD= medicina interna; PS= psiquiatria; TO= traumatologia i ortopèdia; CG= cirurgia general; GO= ginecologia i obstetrícia.

						altres raons.
147	H	48	Sabadell	Espanya	MD-TO- CG-PS	Policontusions, abús cocaïna, cefalea, vòmits, alteració conducta, descartar patologia urgent.
144	H	70	Terrassa	Espanya	MD-CG- TO	Insuficiència respiratòria, dolor lumbar, esquinç turmell, esquinç peu, diarrea, cefalea tensional, bronquitis.
143	D	77	Sabadell	Espanya	MD-TO	Síndrome articular, cervicalgia, cefalea, gonartrosi, èczema, síndrome ocular, pruija, descartada patologia urgent.
140	H	77	Sabadell	Espanya	MD-CG	Broncospasme, dolor toràcic precordial, MPOC, bronquitis, lumbàlgia, HTA, diabetis.
129	H	45	Sabadell	Espanya	MD-PS- TO	Cefalea, trastorn personalitat antisocial, psicosi orgànica, inhalació fum, dependència opiacis, metadona.
136	D	36	Sabadell	Espanya	PS- TO, MD, CG, GO	Ansietat, trastorn límit personalitat, fractures/contusions varies, dolor abdominal, idees autòlisi.
130	D	32	Sabadell	Espanya	PS-TO- MD-GO	Esquizofrènia, ansietat, trastorn límit personalitat, síndrome depressiu, fibromiàlgia, contusions, àlgies varies, descartar patologia urgent. Violència domèstica.
120	H	45	Sabadell	Espanya	PS-MD	Esquizofrènia paranoide, otitis, dermatitis, abús cocaïna, alcoholisme, intent autòlisi.
120	H	69	Polinyà	Espanya	MD-TO- PS	Còlic nefrític, dolor abdominal, bradicàrdia, lumbàlgia, trastorn depressiu major, intent autòlisi.
119	D	21	Sentmenat	Espanya	GO-PS- MD	Trastorns obsessiu compulsius, ansietat, GEA, descartar patologia urgent, control embaràs, problemes identitat i autoestima.
118	D	5	Sabadell	Espanya	Pediatría	Caries dental, virasi, catarro, otitis, conjuntivitis, mossegada gos, descartar patologia urgent.
114	D	36	Sabadell	Espanya	PS	Trastorn esquizoafectiu inespecífic, intoxicació psicòtics, trastorn personalitat límit, ansietat, intent autòlisi. Retard mental
113	D	50	Sabadell	Espanya	PS-MD- TO	Trastorn límit personalitat, trastorn afectiu bipolar, intoxicació fàrmacs, dependència alcohol, ansietat, policontusions. Problema social
111	D	48	Sabadell	Espanya	PS-MD	Broncospasme, epigastràlgia, MPOC, bronquitis,

						esquizofrènia paranoide, ansietat, intent autòlisi, alcoholisme.
108	D	25	Sabadell	Espanya	PS-MD-TO	Ansietat, nerviosisme, psicosi, violència, agressivitat, colera, ràbia, trastorn personalitat, trastorn psicòtic.. Retard mental, problema social.
108	D	36	Castellar del Vallès	Espanya	PS-TO-MD	Esquizofrènia paranoide, contusions múltiples, vertigen, gonalgia, cervicalgia.
106	H	73	S. Vicenç dels Horts	Espanya	MD-TO	Dispnea, dolor toràcic, broncospasme, EAP, insuficiència cardíaca, bronquitis, ansietat, cervicoartrosi, cefalea, MPOC. Distòcia social
106	H	3	Sabadell	Espanya	Pediatría	Tos, catarro nasal, bronquiolitis, bronquitis aguda fibrinosa, varicel·la, contusió, GEA.
99	D	46	Sabadell	Espanya	PS	Trastorn mental no psicòtic, ansietat, trastorn personalitat límit, depressió, intoxicació fàrmacs.
97	D	38	Sabadell	Espanya	TO-MD	Fractura radi, artràlgia canell, micosi cutània, intoxicació medicació, epilèpsia, intolerància lactosa, hemiparèsia, hidrocefalia.
97	D	39	Sabadell	Espanya	GO-MD-TO	Control embaràs, avortament, tendinitis, contractura muscular.
94	D	38	Sabadell	Espanya	PS-MD-TO	Ansietat, insomni, manca ànim, depressió, cervicalgia, còlic nefrític, dolor menstrual, alcoholisme, idees autòlisi, tromboembolisme pulmonar.
91	D	55	Sabadell	Espanya	MD-TO-PS	Epicondilitis, artrosi, dolor toràcic, pneumònia, bronquitis crònica obstructiva, infecció respiratòria, HIV.
90	H	3	Sabadell	Espanya	Pediatría	Bronquitis, amigdalitis, febre, síndrome catarral, convulsió, eritema.
90	D	78	Sabadell	Espanya	PS-MD-TO	Ansietat, trastorn personalitat, tendència suïcida, intent autòlisi, depressió, nerviosisme, dolor abdominal, síndrome colon irritable, cervicoartrosi.
90	D	37	Sabadell	Espanya	TO-MD	Panadís dits ma, contusió colze, tendinitis peroneal, contusió cervical i cap, gastroenteritis, vertigen, contusió canell, síncope, dolor abdominal.
89	D	75	Sabadell	Espanya	MD-PS	Depressió major, trastorn delirant, hipocondria, fractura

