

alimara

REVISTA DE TREBALL SOCIAL
NÚMERO 36 / SEGONA ÈPOCA / DESEMBRE DE 1995



**Consell Insular
de Mallorca**

alimara

Núm 36

Segona Època. Desembre de 1995

Edita: Consell Insular de Mallorca

Redacció: Servei d'Acció Social i Sanitat

General Riera, 67

07010 Palma

Tel. (971) 76 07 62

Fax: (971) 76 19 52

Cuadre portada: Antoni Marquet

Maquetació: Quid Gràfic

Impressió: Planisi S.A.

Dipòsit legal: PM - 128 - 1987

Els articles d'aquesta revista expressen únicament l'opinió dels seus autors.



Forma aquest bloc un sol article signat per Lluís Ballester i que porta per títol "Notes sobre "Exclusió i Salut". L'article fou presentat pel seu autor com a ponència als Encontres Tècnics sobre Metodologia de la Intervenció Social Integral per a la Lluita contra l'Exclusió.

En ell se'ns parla d'exclusió, d'integració i de privació. Lluís Ballester posa sobre la taula el fet que en els processos de privació-exclusió hi intervenen tres aspectes: els processos culturals (integració socio-cultural, creences personals i valors socials, etc), els processos institucionals (accessibilitat als serveis de salut, configuració dels sistemes de serveis, estructura de l'administració i competències, etc.) i, per últim, els socials (desigualtats socials en l'accés i consum dels recursos socials, desigualtat en les oportunitats, estructuració i dinàmica de la població en el territori, estructura de la família, etc.).

En definitiva, un article que pot ajudar a definir millor les estratègies de les polítiques d'inserció social.

NOTES SOBRE "EXCLUSIÓ I SALUT" (1)

(Ponència presentada a: "Encontres Tècnics sobre Metodologia de la Intervenció Social Integral per a la Lluita contra l'Exclusió". València, 21 a 23 de juny de 1995)

Lluís Ballester Brage

*Responsable de la Unitat de Planificació i Estudis
Servei d'Acció Social i Sanitat del CIM*

Exclusió, integració, privació

El concepte d'exclusió es defineix en relació al concepte d'integració, considerant com excloents entre si a ambdós conceptes, i a la vegada com definatoris d'un únic procés. En una primera aproximació ja s'inclou la noció de procés. A la nostra manera d'entendre ambdós conceptes reconeixem dit procés, però creiem necessari interpretar-lo com lligat a la dinàmica de les necessitats socials i els valors socials. És a dir, interpretam l'exclusió com una situació que pot caracteritzar-se en relació a les diferents situacions de privació i a les ruptures i obstacles per a desenvolupar les trajectòries vitals en determinat context social, siguin dits obstacles purament materials o culturals.

Pel que fa a la situació de salut, entesa com complexa associació de diverses variables, no serà tan sols la malaltia (el tipus i la gravetat, l'afectació que produeix, etc.) les que determinin l'exclusió, sinó una sèrie de fenòmens com la consideració social negativa de la síndrome, la mancança de recursos socials, etc. De tal manera que el concepte d'exclusió s'ha d'interpretar com lligat al de PRIVACIÓ, és a dir, lligat a la dinàmica de les necessitats i els valors socials. En dita dinàmica hi ha tres aspectes fonamentals que influeixen en els processos de privació-exclusió:

1. Processos culturals (integració social-cultural, creences personals i valors socials, etc.).
2. Processos institucionals (accessibilitat als serveis de salut, configuració dels sistemes de serveis, estructura de l'administració i competències, així com del conjunt d'iniciatives socials).
3. Processos socials (desigualtats socials a l'accés i consum dels recursos socials i les oportunitats, estructuració i dinàmica de la població en el territori, estructura de la família, consideració del cicle vital i familiar, etc.).

