

# **Reflexiones a propósito de la** especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria



Para contactar:

Lola Fernández López lolasturias@gmail.com Autora:

Lola Fernández López. Centro de Salud El Progreso. Badajoz

#### Introducción

La constante evolución de las necesidades de salud ha ido orientando las necesarias adaptaciones sociales a las mismas. Así, la enfermería es una disciplina que se ha visto sometida a diferentes cambios. En la actualidad, tras años de fundamentadas solicitudes desde las sociedades científicas, finalmente se reconocen las especialidades de enfermería en 20051. Cinco años después el Ministerio de Sanidad y Política Social edita el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria<sup>2</sup>, elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Un año más tarde, en mayo 2011, se hace realidad la incorporación de profesionales de la enfermería internos y residentes a los equipos de Atención Primaria (EAP).

El cuidado de las personas está en la esencia de lo que ha sido la enfermería desde los orígenes. En una aproximación etimológica a la palabra enfermera se ve que procede del término latino infirmitas-atis, que significa «no estar firme», «estar débil». Literalmente, podemos decir que el término enfermera se ha venido usando para designar a quien cuida de las personas que están débiles.

Entendiendo la salud pública como la salud de la población aplicada a una comunidad, la enfermera comunitaria será la enfermera que cuida de la salud de los que están débiles en una comunidad. Hoy más que nunca, la enfermería comunitaria enfrenta la necesidad de redefinir su misión ante un entorno que se vuelve cada vez más complejo. Ha de acoger nuevos horizontes, conceptuales y metodológicos para dar respuesta a los retos que plantea la nueva especialización recientemente acuñada. Sin embargo, desde hace varias décadas, los profesionales de enfermería españoles están construyendo su disciplina o área de conocimiento a partir de la tradi-

ción anglosajona en la cual las teorías y marcos conceptuales, los libros de historia, las interpretaciones de la historia, etc., proceden de una visión cultural, histórica y epistemológica que no es posible superponer en el contexto español. Resulta innecesario añadir adjetivos como el de «familia», solo porque sean aplicados a otras profesiones, ya que la población destinataria de los servicios de enfermería es la comunidad en su conjunto<sup>3</sup>.

#### Evolución de la enfermera de salud pública en España

Destacamos algunas referencias históricas sobre los antecedentes de la enfermería de salud pública en España, recordando la marcada faceta comunitaria que la caracterizaba y el importante grado de institucionalización que adquirió.

En 1923 se creó la Escuela Nacional de Puericultura, un año después se crea la Escuela Nacional de Sanidad, que en 1931 anuncia su colaboración con la Fundación Rockefeller, a la sazón aglutinadora de las vanguardias salubristas. A lo largo de los 5 años siguientes se desplazaron a Estados Unidos un total de catorce enfermeras con becas para la formación durante 1 o 2 años, que tenían como objetivo la incorporación de estas profesionales a la Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras creada en Madrid en 1932 («la visitadora debe ser una enfermera especializada con una formación distinta de las que trabajaban en los hospitales o de los practicantes, y con una visión comunitaria de los problemas de salud»)<sup>4,5</sup>.

En marzo de 1934 se crea la Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias. El año 1941 nació la Escuela Nacional de Instructoras Sanitarias, que no solo debían conocer datos epidemiológicos, estadísticos y censales, sino también el estado de las viviendas, los hábitos y características de su alimentación. Pero todos estos esfuerzos de la II República por

EL CUIDADO DE LAS PERSONAS ESTÁ EN LA ESEN-CIA DE LO QUE HA SIDO LA ENFER-MERÍA DESDE LOS ORÍGENES



construir la salud pública española se vieron truncados debido a la Guerra Civil y se interrumpió la institucionalización de la enfermera visitadora<sup>6</sup>.

Hoy día, estos antecedentes históricos del personal de enfermería de salud pública española conservan plena vigencia y dotan de pleno sentido a la nueva especialidad.

#### **Justificación**

«Si no sabes dónde vas, es posible que termines en otra parte.» Anónimo

Las actuales especialidades de Enfermería y Medicina Comunitaria diferenciadas de las hospitalarias están basadas en el desarrollo de la salud pública desde una concepción holística e integradora de los factores sociales de la salud, que se forjó a partir de la Declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Alma Ata 1978, y que orientó la Reforma de la Atención Primaria de Salud en la década de 1980.

Es importante destacar que las presentes reflexiones están referidas a la enfermería, aunque no cabe duda que son extensivas al conjunto de los estamentos de Atención Primaria (AP), pues el análisis afecta al modelo de salud pública que necesitamos y no sería viable su reconstrucción integral desde una visión simplista y descontextualizada de sus categorías profesionales.

La OMS acude a Alma Ata en 1978 habiendo integrado las evidencias mostradas por la medicina social y los salubristas de los siglos XVIII, XIX y principios del XX que gritaban «la salud depende del desarrollo», axiomas refundidos en los años setenta en la llamada «Nueva Salud Pública», basada en el paradigma de los factores sociales de salud y de la prevención<sup>7</sup>.

Nació entonces la Atención Primaria de Salud, llamada a combatir las causas sociales y estructurales que subyacen a los problemas de salud mediante una estrategia de salud amplia y fuertemente participativa, que desde entonces se conoce como «desarrollo centrado en la gente»<sup>8</sup>.

Este enfoque precisaba de la coordinación interdisciplinar y transectorial de los múltiples recursos que existen en la comunidad

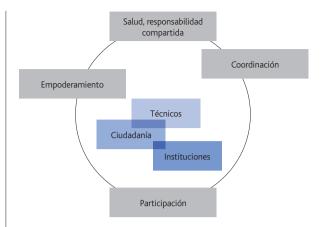


Figura 1. Filosofía de intervención comunitaria. OMS. Alma Ata.

(figura 1). Recursos sanitarios, sociales, educativos, de empleo, de ocio; tanto públicos como privados, así como de la implicación de las diferentes administraciones<sup>9</sup>, pero sobre todo de la participación activa de una ciudadanía empoderada para participar en paridad en lo relativo a la salud de la comunidad desde iniciativas solidarias y sostenibles<sup>10</sup>.

La descoordinación de los servicios y recursos ha dado lugar a ineficacia y el tiempo ha demostrado el fracaso del modelo economicista de salud desarrollado hasta ahora. En tiempos de crisis global como la actual, es más necesario que nunca y se necesita con mucha mayor urgencia que revivan los planteamientos de la Atención Primaria de Salud<sup>11</sup>. Hoy nos unimos con el movimiento mundial de salud y equidad al grito: «Si las causas son sociales, las soluciones deben ser sociales»<sup>12</sup>.