						húmer, neuràlgia, dolor abdominal.
88	D	35	Sabadell	Espanya	PS-GO-TO	Esquizofrènia paranoide, al·lucinacions, crisi emocional per estres, lumbàlgia, amenorrea, malaltia inflamatòria pelvis, incontinència urinària.
86	D	26	Sabadell	Espanya	PS-MD-TO	Intoxicació cocaïna, dependència cocaïna i opiacis, metadona, psicosis, trastorn límit personalitat, contusió cama, agressivitat, ansietat.
85	H	3	Sabadell	Espanya	Pediatría	Bronquitis, laringitis, síndrome febril, gastroenteritis, amigdalitis, edema palpebral.
84	H	33	Sabadell	Espanya	PS	Ansietat, esquizofrènia paranoide, trastorn obsessiu compulsiu, altres trastorn d'ansietat, altres raons.
83	H	41	Cerdanyo la del Vallès	Espanya	PS-MD-TO	Restrenyiment, disúria, gonalgia, esquinç costelles, cefalea tensional, trastorn esquizoafectiu, ansietat, trastorn bipolar.
82	H	56	Sabadell	Espanya	MD-TO-CG-PS	Policontusions, hipoglucèmia, diabetis, dolors articulars, descartar patologia urgent. Distòcia social
82	D	81	Sabadell	Espanya	MD-TO	Sobreinfecció respiratòria, malestar general, dolor toràcic, infecció tracte urinari, caiguda casual, diarrea, dolor espatlla.
81	D	39	Sabadell	Espanya	PS-MD-TO	Trastorn límit personalitat, ansietat, restrenyiment, esquinç turmell.
81	D	36	Cerdanyo la del Vallès	Espanya	PS	Trastorn personalitat, alteració conducta, ansietat, ferida coll, agitació, intent autòlisi, ingesta càustics, depressió, vertigen
81	D	66	Sabadell	Espanya	MD-TO	Intent autòlisi, policontusions, cervicalgia, colecistitis, dolor abdominal, ansietat, fibromiàlgia. Distòcia social.
80	D	66	Cerdanyo la del Vallès	Espanya	MD-TO	AVC isquèmic, HTA, diabetis, grip, gonalgia, contusió lumbar, lumbàlgia, tromboflebitis, dolor cames, lipoma, hernia discal.
80	H	46	Sabadell	Espanya	PS-TO-MD	Esquizofrènia, ansietat, insomni, trastorn conducta, persona temorosa, contusions varies, dolor turmell, cos estrany. Retard mental.

Font: Arxiu CSPT. Elaboració pròpia

Taula 19. Relació de la immigració a Catalunya i assistències al SUH

Any	Població immigrada a Catalunya %	Població immigrada al Vallès Occ. %	Immigració i assistències al SUH %
2000	2,9	1,71	
2001	4,05	2,48	
2002	5,87	3,81	
2003	8,1	5,5	
2004	9,44	6,64	
2005	11,42	8,14	
2006	12,81	9,37	8,36
2007	13,49	9,9	8,94
2008	14,99	11,13	9,41
2009	15,91	12,08	9,22
2010	15,95	12,09	9,21
2011	15,73	11,79	8,99
2012	15,68	11,44	8,68
2013	15,34	10,96	8,08

