



¿A lo largo de tu vida profesional y formativa has recibido menos de 30 minutos de formación sobre lo que es la Salud Comunitaria y la Promoción de la Salud?

¿Puedes recitar de memoria un enorme listado de epónimos y síndromes pero no podrías hablar diez segundos sobre la participación comunitaria? ¿Piensas que Los Determinantes eran un grupo de los 80? ¿Confundes la salud pública con la salud pùblica? ¿Crees que Las Causas de las Causas es un culebrón de la sobremesa? ¿Piensas que el salubrismo es una desviación sexual o un problema en las glándulas salivales? ¿Estás a punto de acabar ser Médica/o de Familia o Enfermera/o Comunitaria/o y no tienes ni idea del motivo por el que llevas un apellido (“y Comunitaria”) en tu especialidad? ¿Piensas que la Comunidad es sólo una película de Alex de la Iglesia?

No te preocupes, aún estamos a tiempo: bienvenido/a al taller de supervivencia en Salud Comunitaria para residentes de Medicina de Familia (y Comunidad) y de Enfermería Comunitaria en su edición del 2012.

Segue leyendo. Engancha.

Ánimo

Miguel Prieto, Valentín Sánchez, Rafa Cofiño  
Curso de Salud Comunitaria para torpes escrito por torpes

## [Cinco años del kit de supervivencia en Salud Comunitaria. Unas palabras emotivas para empezar]

Este es el quinto año del kit. Cinco años ya amigos y amigas!

Han pasado muchas cosas desde el 2007. Sabemos que el kit se ha convertido en un objeto de culto. De culto y de deseo.

Hemos recibido presiones de la Big Pharma y de multinacionales para adaptarlo a sus intereses y pegar logos en las portadas y contraportadas convirtiendo el kit en la chupa de Fernando Alonso. Nos costó pero dijimos no. Lancet nos ofreció una separata el año pasado. Estaban dispuestos a publicar el primer monográfico de su vida sobre salud comunitaria y en español. Dijimos que no porque nos pedían tachar lo que ellos consideraban términos soeces.

Somos conscientes que varias generaciones de residentes de medicina familiar y comunitaria han trabajado con él, se han inspirado, reído y drogado, perdido y desorientado sus páginas. Sabemos que sus páginas han animado e inspirado a nuevas generaciones de salubristas que empezaban a hacer una Nueva Salud Pública (antes de que el nombre llegara de USA). Sabemos que el kit ha servido para envolver bocadillos en las guardias. También que a escondidas tutores y tutoras acariciaban sus zonas más erógenas con él, suspirando por remotos mundos de placer que a veces niega lo cotidiano de la práctica clínica.

¿El primer kit se distribuyó en el primer curso de salud comunitaria del 2007 o fue en aquella sesión sobre modelo biopsicosocial del 2006? No lo recuerdo bien. La rumorología sobre el nacimiento del kit ha pasado a convertirse una leyenda urbana y se ha convertido en un animal mítico de las ciencias de la salud de este país (otro animal mitológico que encarna la fuga la huida huyendo hacia y desde el norte...).

Lo que sí está claro remontándonos a los orígenes del kit en su quinto aniversario es lo siguiente:

1. La idea era hacer algo básico. No hay que ser muy listo para darse cuenta que el kit no es muy profundo. Pero era necesario hacer algo elemental, que fuera dinámico y que enganchara.
2. Una buena forma de enganchar era haciendo sonreír. Y que se leyera con una sonrisa hasta al final o cuando menos pensando *"a ver cuál es la próxima gilipollez que nos cuentan"*
3. Se escribió como un kit de supervivencia en un momento en que pensamos que era urgente poner en marcha actuaciones de salud comunitaria y de desmedicalización del sistema sanitario. Esta idea sigue vigente y más en un momento en que estamos viendo desaparecer el Sistema Nacional de Salud en los términos de equidad y universalidad que conocíamos.

El kit ha viajado de Asturias a Plasencia, a Sevilla, a Madrid, a Cataluña... Ha tenido adaptaciones a diversas lenguas y culturas. Hemos tenido maestros y compañeros de curso (Valen, Pepe, Miguel, Enrique, Cristina, Ana, Andrés, Javi, Carmina, Gonçal, Clara y más y más y más...) y muchos nombres de residentes y compañeros detrás.

El kit sigue estando en abierto y encantado de tener miles de amantes. Y encantado de que nos contéis vuestras experiencias amorosas con él.

Tanto sean historias de amor eterno como historias de una noche.

**El taller de supervivencia cuenta con el siguiente Kit de emergencia:**

Material 1: Todo lo que quiso saber sobre Salud Comunitaria y nunca se atrevió a preguntar. Blog Salud Comunitaria.

Material 2: El Cuestionario: cuestionándonos la salud individual y la salud comunitaria.

Material 3: Set de juegos: Cada oveja con su pareja, las siete diferencias y tirando dardos. De la persona a la comunidad y viceversa.

Material 4: Fotos de salud: haciendo fotos de la comunidad donde vives

Material 5 (primera parte) Curso rápido de dulluspikinglis (I) ¿Influye qué sepas los nombres de los continentes y que tengas un cerdito con mucho dinero en tu población?