Tant la salut com l'assistència sanitària estan relacionades amb l'estructura de la societat. La forma en la qual la societat està organitzada i estructurada té una influència significativa en el tipus i distribució de les malalties. (Rodríguez i Miguel, 1990: pp. 34 a 46). Aquesta, fins i tot, delimita i dona forma a la resposta organitzada a la malaltia: el sistema sanitari. (Miguel, J.M. de 1983). Analitzar la malaltia o el sistema sanitari sense estudiar la seva connexió amb l'estructura social i la interacció social significa oblidar una de les parts crucials de la dinàmica de les necessitats⁽²⁾. Per establir la connexió entre estructura social i salut, s'ha d'investigar la forma en la qual factors socials de la importància de l'estructura de les organitzacions, la distribució dels recursos, la manera d'entendre el treball i el temps lliure, la percepció de la salut d'una comunitat afecten la salut i la malaltia, així com la resposta social a tals fenòmens.

La salut, tant com el fet d'emmalaltir, és doncs multifactorial i les condicions econòmiques, de treball, de vivenda, urbanístiques, culturals, etc., influeixen de forma definitiva en la malaltia (Duran, M^a A., 1983). De tal manera que una situació de necessitat viscuda individualment només s'explica socialment. Es constitueix, reconeix, expressa i resol o no, socialment. Utilitzant la diferenciació dels tres processos anam a assenyalar com es produeix aquesta interrelació de factors i es generen processos d'exclusió diversos.

1. Processos culturals

Processos culturals que s'expressen en dos nivells diferenciats:

- a. Per una banda, en la conducta individual-familiar basada en creences relatives a la salut;
- b. Per altra banda, en la relació entre necessitats i valors socials a un nivell més general, que s'expressa en les demandes col·lectives i els fonaments normatius (no legals) del consens social.

1.a. Creences sobre la salut

Generalment, entre la població, es tenen idees més o manco correctes sobre el que és rellevant quant a la pròpia salut. Idees sobre el que s'ha d'evitar o fer per mantenir-se sa i per curar les malalties que es tradueixen en comportaments. Per exemple, la mateixa demanda als serveis sanitaris, el "silenci de les necessitats", o el fet d'autodiagnosticar-se tenen a veure amb dites creences. El fet que la quantitat de fàrmacs subministrats als infants sigui directament proporcional a la quantitat de fàrmacs presos per la mare (Maia, Becker i Katlic, 1986) mostra la importància dels efectes de dites creences.

Per sistema de creences relatiu a la salut s'entén un conjunt de valors, normes, coneixements i comportaments lligats a la salut. Per individualitzar i comprendre els factors que influeixen en la posada en marxa d'accions autònomes i individuals lligades a la gestió de la pròpia salut o al propi malestar, s'han definit alguns models explicatius que Becker resumeix sota l'expressió "*models de comportament lligats a la salut*" (Becker, 1979). A partir de dits models Becker ha definit el seu *Health Belief Model* (HBM) que es basa en cinc factors:

- Predisposició a la malaltia.
- Gravetat de la malaltia.
- Obstacles per a dur terme l'acció aconsellada.
- Beneficis induïts de l'acció aconsellada pels usuaris.
- Elements de reforç.

Per a Becker la decisió de realitzar una acció depèn d'una certa "motivació per a la salut", que encara està influïda pels missatges, les informacions, els models que el subjecte rep, directa i/o indirectament, del sistema sanitari i d'altres fonts qualificades, obté els seus continguts de l'experiència subjectiva de l'individu i de les seves condicions socio-estructurals. Una experiència personal de dificultat d'accés als serveis, de manca de reconeixement del malestar, de consideració social negativa, de no acceptació incondicional, etc. poden anar desenvolupant una cultura personal-familiar negativa, una separació dels patrons normalitzats de motivació per a la salut i d'evitació de la malaltia.

En aquest plànol es trobaria un primer nivell d'exclusió, només aparentment voluntària. La consideració dels comportaments lligats a la salut i malaltia com expressió d'un sistema de "creences", d'una sub-cultura, permet superar algunes interpretacions mecanicistes que han fundat actuacions clíniques i treballs preventius basats en la següent hipòtesi: qui no té hàbits sans o qui no acudeix amb una demanda clarament formulada als serveis de salut és perquè no té informació; aleshores, si aportam la informació que manca, dites conductes desapareixeran. Hi ha una elaboració personal-familiar que no es redueix a patrons racionalistes de dit estil.