Tener claro adónde queremos llegar hará posible elegir el camino más directo para ello.

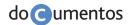
#### Mirando hacia nuestra realidad

Es evidente que desde la reforma de la AP son muchas las mejoras conseguidas para la salud de la población, y que desde hace años se desarrollan múltiples intervenciones comunitarias de promoción de salud<sup>13</sup>.

Siempre expresándonos desde el contexto que mejor conocemos, regional y por ende parcial, en general podemos decir que las llamadas actividades comunitarias suelen ser acciones desarticuladas de un contexto integrador y orientado hacia la modificación de los factores determinantes de salud. No suelen incluir proyectos de continuidad que cuenten con el

LA DESCOOR-DINACIÓN DE LOS SERVICIOS Y RECURSOS HA DADO LUGAR A INEFICACIA

85 COMUNIDAD 2012;14(2):176-182 177





soporte mantenido del equipo y de la administración sanitaria y subsisten a expensas de coyunturas gerenciales o líderes profesionales.

Se debe superar y trascender de una vez el planteamiento reduccionista y/o anecdótico de las actividades comunitarias de promoción de salud como segregadas de un todo, ya que no es posible aplicar el paradigma comunitario y preventivista solo para las actividades de promoción de salud, descontextualizadas del conjunto de las funciones de AP, pues todas precisan de esa perspectiva transversal que impregne cada uno de los objetivos y actividades del conjunto de los profesionales de AP.

En la actualidad los profesionales de enfermería están enclaustrados en el conquistado espacio de una consulta que no se supo llenar de contenido acreditado para dar respuestas eficientes al control de la demanda mediante la promoción de salud. No han contado con la formación y el soporte necesarios para desarrollar una salud como responsabilidad compartida de vecinos y sanitarios, basada en la prevención. Por ejemplo, creando aulas permanentes de alimentación; estiramientos y actividad física; relajación; habilidades de comunicación; salud afectivo sexual; aula de mujer y salud; lactancia materna; autoestima; recién nacidos; lactantes; preescolares; aulas de jóvenes y de ancianos; aulas intergeneracionales, de voluntariado, de participación; etc.

Desde estos espacios formativos, dinamizados por los diferentes grupos profesionales del equipo, los trabajadores de la salud tendrían que propiciar la capacitación y empoderamiento de la ciudadanía, favoreciendo la constitución de grupos de apoyo mutuo que fortalecieran el asociacionismo participativo de la población, para que a su vez se coordinaran con los demás recursos de la comunidad.

Hoy, la enfermería de AP se encuentra ceñida en una fórmula de corte individualista llamada Unidad Básica Asistencial, desvirtuada por la libre elección de médico, en una agenda con alto predominio de horario en el centro de salud, muy escaso para la atención en domicilios.

Las actividades de la cartera de servicios llamadas «materia de promoción de salud» se refieren a educación para la salud individual (adolescencia, reproducción, obesidad, diabetes y zoonosis). La educación grupal no es requerida ni evaluada, y otras actividades de participación comunitaria no están incluidas en la cartera de servicios, siendo ignoradas por la administración o bien consentidas como algo anecdótico, segregadas de un todo y desarrolladas por algunos profesionales, pero no integradas como una función de los equipos. Las agendas de trabajo están informatizadas por conceptos estancos, que no permiten el registro detallado de actividades comunitarias.

Enfermería trabaja en programas asistencialistas de una cartera de servicios centrados en la medicalización de la vida y la enfermedad del individuo, enfocadas a las consecuencias de los factores determinantes de salud y no a la prevención o mejora de los mismos. Este colectivo consume casi todo su tiempo en la medicalizada hiperatención de factores de riesgo cardiovascular de enfermedades crónicas, y en una seudoespecialización de enfermería pediátrica destinada a la medicalización del desarrollo del niño sono, que lleva a las familias a delegar pasivamente el cuidado responsable de sí mismos en el consumismo de recursos sanitarios favorecido por el sistema clientelar del modelo gerencialista neoliberal.

Sin embargo, los sectores más desfavorecidos de la población son los que menos usan los servicios médico-preventivos como inmunizaciones, examen de salud del niño sano y pruebas de diagnóstico precoz, siendo precisamente este grupo social el más necesitado de esta oferta.

Es necesario salir de la consulta y realizar un trabajo de campo, como las enfermeras visitadoras que nos antecedieron, en horarios flexibles adaptados a las necesidades de la comunidad, con formación en métodos de gestión de casos para una efectiva coordinación de recursos comunitarios que mejore la eficiencia en salud y evidencie el genuino papel de los técnicos de salud comunitaria. Porque los problemas más acuciantes que se encuentran los profesionales de la salud -bolsas de mal vacunados, aumento de la obesidad infantil y adulta, aumento del consumo de analgésicos y antidepresivos, violencia familiar, escolar y un largo etc.- no son exclusivamente médicos, sino laborales, familiares, culturales, educativos, económicos, sociales, y su afrontamiento únicamente se puede dar en espacios de coordinación de recursos de la comunidad no solo interdisciplinares, sino transversales desde

NO ES POSI-BLE APLICAR EL PARADIGMA COMUNITARIO Y PREVENTIVISTA SOLO PARA LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE SALUD



todos los sectores, con respuestas menos medicalizadas y más basadas en iniciativas de apoyo mutuo y cooperación (figura 2).

Pero ¿quién va a formar a los especialistas en ese modelo? No se puede dar lo que no se tiene. No hay que ignorar que al no haber contado en AP con una especialidad de enfermería de salud comunitaria, una buena parte de las plazas de trabajo en los centros de salud están ocupadas por profesionales provenientes de la enfermería hospitalaria, poco o nada familiarizados con los presupuestos conceptuales de AP. ¿Cómo enseñar a las enfermeras y los enfermeros residentes en formación el marco conceptual y la metodología que precisan para llegar a ser los especialistas en salud comunitaria que la sociedad espera y necesita que sean?

El programa formativo de la especialidad<sup>2</sup> contempla áreas competenciales en las que los propios centros y tutores no han conseguido pleno desarrollo. Ante el peligro de convertirse solo en un ideario teórico, la Comisión Nacional de la Especialidad debe preguntarse si estamos preparados para acoger y tutorizar un aprendizaje de los especialistas y cuáles son los cambios esenciales que debemos realizar para transformar la realidad actual. Tenemos por delante un importante desafío, dar un giro sustancial a la orientación de los servicios de la enfermera comunitaria, materializando la recientemente aprobada especialidad en una iniciativa con capacidad resolutiva que preste el genuino y útil papel que la sociedad necesita de ella en el complejo mundo de los determinantes multifactoriales de salud de hoy día. Ello ha de pasar por la apuesta decidida de un solvente plan de formación teórico y práctico que lo garantice. No debemos quedarnos en la superficie, conformándonos solo con que algo cambie para que todo siga igual, la utopía es posible.