Material 5: (segunda parte) Curso rápido de dulluspikinglis (II) Social medicine is not a viejuno issue

Material 6: Tres escenarios para entender lo que pasa con la salud de nuestra población

**Nuestras recomendaciones serían:**

- Lee el material con calma. Piensa sobre ello.
- Escribe y anota.
- No te drogues.
- Coméntalo con otra gente.
- Cuando lo comentes tendrás la tentación de hablar de las guardias. Evítalo.
- Si tienes que practicar sexo de riesgo después de leerlo, por favor utiliza preservativo.
- Trata de no hablar de las guardias mientras practicas sexo
- No te drogues tratando de fumarte un preservativo y menos en un bar: además del látex en las vías inferiores, te vas a quedar con una multa de escándalo.
- 

**En caso de no utilizarlo:**

- Recicla el papel.
- No lo quemes en ninguna vía pública.
- Pásalo a alguien (quizás no sanitario) que pienses pueda estar interesado.

# Material 1 del KIT de SUPERVIVENCIA: Todo lo que quiso saber sobre Salud Comunitaria y nunca se atrevió a preguntar

(y sobre promoción de la salud, intervenciones comunitarias, salud pública basada en la evidencia...)

<http://saludcomunitaria.wordpress.com/>

Se trata de un blog donde está disponible diversa información sobre Salud Comunitaria:

**salud comunitaria**  
"if the major determinants of health are social, so must be the remedies" Michael Marmot

« Mirar a la comunidad: residentes, atención primaria y salud comunitaria.  
Rise up with me against the organisation of misery »

Community Health: Read "Salud Comunitaria Blog" in English  
CONTACTO  
Rafa Cofiño rcofino@gmail.com

**Revisiones sistemáticas en salud pública e intervenciones en servicios sanitarios**  
Febrero 11, 2010

Número de febrero de **Pulse**, boletín electrónico trimestral editado por el australiano **Sax Institute**. El boletín presenta información las nuevas revisiones sistemáticas publicadas sobre salud pública y sobre intervenciones en servicios sanitarios.

**Falls prevention in nursing homes and hospitals:** Multi-factorial interventions reduce falls and risk of falling in hospitals, and may also do so in nursing care facilities. [Read more...](#)

**Interventions for promoting physical activity among European teenagers:** School-based physical activity promotion programs appear to be effective in the short term with European adolescents. [Read more...](#)

**School-based programs to reduce bullying:** The most important elements of anti-bullying programs appear to be parent training/meetings, disciplinary methods, longer program duration, and greater program intensity. [Read more...](#)

**Addressing social disadvantage to reduce teenage pregnancy:** Early childhood interventions and youth development programs appear to be

- Documentos Clave y artículos de interés.
- Recursos relacionados con Salud Comunitaria y La Promoción de la Salud basadas en la evidencia..
- Enlaces.
- Revistas...

En el [blog habrá un apartado](#) especialmente dedicado al curso, donde se dejará información referente al mismo y desde donde puedes dejar comentarios e impresiones.

Y lo más importante habrá información sobre blogs y otras webs donde de todo esto de salud comunitaria se sabe muchísimo.

## Material 2 del KIT de SUPERVIVENCIA: EL CUESTIONARIO

Algunas preguntas de partida: cuestionario válido que no validado

El siguiente cuestionario pretende servirte como una pequeña ayuda para reflexionar. Los temas puede parecer muy obvios (o no) pero nos servirán para pensar sobre algunos aspectos relacionados con la atención comunitaria antes de iniciar el taller .

Trabajaremos el cuestionario en grupo. Es increíble ver lo que uno no sabe de algo, pero es mucho más increíble ver que los demás saben menos que tu!!!

1. Llevas ya un tiempo trabajando como residente de enfermería comunitaria/medicina familiar y comunitaria o acabas de empezar, pero ¿cómo te atreverías a definir la salud?
  
2. De forma global y partiendo siempre de tu experiencia en este tiempo ¿De qué factores depende la salud de las personas? Escribe todos los que se te ocurran.
  
3. ¿Por qué piensas que nuestra especialidad lleva el apellido de Comunitaria? Señala la contestación adecuada

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Lo ignoro totalmente  |
| <input type="checkbox"/> | Tengo alguna intuición pero no sabría explicarlo  |
| <input type="checkbox"/> | Porque alguien tuvo la brillante idea de buscar un nombre lo más largo posible que no pudiera escribirse en las batas   |
| <input type="checkbox"/> | Por la importancia de no hacer sólo atención individual sino tener una visión global de los problemas de las agrupaciones familiares, de la comunidad y de la sociedad en general |
| <input type="checkbox"/> | Para poder tener más capítulos que escribir en el Martín Zurro y así poder publicar por lo menos dos tomos.   |

4. ¿Por qué elegiste Medicina?¿Por qué elegiste enfermería?¿Por qué elegiste enfermería comunitaria? ¿Por qué escogiste ser Médico/a de Familia?