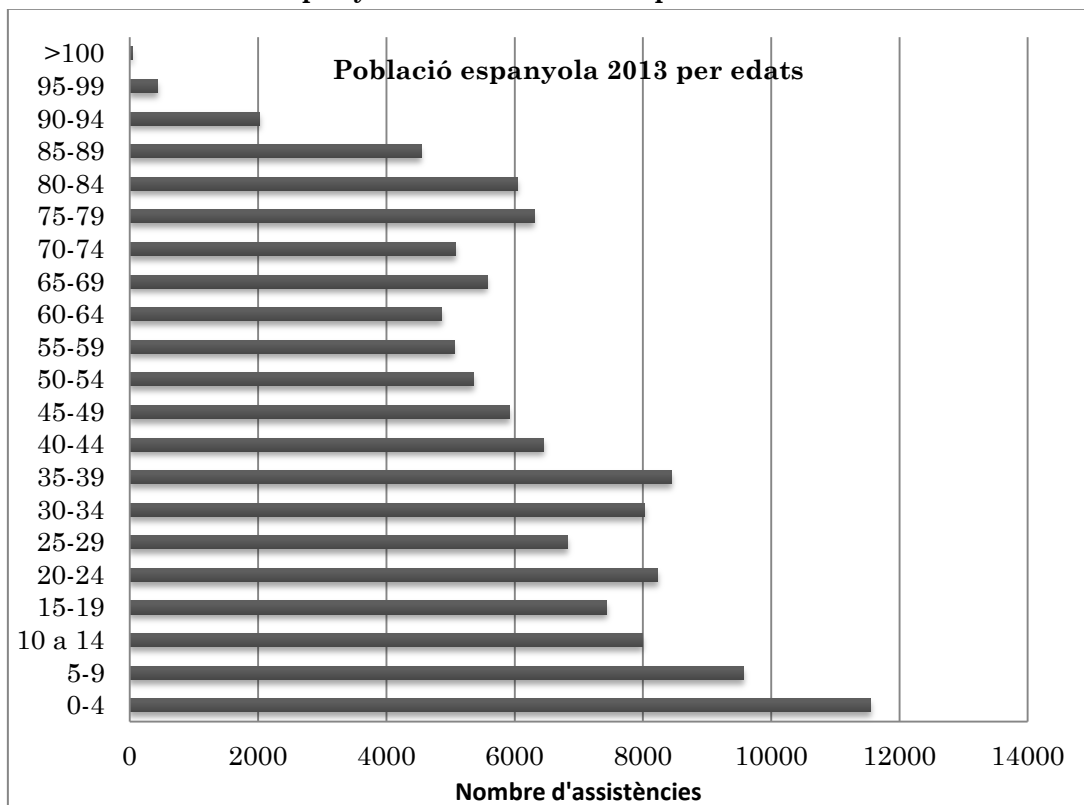
Font: IDESCAT i Arxiu CSPT. Elaboració pròpia