#### Algunas ideas estratégicas

El programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria no contempla una formación científico profesional teórica específica de la especialidad que pueda identificarse como exclusiva y determinante de la, por decirlo de alguna manera, «ciencia de la enfermería de salud comunitaria». Tan solo incorpora el itinerario del practicum en los diferentes servicios. En este primer curso se han articulado un sinfín de sesiones formativas realizadas por las enfermeras y los enfermeros residentes, que no pueden ser por sí mismas constitutivas de un cuerpo de conocimientos propio.

El itinerario formativo que describe el ministerio para dos años de especialidad contempla para las enfermeras residentes rotaciones que serán «un setenta por ciento en AP», lo que supone trece meses, y un «treinta por ciento en atención especializada», que son ocho meses rotando por otros dispositivos externos al centro de salud, incluyendo servicios hospitalarios. Pensamos que deben dedicar el tiempo total de la residencia a formarse en su especialidad desde una óptica sociosanitaria. Pero se ha de construir un cuerpo de conocimientos teórico-práctico específico, en el que sustentar estas especialidades para que cumplan ese genuino e imprescindible papel de motor del cambio del modelo de salud en la compleja sociedad que vivimos.

¿Cómo podrían estos principios generales convertirse en acciones específicas? Necesitamos que la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, las sociedades científicas, el Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria (PACAP), el Programa de Actividades Preventivas de Atención Primaria (PAPPS), los Colegios Profesionales y las EL PROGRAMA
FORMATIVO DE LA
ESPECIALIDAD DE
ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA NO CONTEMPLA UNA FORMACIÓN CIENTÍFICO
PROFESIONAL TEÓRICA ESPECÍFICA DE
LA ESPECIALIDAD



Figura 2. Comisión Comunitaria de Salud El Progreso.

87 COMUNIDAD 2012;14(2):176-182 179





Unidades Docentes patrocinen ante los ministerios de Sanidad y Política Social y el de Educación la reconstrucción de las especialidades de Enfermería y Medicina Comunitaria, mediante un proceso de modernización conceptual y metodológica que sustente una nueva práctica de la salud pública en la nueva era epidemiológica del siglo xxI.

A estas alturas de Alma Ata ya no podemos esperar la voluntad política para desarrollar el modelo sociosanitario de salud de AP, aunque sí debemos forzarla proactivamente porque los profesionales tenemos la responsabilidad de orientar el trabajo para la mejor consecución de los fines que son buenos para la sociedad, pues los cambios políticos y legales suelen llegar a remolque de los hechos sociales consumados.

Debemos y podemos desarrollar la formación conceptual y metodológica que permita el despliegue del enfoque integracionista de la salud. Será el factor fundamental para que las enfermeras y los médicos residentes de la especialidad comunitaria se conviertan en el motor del cambio que arrastren a los tutores, facilitando con un aprendizaje en cascada la reconversión progresiva de los equipos hacia esa imprescindible orientación sociosanitaria de la Atención Primaria de Salud.

Desgranamos una serie de ideas que podrían servir para que no se quede la especialidad en un ideario teórico, si todos ponemos la voluntad necesaria (tabla 1).

Premisas imprescindibles

- Es necesario articular unidades docentes de Enfermería Familiar y Comunitaria y de Medicina Comunitaria que apuesten por el desafío de formar a residentes y tutores, dotándose de los medios necesarios para convertirse en unidades de apoyo a proyectos sociosanitarios de salud.
- Será preciso el apoyo incondicional de las gerencias de salud para que entiendan y faciliten el reto formativo-organizativo de la nueva especialidad. Serían necesarios horarios flexibles, adaptados a los comunitarios.

Los ministerios de Sanidad y Política Social y el de Educación tendrían que articular un programa formativo para residentes y tutores que incluyera un cuerpo de conocimientos específicos:

a) Teoría. Debería aportar un cuerpo conceptual y metodológico a los futuros especialistas. Desde nuestra experiencia entendemos imprescindible profundizar en: historia y fundamentos de la enfermería y la medicina social y la nueva salud pública, como precursores de Alma Ata. Determinantes sociales de la salud, metodología comunitaria: métodos de investigación social, análisis de situación de salud desde una perspectiva sociosanitaria, educación grupal, talleres de salud, terapias alternativas para la intervención en salud, grupos de ayuda mutua, programación comunitaria, indicadores sociales de salud, evaluaciones cualitativas y cuantitativas, educación para la participación y capacitación de la comunidad, habilidades sociales, conducción y dinamización grupal, coordinación interdisciplinar y transectorial, cogestión de casos, liderazgo y alianzas, trabajo en redes, relaciones con los medios de comunicación.

Durante la formación teórica, los residentes deberían diseñar un proyecto sociosanitario de salud que cumpliera al menos los criterios conceptuales, metodológicos y estratégicos mínimos marcados por el PACAP<sup>14</sup>, necesarios para el diagnóstico y afrontamiento integral de los problemas detectados.

b) *Practicum*. Desarrollar el proyecto diseñado:

- Deberían organizar en cada zona de salud un espacio de coordinación intersectorial permanente, integrado por colectivos sociales y recursos técnicos de los diferentes sectores de la comunidad.
- 7 Tendrían que realizar un análisis participado de salud desde una perspectiva integral de los factores determinantes de salud y priorizar con la comunidad los problemas detectados.
- Deberían programar y desarrollar las intervenciones más pertinentes para el afrontamiento de los factores determinantes. Siempre desde una óptica de salud transversal e integradora que trabaje la problemática sociosanitaria desde los grupos comunitarios y aporte respuestas menos medicalizadas que disminuyan la yatrogenia y sean sustentables.

Unas intervenciones comunitarias que promuevan la autonomía y el desarrollo de las personas desde el apoyo mutuo y el cooperativismo y que extiendan redes de apoyo para conectar los recursos de salud y abran vías de investigación fuera de la presión de los inte-

DURANTE LA FORMACIÓN TEÓRICA, LOS RESIDENTES DEBERÍAN DISE-ÑAR UN PROYEC-TO SOCIOSANI-TARIO DE SALUD

88



reses económicos dominantes. En este sentido, además de las múltiples aulas comunitarias de promoción de salud que se podrían crear, existen algunas iniciativas útiles y experimentadas como, por ejemplo, los bancos solidarios de diferentes servicios: tiempo, microcréditos, trueque de productos, semillas, economía social y cooperativismo, huertos comunitarios, etc., llenas de sentido para afrontar los determinantes sociales de la salud.

c) Será imprescindible que evalúen el proyecto llevado a cabo en su zona de salud. Siempre asesorados por las unidades docentes de la especialidad que den soporte a los residentes y tutores.