1.b. Necessitats i valors socials

La relació entre necessitats i valors és sistemàtica (Pía Lara, 1992: p. 124). Cada un dels sistemes culturals diferenciats té les seves pròpies pretensions de validesa. Tal com ja Max Weber havia destacat:

"(...) els distints sistemes de valors existents lliuren entre si una batalla sense solució possible". (M. Weber, 1980. pp. 215 i 216)

No només és una cosa que es pugui reduir a la diferència de llengües que utilitzam (com deim les coses), sinó a la diferència de llenguatges (quines coses deim). Les representacions dominants entre els ciutadans "normals" i integrats en relació amb les denominades "poblacions de risc" constitueixen un factor de primer ordre per a l'èxit o el fracàs de les polítiques destinades a la inserció social dels subjectes exclosos.

La població que expressa valors mitjans de la comunitat, basa les seves teories sobre la malaltia en una sèrie de creences que es nodreixen de diverses fonts: experiències personals, anuncis de farmàcia, enciclopèdies mèdiques, comentaris de premsa i d'altres mitjans de comunicació, divulgacions de la tecnologia i del diagnòstic i tractament tecnològic... El seu model de malaltia és el de la màquina supercomplicada avariada, amb paràmetres exactes -la temperatura o la tensió arterial són xifres precises i qualsevol desviació és signe d'alarma-, màquina que no permet pèrdues de fluid -fatalitat d'hemorràgies o d'excessos- i que, per tot això, requereix una vigilància contínua similar al manteniment del cotxe utilitari: el metge, com el mecànic, medeix nivells o alça el capot per veure l'interior de la màquina humana mitjançant la radiologia, o mitjançant el correcte reglatge prevé accidents o aconsella ritmes de vida.

La malaltia mental ens permet veure com es produeix un procés d'exclusió sobre la base d'una expressió de la diferència, encara que puguem fer-ho extensiu a la SIDA o a les toxicomanies, per exemple. La malaltia mental no és aliena a aquest estereotipus popular de la màquina espanyada: les malalties mentals són malalties del cervell sobre les quals tenen influència directa els esdeveniments vitals i l'estrés, davant els quals ni l'individu ni la seva família tenen capacitat de defensa o d'amortiment. La complementaritat entre cervell malalt i indefensió social seria la fórmula d'aquest imaginari social del boig que reenvia no tant al perill d'antany com a l'incordi social.

El malalt mental és percebut des del primer cop de vista com una persona rara: mai no se sap com reaccionarà, no ens entén als normals i mai no arribarem a conèixer els seus sentiments, tan allunyats dels nostres; és egoista i descontrolat; no té en compte els sentiments ni els pensaments dels altres; es bota les normes... El resultat és una visió del malalt al qual se li nega la capacitat per a la conducta comunicativa: deixa de ser una persona que emet missatges per convertir-se en un ser, conductes del qual són símptomes segregats pel seu cervell malalt. D'aquí que el tractament ideal per al malalt mental, des de l'òptica del saber popular, sigui el rebuig suau. Els malalts mentals únicament han de retornar a la comunitat quan estiguin completament curats -curació significa tornar a estar com abans del seu trastorn- i, mentrestant, han de permanèixer en clíniques, ben atesos, amb portes obertes, donat que, en general, no són perillosos. L'estereotipus popular remarca l'especificitat d'un espai diferenciat per a la anormalitat psíquica entesa aquesta com a violació de les normes socials implícites d'educació, decència, adequació als rols, etc.

En aquest moment ens trobam davant un segon nivell d'exclusió basal en la naturalitat de la segregació que es va gestant sobre la consideració social de cada fenomen. El respecte, l'acceptació incondicional de la diferència, el pluralisme d'esferes culturals de valor és la base per a la relació entre els diversos sistemes condicionants materials i institucionals que produeixen exclusió, i que en múltiples ocasions s'associen sistemàticament a l'exclusió cultural, fent que aquesta sigui molt més difícil de superar.