Taula 20. Relació d'assistències en les persones immigrades

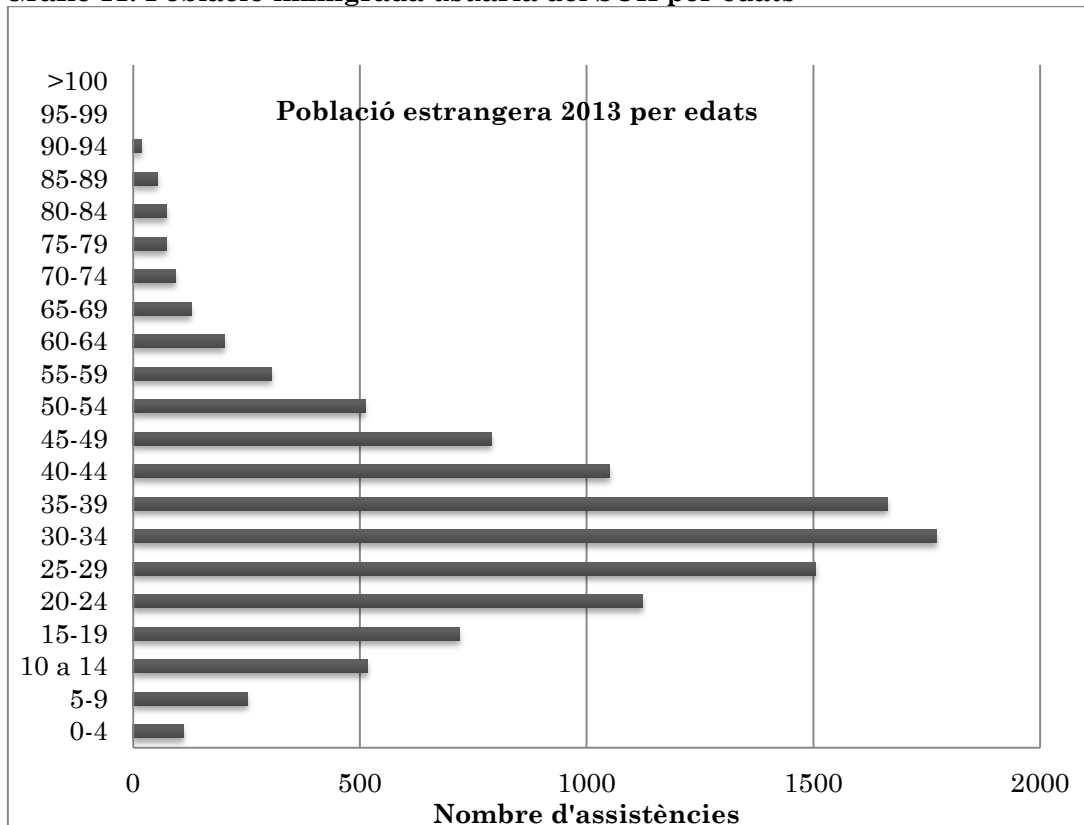
Percentatge de la població immigrada a la comarca del Vallès occidental. Promig període 2006-2013.	11,09
Percentatge al SUH de persones immigrades. Promig període 2006-2013 sobre el total d'assistències.	8,86%
Percentatge sobre el total de les persones freqüentadores de 12 vegades en un any en el mateix període.	6,16%,
Percentatge entre les persones que hi han acudit els 8 anys seguits estudiats.	5,92%.
Percentatge de persones estrangeres sobre el total d'estades en el SUH de més de 24 hores. ²²²	3,86%
Percentatge entre les 46 persones més freqüentadores en nombre absolut en el període 2006-2013.	0%

Font: IDESCAT i Arxiu CSPT. Elaboració pròpia

²²² Aquesta dada fa referència al percentatge sobre el total d'estades superiors a les 24 hores en el servei, i corresponen al promig dels anys compresos entre el 2008 i 2011.

Gràfic 10. Població espanyola usuària del SUH per edats

Font: Arxiu CSPT. Elaboració pròpia

Gràfic 11. Població immigrada usuària del SUH per edats

Font: Arxiu CSPT. Elaboració pròpia

Taula 21. Procedència immigració al SUH, nombre absolut, 2006-2013

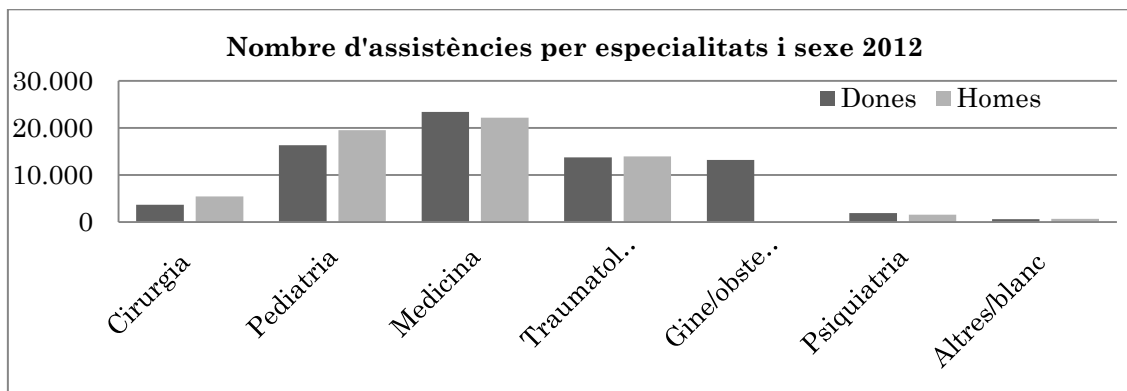
Marroc	22.047	Brasil	2.662	Itàlia	1.224
Equador	11.892	Gàmbia	2.215	Ucraïna	1.203
Bolívia	11.977	Paraguai	2.014	Mali	979
Romania	5.617	Xile	1.626	Nigèria	919
Colòmbia	4.866	Rússia	1.527	Alemanya	860
Argentina	4.211	Portugal	1.396	Hondures	833
Perú	3.674	Senegal	1.321	Mèxic	504
Xina	3.136	Cuba	1.300	Algèria	491
Rep. Dominicana	3.079	Pakistan	1.277	Bulgària	468
França	2.943	Veneçuela	1.256	Índia	440
Uruguai	2.877	Guinea	1.228	Ghana	430