#### Complementos importantes

- 7 Tener presente el valor de una red de unidades docentes, como apoyo a proyectos sociosanitarios de salud, que garantice un soporte efectivo de los mismos.
- Implementar una política de becas para intercambiar formación con centros de acreditada experiencia en abordaje sociosanitario de los problemas de salud, facilitando intercambios formativos regionales, nacionales o internacionales. Es preciso superar los actuales formatos de congresos profesionales de más dudosa validez formativa y costes prohibitivos. No podemos ignorar la rica experiencia de países de América Latina, así como múltiples proyectos de intervención comunitaria en diferentes regiones de nuestro país.
- La actividad asistencial ha de adquirir un mismo enfoque comunitario que el resto de tareas. Así, las actividades curativas podrían incorporar consultas comunitarias de los problemas más prevalentes, donde la intervención sea tan asistencial como formativa, con actos sanitarios acompañados de grupos de discusión en los que compartir experiencias sobre sus dolencias, sus tratamientos, el dolor crónico, etc., orientando a las personas hacia grupos de apoyo mutuo.

A todas luces sería insuficiente el período de dos años de residencia para conseguir los objetivos formativos y se haría imperativa la prolongación de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

Durante las primeras promociones de residentes, se produciría a través de ellos y los tutores un aprendizaje en efecto cascada para

#### 「abla 1

IDEAS ESTRATÉGICAS PARA LA FORMACIÓN DE RESIDENTES Y TUTORES DE LAS ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA Y MEDICINA COMUNITARIA Efecto cascada para el aprendizaje de todo el equipo de Atención Primaria

#### Premisas imprescindibles

- Crear unidades docentes de Enfermería Familiar y Comunitaria y de Medicina Comunitaria dotadas de los medios necesarios para apoyar proyectos integradores de salud
- > Soporte incondicional de las gerencias de salud para que faciliten el reto formativo-organizativo

#### Cuerpo de conocimientos específicos. Teoría:

Fundamentos conceptuales y metodológicos desde una perspectiva holística e integradora de los factores sociales de la salud. Profundizar en

- Historia y fundamentos de la enfermería y la medicina social
- La nueva salud pública. Determinantes sociales de la salud
- Métodos de investigación social. Análisis de situación de salud desde enfoque sociosanitario
- > Programación comunitaria. Indicadores sociales de salud
- ▶ Evaluaciones cualitativas y cuantitativas
- Educación grupal. Aulas de salud. Grupos de ayuda mutua
- Educación para la participación y capacitación de la comunidad
- > Terapias alternativas para la intervención en salud
- > Habilidades sociales. Conducción y dinamización grupal
- Coordinación interdisciplinar y transectorial
- Cogestión de casos. Liderazgo y alianzas
- Trabajo en redes. Relaciones con los medios de comunicación, etc.

#### Cuerpo de conocimientos específicos. Practicum

- Organizar en la zona de salud, un espacio de coordinación intersectorial permanente, integrado por colectivos sociales y recursos técnicos
- Realizar un análisis participado desde una perspectiva integral de los factores determinantes de salud y priorizar los problemas detectados
- Diseñar un proyecto sociosanitario de salud que cumpla los criterios conceptuales, metodológicos y estratégicos mínimos
- Desarrollar intervenciones del proyecto desde el afrontamiento comunitario, el apoyo mutuo y la cooperación de todos los sectores y la ciudadanía
- ▶ Evaluar el proyecto llevado a cabo en su zona de salud

#### Complementos importantes

- Crear una red de unidades docentes, como apoyo a proyectos sociosanitarios de salud, que garantice un soporte efectivo de los mismos
- Implementar una política de becas para intercambiar formación contrastada con centros de acreditada experiencia en abordaje sociosanitario
- Consultas comunitarias formativas para los problemas asistenciales más prevalentes.
   Grupos de discusión orientados hacia el apoyo mutuo

A todas luces sería escaso el período de dos años de residencia y se haría imperativa la prolongación formativa para la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria

#### Punto de partida o de llegada

▶ El Ministerio de Sanidad y Política Social tendría que articular un programa formativo para residentes y tutores que incluya un cuerpo de conocimientos específicos que aporte los fundamentos conceptuales y metodológicos, así como el *practicum*, a los futuros especialistas

todo el EAP, en el que se daría un período de convivencia entre actuales enfermeras, médicos y los nuevos especialistas hasta normalizar la atención centrada en la comunidad, facilitando la transformación gradual del modelo de salud actual por el que la sociedad necesita, orientado a cuidar y sostener la salud de los más débiles con la comunidad.

Las especialidades de salud comunitaria en AP requieren un importante cambio estruc-

89 COMUNIDAD 2012;14(2):176-182 **181** 





CUALQUIER TRANSFORMA-CIÓN SOCIAL TIENE SU ORIGEN EN OTRA MANE-RA DE MIRAR Y ENTENDER LA REALIDAD tural. Otro modelo de salud comunitaria en AP es urgente y es posible. Ha de estar guiado por nuevos especialistas altamente cualificados para el liderazgo y la gestión de recursos de la comunidad, que reconstruyan el significado del término salud comunitaria para ofrecer un genuino e imprescindible servicio como auténticos promotores e inspiradores de salud de la comunidad en el complejo mundo que nos toca vivir.

No olvidemos que cualquier transformación social tiene su origen en otra manera de mirar y entender la realidad. No caben excusas, nos va en ello la salud<sup>15</sup>.