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Me obligaron mis padres   |
| <input type="checkbox"/> | Sin lugar a dudas es la profesión más hermosa del mundo   |
| <input type="checkbox"/> | Peseta-caballo-zanahoria  |
| <input type="checkbox"/> | Había mucha gente en la facultad de medicina y si no se pillaba allí no se pillaba en ningún sitio  |
| <input type="checkbox"/> | Estaba convencido de que los postulados formulados en la declaración de Alma Ata servirían para establecer políticas sanitarias accesibles a toda la población, devolver el empoderamiento a los sectores más desfavorecidos, acabar con los movimientos capitalistas-y-neoliberales-de-mierda- |
| <input type="checkbox"/> | Porque con la Industria Farmacéutica viajamos por el mundo  |

5. ¿Qué es la educación para la Salud? ¿Es lo mismo que la promoción de la salud?

6. ¿Qué es el abordaje biopsicosocial?.

7. ¿De quién depende la salud comunitaria? ( Señala con una cruz, los que consideres más importantes....)

- De la Administración, sobre todo de aquellos cargos que lleven más de dos sustantivos en su denominación
- De las Asociaciones y organizaciones de autoayuda
- Del personal de enfermería
- De los especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública
- De la propia comunidad
- De los especialistas en Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria
- Este cuestionario me está empezando a repunar<sup>1</sup> un poco

<sup>1</sup> Repunar= repugnar en algunas zonas de Asturias

8. Piensa en dos ejemplos de Atención Comunitaria que se esté realizando en tu Centro de Salud o en tu Zona básica de Salud: Quién lo está coordinando? con qué personas del barrio se está trabajando? cuánto tiempo lleva funcionando? qué resultados tiene? qué pinta tiene?

(si llevas más de diez minutos pensando y no se te ocurre nada pasa a la pregunta 10

Sí, este es un momento duro del cuestionario y te están entrando ganas de drogarte. Te avisamos)

9. ¿Sabes lo que es el PACAP?

- Una secta
- Como la CPAP pero casi al revés
- Un palíndromo
- El Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de la semFYC [www.pacap.net](http://www.pacap.net)
- Un partido político que están montando los docentes de esta mierda de curso que se nos viene encima

10. ¿Cuántos episodios con [códigos Z](#) has creado con el ordenador que tiene en tu consulta a lo largo de tu vida de residente?

- Tantos que no me acuerdo
- Esta pregunta tiene truco
- Uno o ninguno
- No se qué es el ordenador
- Me da miedo meterme en ese programa y no suelo encender el ordenador por las mañanas. Prefiero pasar consulta en la cafetería. No hay nada más comunitario que eso

12. ¿En pleno siglo XXI qué importancia tiene la Medicina Social?

- La medicina social quiere decir que por los recortes no tenemos dinero y tenemos que buscar socios para que nos lo den
- No debe de ser importante porque en la carrera no nos dijeron nada sobre ello
- Creo que los aspectos sociales, como seguro dirán los docentes, son algunos de los principales factores determinantes de salud
- Yo qué se. Lo que yo quiero es ser traumatólogo
- Lo que tiene importancia es acabar cuanto antes este curso....

13. ¿Cómo influyen las desigualdades en la salud de la población de tu cupo? ¿Influyen en el tipo de atención que reciben? Busca algún ejemplo

14. ¿Quién es – sin buscar en google- Michael Marmot?

- Un delantero centro que jugó en el Manchester en la temporada 92-97
- El nombre verdadero de Michael Landon antes de hacer "La casa de la pradera" (esto no tiene sentido para un porcentaje importante de participantes del curso y para un porcentaje significativo de los docentes)
- Un tipo que escribe citas para la cabecera del blog de Salud Comunitaria
- Hizo una película con Bill Murray y le puso su apellido "El día de la marmota"
- Una de las personalidades más relevantes en el estudio de las desigualdades sociales en salud. Escribió con Wilkinson "The solid facts" un texto clave para entender los determinantes sociales en salud.



## Material 3 del KIT de SUPERVIVENCIA: LOS JUEGOS

### 3.1 Cada oveja con su pareja:<sup>2</sup>



Los enfoques de lo que supone trabajar desde el punto de vista de la “salud del individuo” o de la “salud de la comunidad” es diferente (aunque claro está que pueden y deben ser complementarios).

Enlaza cada término de la “Atención Individual” con su equivalente en la “Atención Comunitaria”



Atención Individual



Atención Comunitaria

- |  |   |
|--|---|
| • Los pacientes                          | • Promoción de la salud   |
| • Estudio a propósito de un caso         | • Investigación cualitativa   |
| • Orientación a la demanda de un enfermo | • El equipo   |
| • Educación para la salud individual     | • Programas de salud  |
| • Investigación cuantitativa             | • La comunidad  |
| • Diagnóstico de salud clínico           | • Diagnósticos de salud comunitario                                 |
| • Protocolos clínicos                    | • Estudio a través de la epidemiología                              |
| • La Medicina                            | • Orientación a las necesidades de salud de una población           |
| • El clínico                             | • Medicina, Psicología, Sociología, Antropología, Trabajo Social... |