Font: Arxiu CSPT. Elaboració pròpia

Taula 22. Estadets llargues a SUH, segons de residència i immigració

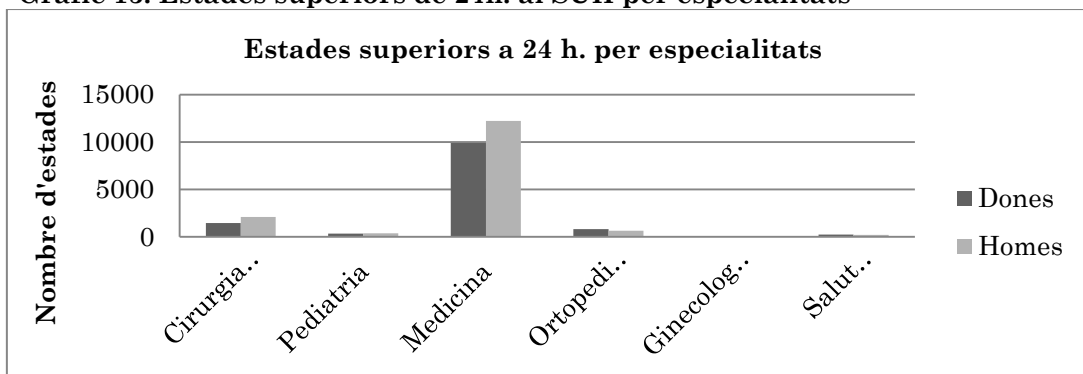
Any	Total	Dones	Homes	Sabadell ciutat	Fora de Sabadell ²²³	Població estrangera
2011	6,32%	45,55%	55,45%	56,60%	43,40%	3,85%
2010	6,03%	44,50%	55,50%	54,40%	45,60%	4,10%
2009	6,25%	45%	55%	55,40%	44,60%	3,80%
2008	5,97%	46%	54%	54,60%	45,40%	3,70%