#### Bibliografía

- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería. BOE núm. 108. Disponible en: http://goo.gl/SWqp4. [Consulta: 7 de noviembre de 2012.]
- BOE. Programa formativo de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria. Núm. 157. Martes 29 de junio de 2010 Sec. III. p. 57217. Disponible en: http://goo.gl/d07T4. [Consulta: 7 de noviembre de 2012.]
- Gálvez A. Errores en el lenguaje: Nursing no es «enfermería». «Cuidado» no es Care. Biblioteca Lascasas. 2007; 3(3). Disponible en: http://goo.gl/ Zj2Np. [Consulta: 11 de julio de 2012.]
- 4. Gómez J, Domingo M. Historia de la enfermería de salud pública en España. Seminario de historia y antropología del Departamento de Enfermería. Cultura de los Cuidados. Universidad de Alicante. 1º Semestre 1999. Año III. Nº 5. Disponible en: http://goo.gl/QnJcw. [Consulta: 11 de julio de 2012.]
- Bernabeu J, Gascón E. El papel de la enfermería en el desarrollo de la salud pública española (1923-1935): la visitadora sanitaria. Grup Alacant d'Història de la Infermeria, Departament de Salut

- Pública. Universitat de Alacant. 1995. Disponible en: http://goo.gl/eL8ap. [Consulta: 8 de noviembre de 2012.]
- Siles J. Pasado, presente y futuro de la enfermería en España. Perspectiva histórica y epistemológica. Alicante: Cecova; 1996. México: Fondo de Cultura Económica; 1993. Disponible en: http://goo.gl/ ykYtj. [Consulta: 11 de julio de 2012.]
- 7. Frenk J. La salud de la población: hacia una Nueva Salud Pública. México: Fondo de Cultura Económica;1993. Disponible en: http://goo.gl/ vmOAJ. [Consulta: 11 de julio de 2012.]
- 8. Werner D. La declaración de Alma Ata y «salud para todos». El sueño debe revivir. Revista del Sur. Número 145/146. Uruguay. Noviembre/diciembre 2003. Disponible en: http://goo.gl/NxzRc. [Consulta: 11 de julio de 2012.]
- 9. Marchioni M. Comunidad, participación y desarrollo. Editorial Popular. 1999.
- 10. Marchioni M. Organización y desarrollo de la comunidad. La intervención comunitaria en las nuevas condiciones sociales. Arrecife. Disponible en: http://goo.gl/6sj3Y. [Consulta: 11 de julio de 2012.]
- 11. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca. OMS, Suiza; 2008. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08\_report\_es.pdf. [Consulta: 8 de noviembre de 2012.]
- 12. Marmot M. Jornadas sobre los determinantes sociales de la salud. Consorci de Salut i Social de Catalunya. Barcelona. 2010. Disponible en: http://www.recs.es/documents/docs/jornadas/JornadasCH.pdf. [Consulta: 8 de noviembre de 2012.]
- 13. PACAP. Revista Comunidad. Disponible en: http://www.pacap.net/es/publicaciones/revista.html.
- PACAP. Criterios de valoración de actividades comunitarias. Granada. Disponible en: http://pacap.net/es/criterios.html.
- 15. Benach J, Vergara M, Muntaner C. Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo xxi. Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. 2008;(103):29-40. Disponible en: http://goo.gl/rXNuk. [Consulta: 8 de noviembre de 2012.]

# Economía, crisis y austeridad, ¿cuál es su coste en salud?



Autores

Juan Luis Ruiz-Giménez. Centro de Salud Vicente Soldevilla—SERMAS. Responsable autonómico del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP). Madrid Daniel García Blanco. Movimiento ATD Quarto Mundo España Marta Sastre Paz. CMS Villaverde. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid Edith Pérez Alonso. Centro Salud Nájera. La Rioja

Para contactar:
Juan Luis Ruiz-Giménez
iluis@nodo50.org

#### Introducción

El derecho a la salud es más amplio que el derecho a la atención sanitaria. La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) define que la salud depende en gran medida de la cantidad y calidad del trabajo, de la vivienda, de la alimentación, de la educación y del bienestar social dentro de un ambiente de paz y desarrollo social. Por tanto, la salud de cualquier población depende mucho más de intervenciones económicas, sociales y políticas que de las intervenciones meramente sanitarias, y la estrategia más eficaz en la reducción de la mortalidad y morbilidad es precisamente la reducción de las desigualdades sociales.

Sin embargo, el modelo de desarrollo y de acumulación capitalista, junto con las orientaciones neoliberales predominantes de los diferentes poderes públicos, aprovechando el contexto de crisis económica, tienen un gran impacto en la salud de las personas y de las comunidades.

#### Criterios de análisis

Crisis económicas, modelo desarrollo y riesgos para la salud

Una primera reflexión es si la situación de crisis económica plantea, en el modelo de desarrollo, cambios que afronten los riesgos que para la salud tiene dicho modelo, como son los «problemas de salud del crecimiento», como por ejemplo hábitos nocivos para la salud (sobrepeso, alcohol, tabaco, sedentarismo, competitividad, violencia, etc.), más tráfico con accidentes y contaminación y más riesgos laborales y medioambientales. Pero desgraciadamente no parece que para solucionar la crisis se esté pensando en hacer un replanteamiento del modelo desarrollo y buscar alternativas para conseguir un mundo más sostenible y equitativo.

Hay un debate interesante sobre el tema como bien señala Javier Segura en su blog¹: «La mejora de la salud durante las crisis económicas: un fenómeno contraintuitivo». Durante la década anterior se repitió el mantra de que las crisis económicas eran buenas para la salud. Así lo señalaban Ruhm<sup>2</sup>; Suhrcke, Stuckler<sup>3</sup> e, incluso, Tapia Granados<sup>4</sup>. Este último estimó que un incremento del 5% de la tasa de paro en el Estado español se asociaba a una reducción del 0,55% de la mortalidad, lo que suponía que se habían salvado 1.800 vidas. En cuanto a la relación entre desempleo y mortalidad por causas, encontró en España una asociación estadística, que confirmaron posteriores estudios basados en datos de varios países europeos: la mortalidad por accidentes de tráfico es procíclica (más muertes por tráfico en momentos de expansión económica) y los suicidios son contracíclicos (más suicidios en momentos de recesión económica).

Pero todos estos estudios eran agregados (ecológicos) y estaban sujetos a la falacia ecológica; así que quizá pueden servir para elaborar hipótesis, pero para confirmarlas hacen falta estudios que eliminen los factores de confusión.

Existen estudios<sup>5</sup> recientes, en concreto sobre el caso de Grecia, cuyos resultados muestran el efecto combinado de la recesión y las políticas de «austeridad» impuestas por la troika (Comisión Europea, Fondo Monetario Internacional [FMI] y Banco Central Europeo) sobre la mortalidad. La tasa de suicidios aumentó un 17% y la cifra de homicidios se duplicó en 2007-2009, mientras que han disminuido las muertes por accidentes de tráfico.