2. Processos institucionals

Entre els diversos condicionants institucionals, es poden identificar aquells que interfereixen en la determinació de les necessitats, aquells que defineixen el que es pot considerar com a necessari. Un exemple estudiat per Mildred Blaxter (1980), és el condicionament de les valoracions per part dels serveis ja existents, de manera que com assenyala, en ocasions el problema de determinar les necessitats d'un col·lectiu es confon amb el problema de dissenyar els criteris de selecció per a determinats serveis. De la mateixa manera que algunes institucions defineixen la seva funció i clientela en termes de la seva pròpia estructura i de la seva pròpia ideologia o en funció dels recursos disponibles⁽³⁾. La frontera entre salut i malaltia o entre normalitat i discapacitat, entre necessitat i no necessitat es pot veure afectada per les decisions dels professionals o dels administradors dels sistemes de serveis, sense possibilitat de rèplica per part dels usuaris, però atemptant als pretesos fonaments objectius de les seves pròpies estimacions.

3. Processos socials

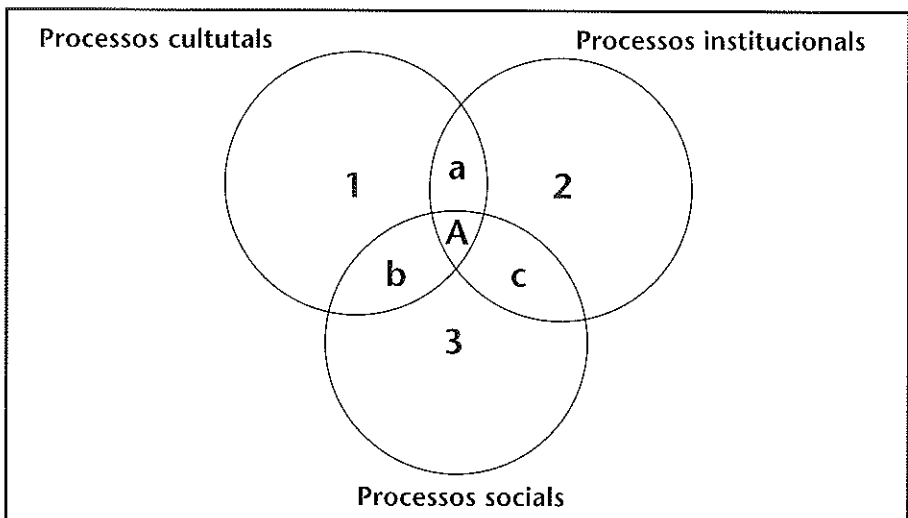
Tant la salut com el sistema sanitari han de ser analitzats com a parts integrants de la societat. Darrera els alts nivells de vida aconseguits per les societats avançades s'amaguen grans diferències socials. En el cas de la salut, els models teòrics dominants (metge, sanitari, econòmic) se centren en la sanitat (assistència sanitària) com la principal font de salut. Obliden el paper de la dinàmica social en la gènesi, desenvolupament i inclús curació de la malaltia, i en això radica precisament una de les raons de les seves limitacions explicatives. Aquestes tradicions teòriques interpreten les diferències socials en salut racionalitzant-les com a simples diferències assistencials o en la distribució dels recursos. Amb això el problema es fragmenta: es converteix en l'objecte d'una política específica (la política sanitària) i s'allunya i separa de la resta de l'activitat política i social.

Com destaca J.A. Rodríguez (1988: p.: 75), la salut i la malaltia no es distribueixen en la societat de forma aleatòria⁽⁴⁾. Certs grups socials estan malalts més sovint que altres, i algunes poblacions moren en edats més primerenques que altres. Les diferències en mortalitat i esperança de vida entre els diversos grups i classes socials han estat suficientment observades en diverses investigacions. Aquí s'hauria d'aprofundir en la diversificació de les formes de desigualtat. Juntament amb la diferenciació basada en el control dels recursos, estan apareixent noves formes de desigualtat i noves formes de pobresa. És evident l'increment de l'anomenada *desigualtat horitzontal* (a través del cicle vital, entre diversos àmbits de vida) en relació a la vertical (entre diverses classes socials), encara que aquesta darrera no ha reduït la seva importància. Les diverses formes de desigualtat no estan representades només per les relacions de classe econòmicament definides, sinó que al sistema vertical de desigualtat de classe se superposa, complicant-ho, fragmentant-ho i en part neutralitzant-ho el conflicte de classe, el sistema horitzontal de la discapacitat dels àmbits de vida. (Picó, 1987: p. 21) A continuació s'apuntaran alguns elements sobre les xarxes socials que puguin ajudar a diferenciar aquestes estructures comunitàries que se solen identificar com "àmbits de vida".