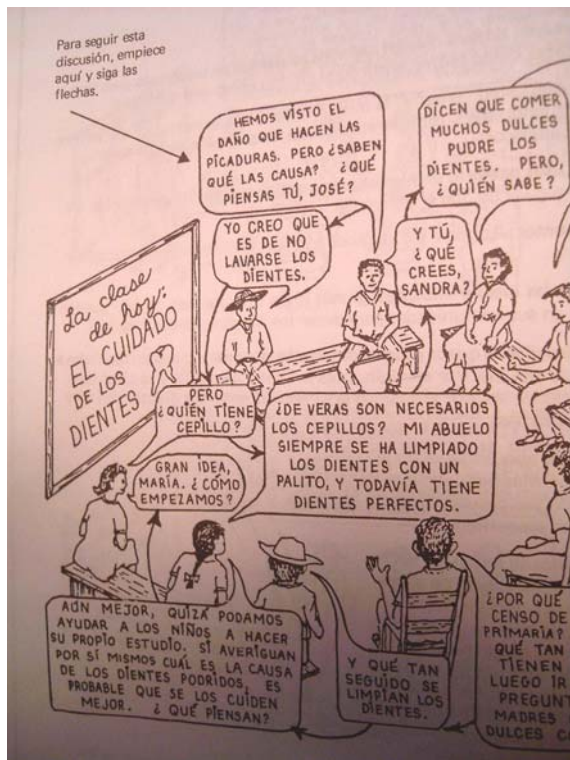
<sup>2</sup> Referencia : I Recomendaciones del PACAP: Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud?

### 3.2 Los siete diferencias:<sup>3</sup>

Piensa unos minutos sobre tu vida como alumno/a en medicina y como residente.

Analiza tus experiencias en el aprendizaje y en la enseñanza.

Piensa en tu forma de transmitir conocimientos y después de ello mira a ver si encuentras siete diferencias entre estas dos imágenes:



¿Qué modelo de enseñanza y aprendizaje es el más frecuente en nuestro medio? Por qué?

<sup>3</sup> Imágenes extraídas del libro "Aprendiendo a promover la salud" David Werner y Bill Bower. Fundación Hesperian, 1994.

### 3.3 Tira a la diana:

#### Juega a los dardos con Amnistía Internacional

**La reforma sanitaria limitará el acceso a la salud para las personas migrantes en situación de irregularidad, y podría tener impactos para otros colectivos en situación de vulnerabilidad.**

*“El ejercicio de los derechos humanos no puede subordinarse a la aplicación de las políticas de ajuste estructural y las reformas económicas emprendidas a causa de la deuda”.*

Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas Resolución 11/5 de 2009

Más de 21.200 personas firmamos la ciberacción dirigida a la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad exigiendo que antes de aprobar la reforma sanitaria adoptase medidas que protegiesen el derecho a la salud de todas las personas. Lamentablemente no ha sido así.

**La reforma sanitaria aprobada limitará el acceso a la atención sanitaria para las personas migrantes mayores de edad en situación irregular.** Esta se verá reducida a la atención en urgencias, y a la asistencia al embarazo, parto y posparto. Las mujeres víctimas de violencia de género, serán uno de los colectivos afectados por esta medida, ya que, aunque puedan recibir atención de urgencia, se limita su acceso a una atención sanitaria que constituye una de las principales vías de detección temprana e identificación de víctimas.

La reforma constituye una medida regresiva, contraria al Pacto Internacional de Derechos, Económicos y Culturales del cual España es Estado parte.

Asimismo, el gobierno no ha aportado un análisis transparente sobre el potencial impacto que esta reforma podría tener en la salud de otros colectivos vulnerables. Únicamente se ha limitado a aportar datos de ahorro económico.

La legalidad internacional exige que en tiempos de crisis, las autoridades deben demostrar que las medidas se han aplicado tras el examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles, que están debidamente justificadas y se han utilizado todos los recursos máximos disponibles. Asimismo, deben establecer mecanismos para garantizar la información y consulta efectiva de todos los sectores de la sociedad sobre la reforma sanitaria.

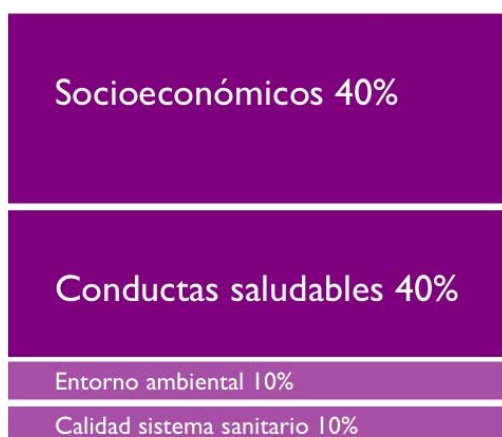
**Ninguna medida de recorte del gasto público puede poner en peligro el derecho a la salud.** El Gobierno no debía haber obviado sus obligaciones internacionales. Ahora el Congreso de los Diputados debe corregir esta situación.

<http://www.es.amnesty.org/actua/acciones/espana-derecho-salud/>

## Material 4 del KIT de SUPERVIVENCIA: curso de fotografía

Siguiendo un modelo teórico podemos decir que la salud de la población depende de cuatro factores: factores socioeconómicos, conductas saludables, entorno ambiental y la calidad el sistema sanitario.