También se han acumulado evidencias epidemiológicas sobre el impacto para la salud de las crisis y cuáles son las mejores políticas para minimizar el daño. Según estos estudios de Stuckler y McKee<sup>6</sup>, las crisis económicas tienen impactos adversos en la salud cuando se dan tres circunstancias:

NO PARECE QUE PARA SOLUCIO-NAR LA CRISIS SE ESTÉ PENSANDO EN HACER UN REPLANTEAMIEN-TO DEL MODELO DESARROLLO

91 COMUNIDAD 2012;14(2):183-188 183





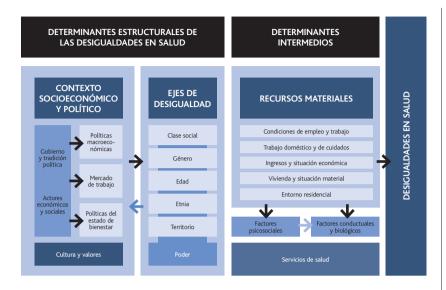


Figura 1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010. Basado en: Solar e Irwin, 2007.

NUMEROSOS ESTUDIOS CIEN-TÍFICOS MUES-TRAN QUE LAS DESIGUALDADES EN SALUD SON ENORMES

- a) Los cambios económicos son rápidos. Como se pudo comprobar en la crisis económica y social que siguió al derrumbe de la Unión Soviética (1989-1999)<sup>7</sup>, cuando disminuyó en gran medida la esperanza de vida de la ciudadanía.
- b) Capacidad de amortiguación débil. Las crisis económicas tienen un menor coste en salud si las redes sociales formales e informales de bienestar social consiguen amortiguar el efecto. Estamos hablando de las redes sociales informales (familia, amigos, vecinos, voluntariado social, afiliación vecinal y sindical, etc.), políticas de protección social y de empleo y de los programas preventivos para los sectores de mayor vulnerabilidad. En España, los estudios sociológicos<sup>8</sup> muestran que en el Estado español la fortaleza del apoyo informal de las redes sociales, y en especial la familiar, es todavía muy potente y un activo esencial para amortiguar los efectos de la crisis. La cohesión social es buena para la salud.
  - Obedecer a rajatabla las directrices de ajuste económico del Banco Mundial y el FMI en la crisis del Sudeste asiático (1997)<sup>9</sup> tuvo un coste: la mortalidad aumentó en Tailandia e Indonesia, pero no así en Malasia, donde no se había reducido el gasto social
- c) Facilidad de acceso a drogas y alcohol. La crisis post-Unión Soviética coincidió con un abaratamiento del alcohol y el aumento de las patologías asociadas al abuso de alcohol (intoxicaciones etílicas, hepatitis, cirrosis, etc.).

En España hemos entrado en una dinámica que recoge estos tres puntos: políticas de ajuste rápido, disminución del gasto social y debilitamiento de las redes de prevención y apoyo (social, educativo y de salud). Vamos de cabeza a un escenario de aumento de la morbimortalidad.

# Desigualdades sociales en salud: sus determinantes

Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Estas desigualdades son el resultado de las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, territorio o etnia, lo que se traduce en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos.

Basándonos en el modelo que adoptó<sup>10</sup> la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España<sup>11</sup>, para señalar los factores determinantes de las desigualdades en salud (figura 1), podemos distinguir entre determinantes estructurales, contexto socioeconómico y político, y determinantes intermedios, que afectan a la estratificación social y la distribución de poder y los recursos, que repercuten en las oportunidades de tener una buena salud, y por tanto van a impactar directa o indirectamente en la salud, influyendo en procesos psicosociales, como la falta de control, la autorrealización o las situaciones de estrés, y en las conductas con influencia en la salud.

Mirando la figura y analizando las políticas económicas y sociales actuales, es fácil comprender y ver los efectos perjudiciales que van a tener al aumentar los factores que influyen en las desigualdades sociales en salud. Numerosos estudios científicos muestran que las desigualdades en salud son enormes y responsables de un exceso de mortalidad y de morbilidad superior a la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos. Las personas de clases desfavorecidas y los inmigrantes de países de renta baja presentan peor salud percibida, más enfermedades y más mortalidad, y esto va a deteriorarse. Es importante remarcar que las desigualdades en salud no afectan solo a quienes están en una situación de mayor exclusión y pobreza, sino que existe un gradiente social en salud que atraviesa



toda la escala social y que determina que los niveles de salud para cada grupo social sean peores que los de quienes están por encima y mejores que los de quienes están por debajo (figura 2). Además, en aquellos ámbitos donde se ha estudiado, estas desigualdades van en aumento, ya que la promoción de la salud es mayor en las clases sociales más aventajadas<sup>12</sup>. Pero esto no es algo irreversible, ya que de hecho hay evidencia de que las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas<sup>13</sup>.

#### Sistema sanitario

El Sistema de Salud es uno más de los determinantes sociales de salud, y aunque no es el más relevante ni por sí solo puede reducir las desigualdades sociales en salud, no debe desestimarse su potencial contribución a este objetivo. Una igualdad en el acceso a los servicios sanitarios, una atención proporcional a las necesidades y el trabajo conjunto con otros sectores pueden conseguir un efecto estimable en el camino hacia la equidad efectiva en salud<sup>15</sup>. Asimismo, una limitación en el acceso al sistema sanitario puede convertirse en causa de un aumento de la brecha social y en salud entre los más y los menos favorecidos.

Los sistemas basados en la AP han mostrado que contribuyen con mayor efectividad a reducir las desigualdades que otros modelos, como bien señaló Barbara Starfield<sup>16</sup>.

Sin embargo, desde hace dos décadas se produce una infiltración progresiva de las tesis neoliberales con respecto a los «derechos», la solidaridad, el valor de los servicios públicos y la supuesta mayor eficiencia del sector privado. Se busca un cambio de modelo sanitario que se agudiza con la excusa de la crisis.

Este cambio se concreta en el campo de la sanidad en:

Financiación del sector sanitario público insuficiente. Se ha acordado disminuir el gasto de la sanidad pública del 6,4% del producto interior bruto (PIB) actual al 5,5 del PIB de entre 2012 y 2014, lo que nos coloca en niveles del siglo pasado. Esto nos lleva a un déficit y una deuda sanitaria progresiva, y por tanto a la justificación de más medidas restrictivas y de recortes presupuestarios para ir disminuyendo progresivamente el sector de servicio sanita-

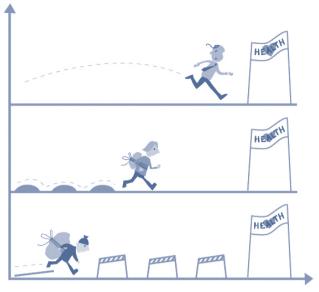


Figura 2. Diferencias de esfuerzo para alcanzar la salud según sector social. Fuente: Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2006.

rio público. Todo ello lleva a una progresiva deslegitimación social (por listas de espera, inseguridad, yatrogenias, trato «cansino» y deshumanizado, etc.).