Exclusió, unitats de convivència i xarxes socials

Tenint present la necessitat d'interpretar cada cas concret com expressió dels tres processos anteriors, s'han anat definint els grups més desafavorits com lligats a tres fenòmens⁽⁵⁾:

1. Toxicomanies.
2. SIDA.
3. Malalties mentals cròniques.



Dites situacions es poden estudiar des de diversos nivells d'exclusió, més o manco profunds en funció de la concurrència o no de diversos processos de privació-exclusió. Un quadre resum relativament simple ens pot donar tres nivells, segons es doni només un, dos o els tres processos d'exclusió:

La situació extrema es podria caracteritzar com aquella en la qual el subjecte amb una determinada malaltia, o en una situació de dèficit/risc per a la seva salut, no té recursos personals per a l'autonomia, existeix una consideració social negativa, dita situació es produeix en un context que limita el seu accés als sistemes d'ajuda (sanitari o social) i, tot això, en el marc d'una privació de condicions bàsiques i de recursos (unitat de convivència, xarxes socials).

Però, en aquest punt, pareix que pot ser adequat introduir un element nou. La salut i l'exclusió tenen com a protagonistes al conjunt de la societat, de tal manera que qualsevol política d'inserció social, de superació de l'exclusió, més enllà de les simples prestacions econòmiques o asilars, passa per una consideració de la pròpia comunitat. Des d'aquest plantejament, la consideració de les unitats de convivència i de les xarxes socials es fa fonamental.

Sobre la base de les investigacions existents, es pot distingir entre famílies "de risc" en el nivell de la prevenció i en el nivell terapèutic. Famílies de risc des del punt de vista de la prevenció són aquelles amb pocs recursos (privació de condicions bàsiques), poca experiència (inclosa una escassa socialització) sobre temes de salut, escassa assistència recíproca entre els components, escàs suport per part de la xarxa informal i d'altres grups de referència, alta conflictivitat interna i rebuig d'autocontrol. Atenent-se a diverses investigacions pareixeria que aquestes eventualitats caracteritzarien prop del 30% de totes les unitats de convivència, percentatge que naturalment augmenta considerablement en les àrees més subdesenvolupades i en els països menys modernitzats.

Les famílies de risc des del punt de vista terapèutic són molt similars a les precedents, afegint-se'ls la incapacitat de relacionar-se amb l'exterior (en l'ús dels serveis informals i sobretot formals) i un més accentuat rebuig/incapacitat/conflictivitat per dur a terme accions d'autocura. Estructuralment es tracta freqüentment, segons l'obtingut de les investigacions de camp, de:

famílies multiproblemàtiques complexes (molts membres i escassos recursos de tot tipus);

unitats de convivència amb un únic component (especialment gent gran);

famílies monoparentals amb fills dependents i pocs recursos personals;

però, també per parelles sense fills (en moltes ocasions molt joves o molt grans).

Està clar que la manca d'un grau elevat d'instrucció i una ocupació professional amb baixa qualificació incideixen sobre les situacions de risc més que quan incideix el simple nivell de renda (privació de manteniment). Aquesta darrera variable és també menys determinant, sempre als efectes del grau de risc, si no està associada al tipus de "cultura profana" de la salut que la família pot tenir, la qual depèn d'ajudes socialitzadores que augmenten la capacitat d'autocura o de recurs de xarxes de suport sanitari autònom.

Pel contrari, ha hagut qui, com L. Pratt (1976), ha intentat una precisa identificació de la família capaç de salut, anomenant-la *energized family*. Aquesta darrera estaria caracteritzada per *lligams flexibles però estables*, avaforides per una organització de parella paritària en la distribució de les tasques i del poder, amb modalitats comunicatives transparents, que evita tant el tancament de les relacions familiars cap a l'exterior com l'excessiva obertura o disminució (pèrdua d'identitat) de dites relacions.