La influencia de cada uno de los factores es la siguiente <sup>4</sup>:



por eso podemos decir que el código postal es más importante para tus pacientes que el código genético. Es decir importan mucho: cómo viven, dónde viven, cómo es su lugar de trabajo, sus condiciones...

Vamos a proponerte que “saques” fotos:

### 1. Fotos del lugar donde trabajas.

[Saca fotos del lugar donde trabajas y comenta sobre ellas.](#) aka Photovoice  
[Saca fotos del lugar donde trabajas y conozcas los recursos saludables](#) que tienes a tu alrededor.

### 2. Fotos más elaboradas e indicadores epidemiológicos del lugar donde vives,

Busca indicadores (¿ein?) que te den una foto epidemiológica de los diferentes determinantes de salud de la zona donde trabajas.

Por ejemplo estas fotos del [Observatorio de Salud en Asturias](#) (pincha, pincha en los mapas)

<sup>4</sup> Booske BC, Athens JK, Kindig D, Park H, Remington P. Different perspectives for assigning weights to Determinants of Health. Country Health Rankings. Working Paper [Internet]. 2010 Feb; Available from: <http://goo.gl/OOCqn>

## Material 5 del KIT de SUPERVIVENCIA: (primera parte)

### Kaunti jelz Kalkuleitor: la kalkuladora de todas las kalkuladoras

Con este simpático ejercicio aprenderás a calcular la salud de la población (de los Estados Unidos de América! Ahí es nada amigo!)

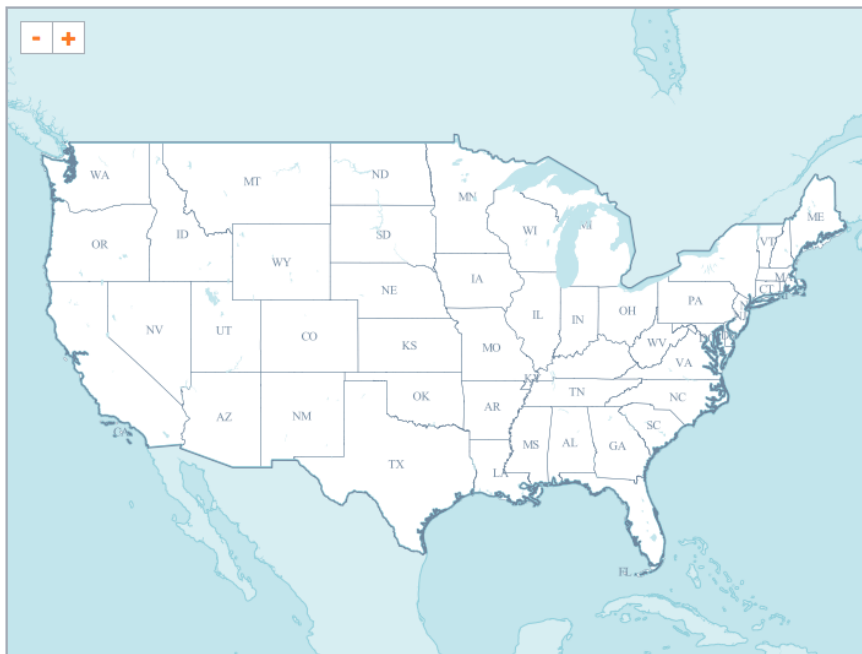
Podrás calcular cómo tener un nivel educativo y tener mejores ingresos mejora la salud de la población (no te lo contaron en quinto ni haciendo el MIR, ay Baladrón, Baladrón...)

Un ejercicio que combina tus habilidades matemáticas con tu capacidad de nivel de inglés y que a la vez te dará pistas para comprobar como Rato tendrá probablemente mejor salud que el colega que pide en el parque o que se deja de fumar antes si tienes un nivel educativo alto que si no lo tienes

<http://countyhealthcalculator.org/>

#### FACT

**In the United States, 121,750 lives could be saved if 10% more people had some college education.**



**Want to improve health? Start with where we live, learn, work and play.**

The County Health Calculator is a tool for advocates and policy makers. Health is about more than healthcare. It is about education, income and the environment in which we live. Use the calculator to see how education and income affect health outcomes. Click below to get started.

**WHERE DO I START?**

## Material 5 del KIT de SUPERVIVENCIA (segunda parte)

No, la Medicina Social no es una Medicina de Socios.

We love Shakespeare

Este kit es un artículo extraído del PLoS Medicine de una separata especial publicada sobre Medicina Social en Octubre del 2006. En el ensayo se habla de ejemplos actuales de la importancia que todavía tiene la Medicina Social en la era del genoma. Nos hemos permitido subrayar algunas partes que pensamos importantes del texto para facilitar la lectura...