- Limitar la amplitud del derecho a la asistencia sanitaria de los ciudadanos residentes en el país según diversos criterios y categorías y restringir la amplitud de las prestaciones sanitarias incluidas en el sistema público. El Real Decreto Ley 16/2012, de 20 abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud introduce medidas que cambian el modelo sanitario en varios aspectos esenciales. Esto promueve la exclusión social y sanitaria de un sector social más vulnerable y deteriora su salud.
- Cercenar y/o limitar el derecho de la ciudadanía a la participación comunitaria en la planificación y control del sistema en su conjunto y de los servicios. Por ejemplo, se han eliminado los órganos de participación y control sanitario en los territorios y servicios.
- Privatización del «sector público»: aumentar el peso y la influencia del sector privado y de los agentes económicos y del mercado en el sector de los servicios sanitarios a través de diversos instrumentos a pesar de que se ha demostrado que las instituciones privadas con ánimo de lucro son más ineficaces, ya que solo presentan mejores resultados en confort y lista de espera<sup>17</sup>.
- Cambios de valores sociales con respecto a la salud y sus determinantes, la culpabilización

LOS SISTEMAS
BASADOS EN
LA ATENCIÓN
PRIMARIA HAN
MOSTRADO QUE
CONTRIBUYEN
CON MAYOR EFECTIVIDAD A REDUCIR
LAS DESIGUALDADES QUE OTROS
MODELOS

93 COMUNIDAD 2012;14(2):183-188 185



SI SE DEBILITAN

LES FORMALES.

LAS REDES SOCIA-

LAS REDES INFOR-

MALES, COMO LA

FAMILIA, SE SOBRE-

CARGAN AÚN MÁS

PARA AMORTIGUAR

**EL GOLPE** 

del enfermar, la relación con la nuevas tecnologías, la medicalización de la vida, el valor de lo público y su estigmatización y el papel del ciudadano.

#### Efectos en España

#### Aumento de las desigualdades en salud entre grupos sociales

En estos tiempos de crisis, la pobreza y la desigualdad se han agravado considerablemente. En 2011, el 21,8% de la población española vivía bajo el umbral de la pobreza, lo que supone un incremento del 2,2% sobre 2008.

En cuanto a la desigualdad, en este período, la distancia entre la renta del 20% más rico de la población y el 20% más pobre ha aumentado más que en cualquier otro país de la Unión Europea. De hecho, ha aumentado el doble que en Francia y el triple que en Alemania. En otros países, en situación más similar a la española, como Portugal, Grecia e Irlanda, la desigualdad ha disminuido en este período. De manera gráfica (figura 3), la desigualdad de renta entre el 20% más rico de la población y el 80% más pobre ha evolucionado de esta manera:

Deterioro de la red de centros, profesionales y organizaciones de intervención social y comunitaria y aumento de la carga del apoyo informal. El aumento de las desigualdades sociales en salud unido a la disminución de acciones comunitarias que se está dando ya (reducción de servicios y dispositivos sociales, educativos y sanitarios) favorece que la brecha existente sea cada vez mayor.

S80/S20

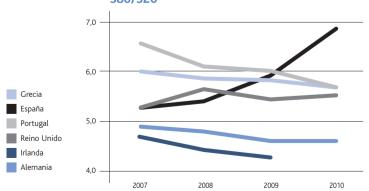


Figura 3. Desigualdades de renta entre el 80% más pobre de la población y el 20% más rico. Fuente: Eurostat.

Si se debilitan las redes sociales formales, las redes informales, como la familia, se sobrecargan aún más para amortiguar el golpe. En una cultura como la nuestra, en la que la mujer es la que principalmente se hace cargo de este apoyo familiar (cuida a los hijos mayores que no encuentran trabajo, a los padres ancianos, normalmente en casa), con una menguada ayuda del Estado, es de prever un impacto importante en la salud (física, pero sobre todo mental) de las mujeres españolas. La vuelta de personas ancianas de las residencias a los hogares y la pérdida de ayudas para la dependencia y el cuidado de niños incrementarán las desigualdades de género, obligando a un porcentaje de mujeres a renunciar a su desarrollo profesional para poder hacer frente a las tareas de cuidados8.

Aumento de la morbimortalidad de la población por deterioro de las condiciones de vida y por déficit del sistema de protección social. Esto propicia un aumento de la vulnerabilidad de los sectores sociales más bajos en la escala social y un incremento de la pobreza, la marginación y los hábitos insalubres. Se ha calculado que por cada 80 euros recortados por persona en ayudas a personas desempleadas, con discapacidad, jubiladas, familias e infancia, la mortalidad general puede incrementarse casi un 1% (0,99%), la debida a problemas relacionados con el alcohol puede subir un 2,8%, las muertes por tuberculosis aumentarían un 4,3% y la mortalidad cardiovascular un  $1,2\%^{18}$ .

En países como Finlandia y Suecia, cuando el desempleo subió, bajó la tasa de suicidio. Muy al contrario de lo que ocurre en España, donde la tasa de suicidio ha sido positiva, y con el máximo valor de la serie: 0,59. Stuckler y su equipo llegaron a la conclusión de que la diferencia se debía a los niveles de protección social. Cuando la inversión en políticas activas de empleo en los países de la Unión Europea supera los 140 euros per cápita, un aumento del 3% en el desempleo no afecta a las tasas de suicidio19.

Aumento de los «malestares de la vida cotidiana», con disminución de los recursos personales y sociales para abordarlos, lo que promueve el aumento de la patología de salud mental como sufrimiento, ansiedad, depresión, suicidio, etc., y el incremento de hábitos tóxicos y dependencia a drogas. En España, los datos más recientes de suicidio disponibles son de 2008, y se manifiesta un repunte importante en el marco de una tendencia descendente desde 1997. El grupo

186



que ha sufrido un mayor aumento en la tasa (dos puntos y medio más) es el de 45 a 54 años.