Aquests apunts només es poden acceptar com indicadors per al diagnòstic i el pronòstic d'exclusió, no tant per prendre com a model paradigmàtic a un tipus de família i demonitzar la resta.

Altra línia d'anàlisi és la centrada en les xarxes socials. Cada vegada més freqüentment les reflexions sobre els comportaments lligats a la gestió de la salut i de la malaltia, i sobre la incidència i difusió d'algunes patologies (tant físiques com psíquiques) focalitzen l'atenció sobre les xarxes socials (*social network*). L'individu no és considerat ja com àtom aïllat que, basant-se en les seves circumstàncies socials i demogràfiques, assumeix determinats comportaments i administra la seva salut i la seva malaltia segons cànons culturalment admesos i compartits, sinó com individu inserit en una àmplia xarxa de relacions i concixements, comportament del qual pot ser explicat i comprès en funció de les característiques relacionals i estructurals de les seves xarxes socials de referència (*social network*):

- El comportament de l'individu pot ser comprès i explicat com una funció de les seves xarxes de referència.
- La pertinença a una o més xarxes pot ser considerada com expressió de l'estratègia realitzada pel subjecte per satisfer les seves necessitats.
- A causa de què les necessitats són múltiples, els subjectes tendeixen a pertànyer al mateix temps a més d'una xarxa, encara que òbviament de forma no rígida (tant en el sentit que, baix determinades condicions, l'individu entra i surt de les xarxes, com en el sentit que les xarxes, quant a què permeten nous contactes i informacions, són tendencialment dinàmiques i estan en continu canvi).
- Xarxes d'alta densitat suporten sobretot afecte, seguretat, béns no instrumentals o bé serveis, gaudiment del qual requereix un cert nivell de "confidència" i mútua confiança entre els subjectes que intercanvien els serveis.

-
- Xarxes de baixa densitat suporten sobretot béns instrumentals, informacions i nous contactes.

Entre les múltiples xarxes a les quals pot pertànyer un subjecte és possible individualitzar algunes xarxes particulars, que pel tipus de vincles que les constitueixen es caracteritzen per ser, generalment, d'alta densitat i de fort suport (en sentit ampli) pel subjecte. Els vincles són predominantment de parentiu, d'amics, de veïnatge: vincles, per tant, basats en relacions cara a cara, consolidats per encontres i intercanvis freqüents. Tals vincles constitueixen l'esquelet de les xarxes de parentiu, d'amistat, de veïnatge que poden estar compresos en la més ampla categoria de les xarxes de la "sociabilitat" primària. Encara que en una política de serveis orientada pel criteri de satisfacció de les necessitats és fonamental que l'individu pertanyi, al mateix temps, tant a xarxes d'alta densitat com a xarxes de baixa densitat, les xarxes de sociabilitat primària adquireixen una importància no menyspreable de cara al benestar, en sentit ampli, del subjecte i, per tant, de cara a la seva salut, per dos motius fonamentals:

- a) Primer, perquè estan, sobretot, centrades en vincles de suport emocional, psicològic i afectiu, que "protegeixen" el subjecte, augmenten les seves capacitats d'adaptació a l'exterior i reforcen la seva identitat, el seu sentit de "pertinença".
- b) Segon, perquè dins de dites xarxes "circulen" una sèrie de "serveis", de canvi de prestacions (per exemple, companyia o assistència personal, individualitzada i flexible) que responen a necessitats que, degut a la seva naturalesa, no poden ser sempre socialitzades externament i, per tant, satisfetes per sistemes de serveis institucionalitzats.

De tal manera que el desenvolupament de xarxes socials, el desenvolupament de processos comunitaris, és un dels requisits perquè les polítiques d'inserció social puguin tenir èxit a llarg termini. Almenys, la superació de les formes primàries d'exclusió (processos culturals), només es pot basar en el desenvolupament de dits processos.