### Health Is Still Social: Contemporary Examples in the Age of the Genome<sup>5</sup>

Timothy H. Holtz\*, Seth Holmes, Scott Stonington, Leon Eisenberg

Funding: The authors received no specific funding for this article. Competing Interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Citation: Holtz TH, Holmes S, Stonington S, Eisenberg L (2006) Health Is Still Social: Contemporary Examples in the Age of the Genome. PLoS Med 3(10): e419 DOI: [10.1371/journal.pmed.0030419](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030419)

Published: October 24, 2006

Timothy H. Holtz is at the Institute of Human Rights at Emory University, and in the Department of Family and Preventive Medicine,<sup>6</sup> Emory University School of Medicine, Atlanta, Georgia, United States of America. Seth Holmes and Scott Stonington are in the Department of Anthropology, History, and Social Medicine, School of Medicine, University of California San Francisco, San Francisco, California, United States of America. Leon Eisenberg is the Maude & Lillian Presley Professor of Social Medicine and Professor of Psychiatry, Emeritus, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, United States of America.

\* To whom correspondence should be addressed. E-mail: [tholtz@igc.org](mailto:tholtz@igc.org)

---

<sup>5</sup> La medicina es todavía social,,,claro

<sup>6</sup> Pero que hace un Departamento de Medicina de Familia en una Universidad y que hacen escribiendo sobre Medicina Social y no sobre ARA II???

In 1999, Leon Eisenberg wrote an essay entitled, “Does social medicine still matter in an era of molecular medicine?” [1]. Anticipating the scientific discussion that would accompany the complete mapping of the human genome, followed by hubristic predictions of an end to disease through the introduction of gene-based therapy, Eisenberg reminded his readers of the inherent social basis of disease causation. “The developments in molecular biology highlight the salience of the social environment and underscore the urgency to rectify inequity and injustice. All medicine is inescapably social.” he wrote.

In this Essay, we revisit those concerns and expand them to discuss the current state of scholarship on the social causes of, experiences of, and responses to disease. We contend that social medicine is as important now as it has ever been. The field of social medicine includes various social and cultural studies of health and medicine [2], and in this article, we will focus on one domain of these studies—the social roots of disease—to illustrate the contemporary importance of social medicine.

### Contemporary Examples

The final sequencing of the human genome was announced in 2001 and greeted with great fanfare. Scientists have since cloned the embryo of a sheep, followed by a dog, cow, horse, mule, and mouse. With automated DNA sequencing, the genetic code may soon be cracked for nearly every major animal phylum. Many scientists are hopeful that these developments will eventually produce laboratory-based gene therapies that will cure many human diseases. What is invariably lost in these celebrations of scientific advances is awareness that human social organization is the primary determinant of how diseases are distributed in society, and that much of human disease results from preventable social factors. This inextricable link between social inequality and ill health is seen in nearly every field of medicine.<sup>7</sup>

### Environmental disasters.

As a first example, consider the recent global environmental disasters, which, natural or unnatural, laid bare the inequalities that cut across society. The years 2004 and 2005 were terrible years for “natural” disasters—the Asian tsunami on December 26, 2004 [3], Hurricane Katrina in September 2005 [4], and the Kashmir earthquake in October 2005 [5]. Although nature triggered these events, there was nothing “natural” about the extent to which certain people were more likely to die. All disasters are shaped by the context and hierarchy of human social organization.

The role of human behavior and social organization in determining who was at risk is an ignored but vital aspect of disasters. In a landmark study, sociologist Eric Kleinenberg, researching the Chicago heat wave of 1995, found that the mortality attributed to the disaster could only be fully understood with a “social autopsy” of the event. Without “de-naturalizing” the event, its outcomes and its relationship with social inequalities and local policies remained obscure [6].

---

<sup>7</sup> ¿Cambiaría nuestra salud si cobrásemos un 75% menos de lo que estamos cobrando? Una pensión mínima de viudedad puede estar en torno a los 418 euros mensuales.



[The devastation wrought by Hurricane Katrina exposed underlying social inequalities](#)  
(Photo: Waving Goodbye, Abigail Hankin)

There is no better illustration of the need for a social autopsy of a disaster than the devastation wrought on urban New Orleans and surrounding communities by Hurricane Katrina [7]. Because of extensive flooding in the city, more than 75% of the city's 500,000 residents became internally displaced virtually overnight. Most of those who could not escape the storm were poor, living in historically economically deprived communities. Many of these communities were also predominately African American, such as the hard-hit Lower Ninth Ward. Most residents who stayed behind and bore the full impact of the category 5 hurricane (it was downgraded to category 3 by the time it hit the coast) did not have the luxury of choosing to leave; they had no option but to stay. They had neither cars nor ready access to transport for evacuation. Who lived or died was more a reflection of available housing and transportation options, not biologic risk factors. The disaster may have been "natural" in a meteorological sense (although some now argue that global warming has increased the probability of hurricanes), but it was the "unnatural" social forces—specifically class and race—that determined who lived and who died.

Health disparities.

Though Katrina unfolded before our eyes on television, greater tragedy has been playing out for centuries in United States society in morbidity and mortality differentials between socially defined racial groups, particularly between whites and blacks. The overall death rate for African Americans, today, is comparable to the rate for white Americans some 30 years ago. This translates into 100,000 African Americans dying every year (most from chronic diseases) who otherwise would not die if the death rates were similar between the two groups [8]. Disparities in infectious diseases at the beginning of the 20th century are now being replicated in disparities in cardiovascular disease, cancer outcomes, and many other chronic diseases at the beginning of the 21st century [9].