- Incremento de la incidencia de enfermedades infecciosas. En este momento se está dando un repunte de la incidencia de la tuberculosis, de la infección por VIH y de infecciones de transmisión sexual, habiendo un riesgo manifiesto de que las limitaciones en el acceso y en el enfoque de la atención den lugar a un problema de salud pública.
- El aumento del estrés está propiciando alteraciones inmunológicas y sus consecuencias.
- Incremento de los factores de riesgo cardiovascular con aumento de la morbimortalidad cardiovascular y cerebrovascular.
- El deterioro de las condiciones laborales y de la seguridad de los trabajadores y la precariedad en el empleo producen enfermedad por aumento de accidentes y enfermedades profesionales, como mobbing o ir a trabajar en malas condiciones de salud. Los estudios sobre este tema son escasos y contradictorios.
- Puede llegar a producirse, o ya se está produciendo, un deterioro en el funcionamiento del Sistema Sanitario Público que puede tener las siguientes consecuencias:
- Retraso en acudir a la asistencia y las consecuencias que pueda tener en la salud del ciudadano y en la salud pública de la población (mayor morbilidad y mortalidad).
- Aumento de la mortalidad sanitariamente evitable. Es decir, aquellas causas de mortalidad que actualmente no deberíamos permitir, al ser evitables con una eficaz y básica atención sanitaria (muertes maternas, perinatales, por apendicitis, hernias, infección intestinal, tuberculosis, etc.). Ésta sería la última frontera entre crisis y mortalidad.
- Fragmentación de la asistencia en diversos servicios con discontinuidad en la misma y falta de integralidad y coordinación.
- Pérdida de capacitación, desmotivación y cansancio de profesionales y trabajadores sanitarios con implicaciones en el quehacer profesional.
- Deterioro del trato personalizado y humanizado de las relaciones entre profesionales y ciudadanía.
- Insatisfacción ciudadana. Aumento del porcentaje de población que siente que el sistema no le satisface y debe modificarse y que busca otras soluciones alternativas.
- Incremento de los efectos adversos del sistema sanitario en la población como las yatrogenias, listas de espera que se convierten en

- riesgos, utilización inadecuada de recursos y deterioro de la calidad asistencial.
- Ineficiencia en la utilización de los servicios y recursos. Acudir más a urgencias y hospitales y menos a los centros de AP; etc.

#### Consideraciones finales

Existe evidencia del daño que la situación actual está generando. Es innecesario, injusto, insolidario y no ético, y los más perjudicados son los que más ayuda necesitan (los que «menos tienen»). Es, además, un daño evitable. No es cierto lo que nos quieren vender de que «no hay otra opción» y de que solo se pueden hacer así las cosas. Es urgente y necesario investigar sobre el posible impacto sobre la salud que tendría la adopción de medidas políticas de control de la economía financiera y medidas de redistribución económica.

Hace falta crear o fortalecer un sistema de información sanitaria que permita ver y analizar los efectos y sus consecuencias en los distintos sectores sociales.

La toma de conciencia sobre la importancia de los determinantes sociales en la salud a los que puede conducir la situación actual nos debe empujar a ampliar el campo de visión de lo sanitario, de manera que se puedan ir desarrollando estrategias de trabajo en red con otros ámbitos, profesionales y ciudadanos comprometidos en campos tan esenciales para la salud como la educación, la vivienda, el trabajo, lo social, etc.

Es un momento para fortalecer el modelo público, pero mejorándolo. Hacerlo de verdad sostenible (modelo público educativo, social y sanitario). Defendemos el derecho universal a la salud y al Sistema Sanitario Público, ya que con él lograríamos mejorar la salud de todas las personas.

El sector profesional debe comprometerse activamente y hacer abogacía por la salud y labor de lobby. Tenemos una clara responsabilidad ética.

#### Bibliografía

Segura J. Mortalidad y crisis económica: una compleja relación. En blog Salud pública y algo más.
Disponible en: <a href="http://www.madrimasd.org/blogs/salud\_publica/2012/03/11/133156">http://www.madrimasd.org/blogs/salud\_publica/2012/03/11/133156</a>.
[Consulta: 10 de septiembre de 2012.]

EXISTE EVIDENCIA DEL DAÑO QUE LA SITUACIÓN ACTUAL ESTÁ GENERANDO

95 COMUNIDAD 2012;14(2):183-188 **187** 





- Ruhm CJ, Are recessions good for your health? Quarterly Journal of Economics. 2000;115:617-50.
- Suhrcke M, Stuckler D. Will the recession be bad for our health? It depends. Soc Sci Med. 2012 Jan 4. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 22226605.
- 4. Tapia J. Recessions and mortality in Spain, 1980-1997. Eur J Popul. 2005;21:393-422.
- 5. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. Lancet. 2011 Oct 22;378(9801):1457-8. Epub 2011 Oct 9.
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, McKee M. The health implications of financial crisis: a review of the evidence. Ulster Med J. 2009 Sep;78(3):142-5.
- Shkolnikov V, McKee M, Leon DA. Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. Lancet. 2001;357:917-21.
- Durán MA. El trabajo no remunerado en la economía global. Madrid: Fundación BBVA; 2010.
- Stuckler D, King L, McKee M. Mass privatisation and the post-communist mortality crisis. Lancet 2009;373(9661):399-407.
- Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, April 2007.
- 11. Borrell C, Malmusi D, Artazcoz L, Díez E, Pasarín M, Rodríguez-Sanz M. Comisión para Reducir Desigualdades en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones de la Comisión. Rev Comunidad. 2011;(13):77-82.

- 12. Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. Barcelona: El Viejo Topo; 2005.
- 13. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up (part 1). World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health n° 2. Denmark; 2006.
- 14. Norwegian Ministry of Health and Care Services. National strategy to reduce social inequalities in health. Report No. 20 (2006-2007) to the Storting; 2006.
- Hernández I, Santaolaya M, Campos P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26(S):6-13.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83:457-502.
- 17. Devereaux PJ. A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private forprofit and private not-for-profit hospitals. CMAJ. 2002 May 28;166(11):1399-406.
- Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. BMJ. 2010;340:c3311.
- 19. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health impact of economic crises and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. Lancet. 2009;374(9686):315-23.



### Suscríbase a la única revista especializada en acción comunitaria

¡POR SÓLO 12 EUROS!



## Boletín de suscripción

Nombre/Apellidos		
Entidad	NIF/NIE	
Domicilio	Población	СР
Provincia	Teléfono	
E–mail (mayúsculas)		
Profesión	Centro de trabajo	
FORMA DE PAGO  Transferencia bancaria a semFYC	Código cuenta cliente: 2100 096	55 56 0200082705
■ <b>Domiciliación bancaria</b> Código cuer	nta cliente:	
Tarjeta de crédito Visa	■ Mastercard N°	
SI PRECISA OTRA FORMA DE PAGO, NO DUDE EN CO	DNTACTAR CON NOSOTROS. semFYC TEL.: 93	3 17 03 33
Este boletín debe ser remitido debidam C/ Diputació 320, Bajos, 08009 Barcelo		ax: 933 17 77 72

Condiciones: Revista 9,5 € (IVA incluido). Gastos de envío 2,5 €