Font: arxiu CSPT. Elaboració pròpia

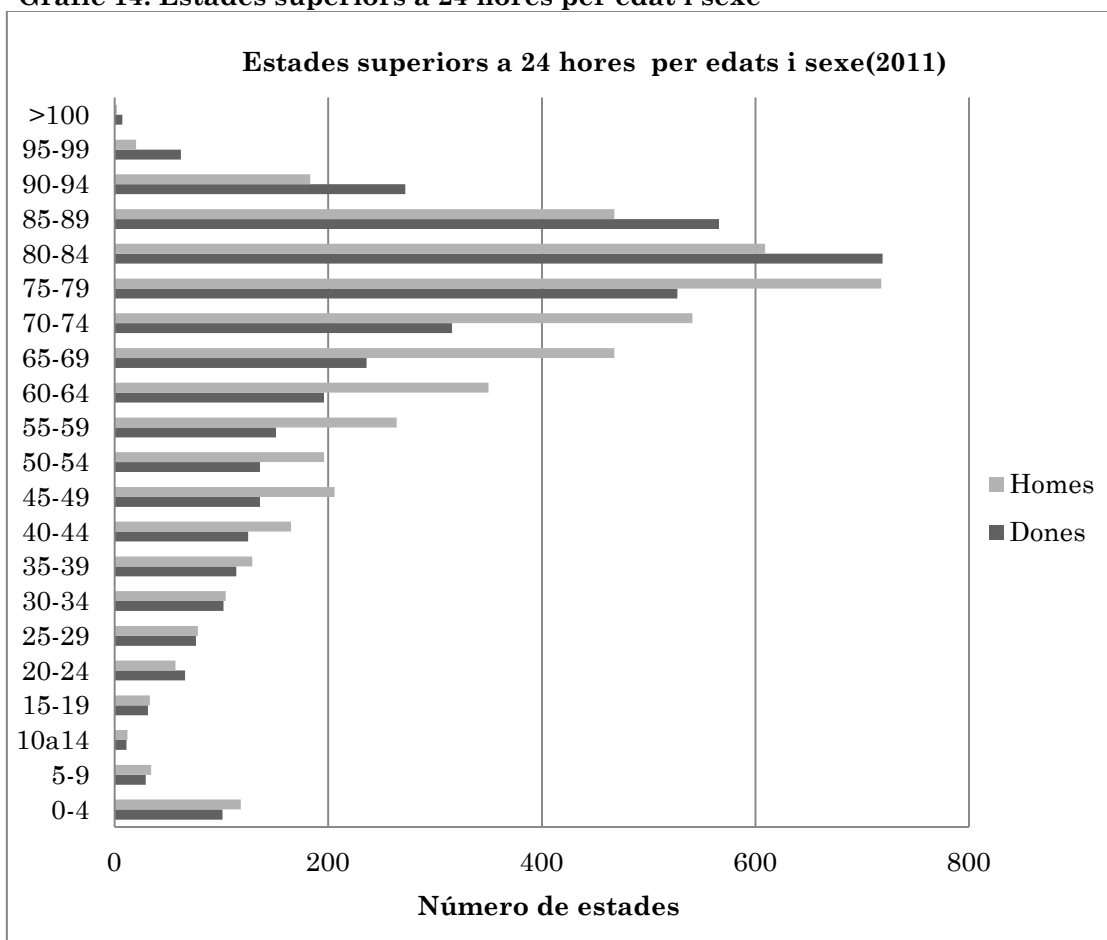
Gràfic 12. Relació d'assistències totals al SUH per especialitat i sexe

Font: Arxiu CSPT. Elaboració pròpia

²²³ Els percentatges de dones i homes respecte a si les persones viuen a Sabadell ciutat o a fora segueixen uns percentatges similars als del total

Gràfic 13. Estades superiors de 24h. al SUH per especialitats

Font: Arxiu CSPT. Elaboració pròpia

Gràfic 14. Estades superiors a 24 hores per edat i sexe

Font: Arxiu CSPT. Elaboració pròpia

Il·lustració 6. Manifestacions de l'ansietat

Sensacions i tipus de símptomes	Símptomes
Sensacions corporals localitzades, viscerals (que tenen a veure, sobretot, amb el sistema nerviós autònom)	Palpitacions. Sudoració. Tremolors o sacsejades. Sequedat a la boca. Dispnea, dificultat per respirar. Sensació d'ofec. Dolor o malestar al pit. Nàusees o malestar abdominal. Sensació de mareig, inestabilitat o desmaís.
Símptomes generals	Fagots o calfreds. Sensació d'entumiment o formigueig. Tensió muscular
Símptomes de tensió	Dolors o parestèsies. Sensació de "tensió mental". Sensació de nus a la gola o de dificultats per a empassar. Inquietud i dificultats per relaxar-se. Sentiment d'estar al límit o sota pressió. Lipotímies o desmaís.
Més símptomes relacionats amb l'estat mental	Sensació d'incertesa, inquietud, aprensió. Sensació que els objectes són irreal (desrealització) o de sentir-se canviat, alterat, lluny o fora de la situació (despersonalització). Sensació de perdre el control, de tornar-se boig, o de mort imminent. Por de morir.
Altres símptomes psicològics menys localitzats	Resposta d'alarma exagerada a petites sorpreses o sobresalts. Dificultat per a concentrar-se o sensació de tenir la ment en blanc. Irritabilitat persistent. Dificultat per agafar el son per preocupacions.