NOTES

- (1) Aquest text és un resum d'algunes hipòtesis de treball sobre les quals s'està treballant en relació a la formulació de les estratègies d'una política d'inserció social; per suposat que no pretén desenvolupar una tesi inequívoca i indiscutible.
- (2) Els mateixos indicadors de l'estat de salut més utilitzats, com la mortalitat, morbilitat i incapacitat es basen en l'agregació de dades de

salut individual. Mostren la distribució dels nivells de salut en una comunitat i poden mesurar certes desigualtats entre grups socials, però no expliquen les causes que generen les diferències observades (Blaxter, M. 1980; Carr-Hill i Blaxter, 1982).

- (3) L'anomenat "efecte Mateo" té relació amb aquests condicionants institucionals.
- (4) Se sap que les condicions de vida tenen repercussions directes en l'estat de salut o en l'aparició de determinades malalties. Amb aquest propòsit han estat realitzats estudis epidemiològics, anàlisi de la relació entre variables socials, demogràfiques i econòmiques i variables com salut i malaltia. Valgui com exemple una de les quals s'ha convertit en un dels paradigmes: Una comissió del Departament de Salut i Seguretat Social del govern anglès, presidida per Sir Douglas Black, realitzà una revisió bastant complexa de l'evidència existent sobre desigualtats socials en els nivells de salut i en els serveis sanitaris del seu país (D.H.S.S., 1980). Els resultats eren molt clars. Les taxes de mortalitat tendeixen a créixer a mesura que el nivell socio-econòmic baixa, a totes les edats i sexes. En el moment del naixement i durant el primer mes de vida moren dos nadons de treballadors mensuals no especialitzats per cada un que mor en els grups de professionals. Durant els 11 mesos següents de vida 4 nines i 5 nins, fills de pares treballadors manuals no especialitzats morien per cada nina o nin fill d'un professional.

Altres indicadors de salut, com la percepció subjectiva de salut, els indicadors de factors de risc o els relatius a la utilització de serveis sanitaris, també es distribueixen de manera desigual entre diversos grups socials.

- (5) A aquest respecte cap consultar els treballs d'Aguilar, Gaviria, Goizueta i Laparra (1992) sobre exclusió, en especial els capítols dedicats a "Toxicomanies", "Alcoholisme", "SIDA" i la resta dels dedicats a salut i exclusió.

Bibliografia citada

Aguilar, Gaviria, Goizueta i Laparra (1992): **La exclusión**. Madrid, Consejería d'Integració Social-Comunitat de Madrid.

Becker, M.H. (1979): "Psychosocial aspects of health-related behavior". En: H.E.Freeman, S.Levine i L.G. Reeder (eds.), **Handbook of medical sociology**. N. Jersey, Prentice Hall.

-
- Blaxter, Mildred (1980): **The meaning of disability. Sociology of social and medical care series.** Londres, Heinemann.
- Carr-Hill, R.A. i Blaxter, M. (1982): "Indicators of Health, Poverty and their Joint Variation". Ponència presentada a les jornades: **WHO Consultation Meeting on Poverty, Health and Unemployment.** Aberdeen.
- D.H.S.S. (Department of Health and Social Security) (1980): **Inequalities on Health. Report of a Research Working Group in Inequalities on Health.** Londres, DHSS.
- Duran, M^a A. (1983): **Desigualdad social y enfermedad.** Madrid, Tecnos.
- Maiman, Becker i Katlic (1986): "Correlates of mother's use of medications for children", en **Social Science and Medicine**, vol. 22, 1.
- Miguel, J.M. de (1983): **Estructura del sector sanitario.** Madrid, Tecnos.
- Pia Lara, María (1992): **La democracia como proyecto de identidad ética.** B., Anthropos.
- Picó, J. (1987): **Teorías sobre el Estado del Bienestar.** M, Siglo XXI. Madrid.
- Pratt, L. (1976): **Family structure and effective health behaviour. The Energized family.** Boston, Houghton Mifflin.
- Rodríguez, J.A. (1987): **Salud y sociedad.** Madrid, Tecnos.
- Rodríguez, J.A. (1988): "El reparto del bienestar: Salud y desigualdad social en España". pp. 75-111 de: **Sistema**, 83.
- Rodríguez, J.A. i Miguel, J.M. de (1990): **Salud y poder.** Madrid, CIS.
- Weber, Max (1980): **El político y el científico.** M., Alianza.