Although the prevalence of heart disease and diabetes is two to three times higher in African Americans than in whites, representative surveys of Caribbean populations of African origin have revealed prevalence rates two to five times lower than those of blacks in America or Britain [10]. This should give pause to those searching for solely biologic explanations of racial disparities in disease. The disparities in these rates in the US are partially due to socially patterned behaviors. The persistent differences are also strongly related to social disparities such as residential segregation, neighborhood quality, and labor conditions that create, contribute to, and exacerbate ill health [9]. In addition, white and black patients presenting with the same signs and symptoms are given significantly different medical care, based on their perceived racial or ethnic identity [11].

Despite pernicious associations between race and inequality, modern medicine pushes ahead with efforts to produce race-specific therapy for diseases such as heart disease and diabetes. In June 2005, the first "race-specific" patented drug (isosorbide dinitrate



combined with hydralazine hydrochloride, or BiDil) was approved for the treatment of heart failure in African Americans [12]. The drug is a combination of two generic medications that have been off patent for years and widely used to control heart failure. Through clever marketing, the combination drug was presented to the US Food and Drug Administration as a “race-specific” drug, after initially being denied a patent—the first US drug to be based on a patent formulated in terms of its benefit to a specific racial group. The approval of BiDil presages a trend in the pharmaceutical industry to use race as a proxy “genetic” biologic marker to address health disparities through commercial drug development [13]. What might be called the “desocializing” or “geneticizing” of race has potentially worrisome implications (discussed in [14]).

Distribution of health care.

Julian Tudor Hart, who served as a primary-care physician for Welsh miners for more than 30 years [15], established a clinical research practice based on medical surveillance of his entire population of 1,900 patients (rather than limiting his purview to the fraction who attended his surgery). From this experience, Hart coined the “Inverse Care Law”<sup>8</sup> [16]: “The availability of good medical care varies inversely with the need for it in the population served. . . [all the] more completely where medical care is most exposed to market forces . . .” Even in a nationalized health system such as in the United Kingdom, resource distribution reflects the social status of communities and determines the health of the people in them [17].



[A makeshift clinic serving patients affected by Hurricane Katrina](#)

(Photo: Clinic Open, Abigail Hankin)

Only 10% of the world's health research funding goes toward the diseases that make up 90% of the global burden, a situation known as the “10/90 gap.” Traditionally, pharmaceutical companies have focused their research on diseases of the rich world. Fortunately there has been a recent surge in the pharmaceutical industry's engagement in developing drugs for the neglected diseases of poverty [18].

The Foundation for Change in the Field

Virchow's principles.

In 1848, the German physician Rudolf Virchow laid the foundation for the practice of social medicine, and advocated that medicine be reformed on the basis of three principles: (1) the health of the people is a matter of direct social concern; (2) social and economic conditions have an important effect on health and disease, and these

<sup>8</sup> El documento se incluirá entre la documentación del Taller de Supervivencia

relations must be subjected to scientific investigation; and (3) the measures taken to promote health and to combat disease must be social, as well as medical [19].<sup>9</sup>

In the 150 years since Virchow produced his principles, medicine has strayed from this vision [20]. Despite television images of trapped hurricane survivors searching for food and the knowledge that 44 million Americans (most of them working) do not have health insurance, medical research continues its biomedical trajectory in search of expensive “magic bullets” and more sophisticated interventional technologies, rather than understanding the social determinants of health. The field of medicine needs to return to Virchow's principles and highlight the social, as well as the biological risks, for disease. We need to recognize that relative positions in society affect health, exposure to illness, risk for illness-producing behaviors, and the patient's sense of agency.

Though science has become more interdisciplinary in nature, the disciplines invited to the table do not always include the social sciences. The door is slightly ajar and must be pried open. As Karl Popper reminds us, “We are not students of some subject matter, but students of problems. And problems may cut across the borders of any subject matter or discipline [21].”

Why then is social science often excluded? For one, academic medicine has been preempted by the glamour of technology and by the rewards it brings to those who discover and employ it [22]. For another, social scientists are unwelcome when they discover unpleasant facts, such as life circumstances trumping medical care in determining the health status of populations and that disparities in health care are part of the system rather than oversights [1]. These discoveries not only threaten medical hegemony, but they challenge the larger social order [23].

#### The Roots of Disease Are Still Social

We cannot look at the status of a population's health without examining the social context. Consider the risk of exposure, host susceptibility, course of disease, and disease outcome; each is shaped by the social matrix, whether the disease is labeled “infectious,” “genetic,” “metabolic,” “malignant,” or “degenerative.”

The distribution of health and disease in human populations reflects where people live; when in history they live; the air they breathe and the water they drink; what and how much they eat; the energy they expend; the work they do; the status they occupy in the social order and how they are socialized to respond to and identify with or resist this status; who, when, and whether they marry; whether they are socially isolated or rich in friends; the amount and kind of medical care they receive; and whether they are stigmatized when sick or receive care in the community. This is no new discovery. The Hippocratic Treatise “Airs, Waters, Places” enjoins, “whoever wishes to pursue properly the science of medicine” to consider, among other features of the place of practice, “the mode of life . . . of the inhabitants, whether they are heavy drinkers, taking lunch and inactive, or athletic, industrious, eating much and drinking little.”