Font: Tizón, 2011, p. 69

Il·lustració 7. Contextos de la por

Context	Fenòmens
Biològic	Neurològic: Sistema nerviós central o de la vida de relació (SNC): psicomotricitat, conducta i autoconsciència. Sistema nerviós vegetatiu (o autònom) (SNA): simpàtic i parasimpàtic. Endocrí i visceral: Respostes hormonals, viscerals, cutànies, musculars i altres de la por, determinades per l'acció del sistema nerviós autònom simpàtic. Marcadors somàtics de l'emoció: sensacions corporals, horripilació, suor, resposta electrodermal, seguici somàtic de l'ansietat...
Psicològic intrapsíquic	Sensacions sobre el propi cos. Altres representacions mentals: sentiments, pensaments, fantasies...
Psicològic interpersonal	Reaccions i conductes del subjecte. De la figura d'aferrament. Dels altres.
Psicològic grupal	Reaccions i conductes de la família, dels microgrups socials (educatius, laborals, recreatius, xarxes socials...) Reaccions i conductes macrosocials: cultura i ideologia

Font: Tizón, 2011, p.73-74)

Taula 24. Relació entre el nivell educatiu i creença del mal d'ull

		No estudis/Primaris	Secundaris	Superiors
Homes	SI	6	1	1
	NO	0	3	2
	Dubten	2	1	2
Dones	SI	7	1	0
	NO	7	3	2
	Dubten	0	2	1

Font: CSPT. Elaboració pròpia

Annexos 2. Guió entrevista informants freqüentadors

1. Dades demogràfiques

Nom i cognoms:

Edat:

Estat civil:

Té fills?

Altres familiars:

Amb qui viu?:

Població on viu:

Població on va néixer:

Nivell d'estudis:

Condicció laboral i treball:

Té afeccions?

Quantes vegades aproximadament ha anat a les urgències del Parc Taulí?

Qui va prendre la iniciativa?

Els ingressos econòmics li permeten cobrir les necessitats?

Ha tingut problemes econòmics al llarg de la seva vida?

2. Preguntes en relació a la salut/malaltia

- Què és per vostè la salut i la malaltia?
- Què el fa sentir amb salut o malalt? Quines zones del cos o malalties considera més importants davant un problema de salut? Què és el que li més li preocupa?
- Té ara o ha tingut malalties? Pren medicació o tractament?
- A que creu que són degudes les malalties i/o amb què les relaciona? Quins factors les causen?
- Relaciona en un moment o un fet concret de la seva vida el desencadenant dels problemes de salut/malaltia? Quin i per quins motius.
- El neguiteja la idea d'emmalaltir?
- La persona que te molta salut i la que esta molt malalta a que creu que es deu?
- Te creences? Creu que l'ajuden?
- Creu que existeix el mal d'ull? Coneix persones que hi creuen? Hi ha realitzat pràctiques vostè o coneguts?
- Què és per vostè greu i urgent?
- La urgència i la gravetat del que li succeïa quan va acudir al SUH qualificaria de:
 - lleu - regular/normal - molt

- Quan es troba malament què és el primer que fa? On acudeix i per què? I quan te símptomes que ja abans ha tingut? Quan tarda a consultar? Creu que es poden resoldre per si soles les malalties?

- Busca informació i a on?

- Sabem el suficient sobre la salut i les malalties per poder-nos cuidar nosaltres mateixos?

- Quins passos que ha fet o està fent per resoldre el trastorn? Ha consultat altres serveis? CAP, centre privat...?

- En relació a la tecnologia per solucionar els problemes de salut, quina opinió en té? Creu que era necessari que li efectuessin proves diagnòstiques com analítiques, RX, TAC..? Les hi van fer?

- Quines avantatges/desavantatges creu que té anar a urgències?

- Hi havia algun motiu pel qual requeria solucionar el problema ràpid?

- Ha abandonat el servei alguna vegada abans de ser donat d'alta i per què?

- Com és la seva relació/comunicació amb els professionals? Creu que l'entenen? Pot explicar el que li passa? S'ha sentit ben atès i li han solucionat el problema? Es queda satisfet i se sent informat?

- Es pren la medicació i segueix els consells que li donen? Per quins motius?

- Ha acudit a medicines alternatives i quines? Per quins motius? Pren remeis tradicionals (de tota la vida), vitamines, menjars especials, exercici físic...?

- Quins llocs creu que estan millor preparats per atendre els problemes de salut? I els professionals?

- Com creu que afecta la seva malaltia a la seva família?

- Té persones de l'entorn que l'ajudin o li donin suport amb allò que necessita? Es sent ajudat? Vostè ajuda a altres persones?

- Rep suport institucional com ajudes econòmiques o ajuda per les tasques que necessita? Creu que la societat té mecanismes per ajudar a les persones?