Contemporary medical indifference to “mode of life” is a legacy of, among other things, the spectacular accomplishments of bacteriology in the late-19th century, which made single causes and single effects the paradigm for medical theory. But the paradigm is flawed. Bacteria do not fully account for disease pathogenesis. Infection by the tubercle bacillus is a necessary, but not sufficient, condition for clinical tuberculosis. Of individuals with a primary infection (evidenced by a positive tuberculin skin test), only a minority ever display the symptoms and signs of clinical disease. Susceptibility to

<sup>9</sup> Todas las cosas que se nos contaron sobre Virchow en la facultad, pero sobre esto nada de nada...

tuberculosis varies not only with age and sex but also with housing and social class [24]. Mortality data for England and Wales show that the death rate from tuberculosis had already fallen by half during the 40 years before Koch discovered the bacillus. During the next 60 years, it fell by more than half again before effective chemotherapy (streptomycin) was introduced [25]. Decreasing morbidity and mortality rates reflected improved living conditions.

We cannot confine our alleviation of suffering to patient biology.

Enormous health disparities exist in this century around the world. Life expectancy ranges from 34 years in Sierra Leone to 82 years in Japan [26]. There is a marked social gradient within countries: households with more wealth, higher incomes, better education, and safer jobs (socioeconomic status) have lower mortality rates. The gap in life expectancy between the most-advantaged and the least-advantaged populations in the US is 20 years. What social conditions give rise to or contribute to increased risk for disease? Unhealthy behaviors and life stressors contribute to and exacerbate disease risk, but “the health of the population is a measure of whether, in the end, that population is benefiting as the result of a set of its social arrangements [26].”

From Understanding to Action

Michael Marmot, chairman of the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health, said that “if the major determinants of health are social, so must be the remedies. Health status is the best measure of whether a population is thriving” [26].

Interdisciplinary research.

Complex health problems are insoluble without understanding social context. There is an urgent need for social scientists, and in particular physician social scientists, to participate in interdisciplinary research. Training in existing disciplines should be broadened so that graduates become aware of the concepts and methods at the borders of their fields. Basic scientists should be introduced to clinical problems; clinical investigators should be kept abreast of laboratory disciplines.

Training physicians in social science.

We need to create the minimum expectation that all physicians be trained as “informed consumers” of social science, able to recognize implications applicable to their own work [27]. Beyond this, our contemporary world needs practitioners dually trained in medicine and the social sciences. We need scholars who can produce social analysis grounded in suffering, and who are committed to ameliorating that suffering. And we need humanist scholars who can unveil the experience of suffering and health care. These physician scholars will be those best suited to guide medical education in the areas of social disparities in health, cultural competency, and beyond.

Developing a “community-side manner.”

If we want to fulfill our role as medical professionals, we cannot confine our alleviation of suffering to patient biology. Our bedside manner should be extended to an informed “community-side manner” that considers all the social contributing factors to human health.

Currently, the time constraints and scope of medical practice make it difficult for practitioners to develop this skill—to question their own narrow training, to explore and understand the social forces that affect their patients, and to intervene beyond bodies and into social worlds. The version of the Hippocratic Oath most commonly used in medical schools today states that “I will apply, for the benefit of the sick, all measures which are required.” The social contract for physicians to improve the health of those who are suffering necessitates broader, societal interventions [28–30]. Clinicians must tackle this challenge by incorporating social concepts into their daily practice and becoming a powerful voice in the public debate. During the Katrina “unnatural disaster,” David Brooks made a simple yet profound observation: “Floods wash away the surface of society, the settled way things have been done. They expose the underlying power structures, the injustices, the patterns of corruption and the unacknowledged inequalities”[31].

### Conclusion

Only systematic change can reverse the disparities that we observe today, to transform the heavy mantle of inequality into action to change the fundamental causation of disease. We need to act on an existing social science knowledge base and add to that foundation through systematic research. It is our professional obligation to address inequities caused by larger social forces, both local and worldwide, which create and perpetuate inequality and poor health.

Problems are really hard to explain in that ways of explaining new things.

## Material 6 del KIT de SUPERVIVENCIA y último La historia de María

Bien, esta es la historia que más nos gusta de todas. La historia que cierra muchas historias.

No contaremos más. Mejor leerla y escucharla y pasearse por sus tres escenarios...

<http://goo.gl/FSdwD>



### Sobre el Kit de Supervivencia:

Sugerencias, comentarios, anécdotas, aclaraciones en la siguiente dirección

Rafa Cofiño  
[rcofinof@gmail.com](mailto:rcofinof@gmail.com)

Si consideras útil este kit de supervivencia y quieres hacer uso de él, por nuestra parte, no hay ningún problema. Todo lo contrario.

Sólo dos cosas:

cita las fuentes (como ves, empleamos otros materiales para hacer estos materiales)

y , por favor, escríbenos contando qué te ha parecido y cómo lo utilizarás.



Kit supervivencia Salud Comunitaria by [Rafa Cofiño](#) is licensed under a [Creative Commons Atribución–No Comercial–Sin Obras Derivadas 3.0 España License](#).

<http://saludcomunitaria.wordpress.com/51/>