- El seu estat de salut en general el considera:
 - molt bo - bo - regular - dolent - molt dolent

Annexos 3. Qüestionari xarxes

Nom/sexe:

Edat:

Estat civil/nombre de persones que viuen amb vostè:

Població:

Nacionalitat/lloc naixement:

Situació laboral/estudis/professió:

Qui ha pres de decisió de venir a urgències:

Ha vingut altres vegades a urgències?:

Podria dir-me quantes persones coneix que facin ús dels serveis d'urgències?

Digui'm el seu nom si us plau:

sexe	Tipus relació	Residència	Edat	Situació laboral
Número 1				
Número 2				
Número 3				
Número 4				
Número 5				
Número 6				
Número 7				

Es coneixen entre elles aquestes persones que m'acaba de citar?:

XXXXX	Número 1	Número 2	Número 3	Número 4	Número5	Número 6	Número 7
Número 1	XXXXX						
Número 2		XXXXX					
Número 3			XXXXX				
Número 4				XXXXX			
Número 5					XXXXX		
Número 6						XXXXX	
Número 7							XXXXX

Preguntes addicionals:

- què es per vostè la salut i la malaltia
- què es urgència i gravetat
- creu que el problema que té ara és urgent i/o greu i perquè?
- ha consultat o utilitzat altres medicines/teràpies?
- el seu estat de salut en general el considera:
 - molt bo - bo - regular - dolent - molt dolent

Annexos 4. Document consentiment informat entrevististes

Aspectes que porten a la freqüentació dels serveis d'urgències hospitalaris. Estudi a l'Hospital de Sabadell.

El convido a participar en una investigació que porto a terme junt amb la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona dins el marc d'un Doctorat d'Antropologia Social i Cultural.

Es tracta d'un estudi qualitatiu. L'objectiu és conèixer de manera global i amb profunditat, el què representa per les persones la salut i la malaltia, quins suports familiars o socials tenen i què les porta a la utilització dels serveis d'urgències hospitalaris. Tot això ajudarà a tenir més coneixements per millorar l'assistència sanitària a la població.

L'estudi es realitzarà amb persones que han freqüentat en varies ocasions el servei d'urgències de l'Hospital de Sabadell. La tècnica emprada en l'estudi serà la realització d'entrevistes semiestructurades. La seva contribució consistirà en contestar a les preguntes de l'entrevista, sent la durada entre 1h. i 1^{1/2}h. Les preguntes que li faré seran sobre els conceptes abans esmentats. L'entrevista serà enregistrada amb gravadora i posteriorment transcrita literalment; es fa així per facilitar l'anàlisi de les dades que se'n generin.

La durada d'aquest estudi serà de 4 anys aproximadament i el nombre de casos inclosos de 60.

La seva participació en l'estudi és totalment voluntària i es pot retirar en qualsevol moment si vostè així ho desitja. La seva identificació i totes les dades personals que es derivin de l'entrevista es tractaran amb confidencialitat segons la legislació vigent. L'accés d'aquestes dades és sols per l'investigador, no per cap altre persona. Per la redacció del treball i posterior publicació, es mantindrà en tot moment el seu anonimat.

Si té algun dubte o desitja algun aclariment pot sol·licitar-ho en qualsevol moment.

Manifesto que he rebut i comprès la informació sobre l'estudi que s'està realitzant i estic d'acord en participar-hi en els termes que se m'ha explicat, i em quedaré una còpia d'aquest consentiment informat.

Sr./Sra. _____ Rita Prat Caballol. Infermera CSPT

Signatura del pacient

Signatura de la investigadora

Sabadell a

Annexos 5. Document consentiment informat qüestionaris

Consentiment informat verbal pels qüestionaris en el SUH

Bon dia, el meu nom és Rita Prat, soc una professional infermera d'aquesta institució. Estic realitzant un estudi sobre la utilització i freqüentació dels serveis d'urgències hospitalaris a la universitat Rovira i Virgili de Tarragona. El convido a participar en aquest estudi, però sent totalment voluntària la seva participació. La seva aportació consisteix que em contesti a unes preguntes d'un qüestionari que li realitzaré. En total el nombre de qüestionaris que efectuaré serà d'uns 300. Les seves respostes són totalment confidencials. La durada aproximada serà d'uns 5 minuts, i si es vol retirar abans d'acabar de preguntar-li ho pot fer amb total llibertat i sense cap compromís. Moltes gràcies.

