

# ¿PUEDE HABER AUTONOMÍA PERSONAL Y SALUD INDIVIDUAL SIN SALUD POBLACIONAL?

**RAFAEL COFIÑO FERNÁNDEZ**

Jefe del Servicio de Evaluación de la Salud y Programas. Dirección General de Salud Pública de Asturias.

Profesional asociado en la Escuela Andaluza de Salud Pública.

---

## Sumario

1. ¿ES LO MISMO SALUD QUE SANIDAD? NO, NO ES LO MISMO.
2. ¿CUÁNTO PESA EL ALMA? ¿Y CUÁNTO PESA LA SALUD?
3. ¿QUÉ HACER?
4. ¿PUEDE HABER AUTONOMÍA PERSONAL Y SALUD INDIVIDUAL SIN SALUD POBLACIONAL?
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

## **PALABRAS CLAVE (5)**

*Salud poblacional, determinantes de la salud, salud individual, autonomía personal, cronicidad.*

## **RESUMEN**

*Desde una visión integral de salud como equilibrio dinámico de factores sociales, psicológicos y biológicos, los comportamientos de las personas son determinados poderosamente por factores sociales. Por tanto, es necesario generar entornos adecuados (familiares, educativos, económicos, ambientales, laborales) y mejorar las condiciones sociales para que la persona pueda desarrollar su autonomía personal y asumir opciones saludables. Se sugiere un paquete básico de actuaciones vinculadas a mejorar la salud desde una perspectiva poblacional y con una amplia vinculación con mejoras en la salud individual.*

## **KEYWORDS**

*Population health, determinants of health, individual health, personal autonomy, chronic health.*

## **ABSTRACT**

*From a comprehensive view of health as a dynamic balance of social, psychological and biological factors, the behaviour of people is strongly determined by social factors. It is therefore necessary to create appropriate (family, educational, economic, environmental, labour) environments and improve social conditions so that the person can develop their personal autonomy and assume healthy choices. A basic package of actions is suggested, linked to better health from a population perspective and a broad link with individual health improvements.*

*“Hace falta un pueblo entero para educar un niño.”*

Proverbio Africano

*“Hace falta una comunidad entera para cuidar a una persona.”*

Proverbio Asturiano

¿Qué factores influyen en el bienestar de una población en un escenario geográfico y temporal determinado? ¿Qué elementos deberían reforzarse y potenciar en dicho escenario (pueblo, barrio, ciudad) para garantizar un mejor bienestar de toda la ciudadanía? ¿Cómo se pueden articular y ordenar dichos factores en la práctica?

Iniciaré el texto disculpándome: tratar de responder estas preguntas en 4.000 palabras es algo que va más allá de mis posibilidades. Me limitaré a establecer un pequeño recorrido desde lo general a lo particular y también a dejar varios frentes y líneas de reflexión abiertas fundamentalmente a través de las referencias y los textos seleccionados para la bibliografía.

## 1. ¿ES LO MISMO SALUD QUE SANIDAD? NO, NO ES LO MISMO.

Es bastante frecuente en nuestro entorno confundir salud con sanidad y por ello pensar que la salud de una población depende únicamente de los servicios sanitarios. Una primera reflexión, muy básica, sería pararnos a pensar de qué hablamos al hablar de “salud”. Imaginemos que nuestra concepción del término es la de una visión holística e integral, la de un equilibrio dinámico –y complejo- de factores sociales, psicológicos y biológicos, de un proceso donde influyen *mis* comportamientos salu-

dables (o no saludables) pero que influyen mucho en la medida del contexto y los entornos en los que nacemos, crecemos, nos educamos, vivimos, trabajamos (o no), nos relacionamos, afrontamos situaciones complicadas vitales, tenemos unas determinadas políticas, una determinada situación económica.

Si nuestra visión es esa, entenderemos más fácilmente que el sistema sanitario es importante para nuestra “salud” pero que existen otros factores fuera del sistema sanitario que también lo son. Existen diferentes modelos teóricos que resumen estos factores. Algunos de los más utilizados son el modelo de determinantes sociales de la salud de Dahlgren y Whitehead (1) y donde se pone la relevancia en la importancia de los factores no sanitarios en la salud de la población. En nuestro contexto nacional, un documento de referencia publicado en el 2010 desde el Ministerio de Sanidad incide en la importancia de los determinantes sociales pero incide sobre todo en que existe una distribución desigual de los mismos y esto genera desigualdades en la salud de las personas (2).

## 2. ¿CUÁNTO PESA EL ALMA? ¿Y CUÁNTO PESA LA SALUD?

Iñárritu apostaba, sin evidencia disponible más que la poética y cierto empirismo, que el peso del alma eran 21 gramos (3) ¿Qué peso tienen cada uno de los determinantes de la salud? ¿Es más importante mejorar las condiciones ambientales? ¿Es más importante influir en las habilidades de las personas para mejorar sus conductas? Aunque existen diferentes aproximaciones para estimar un peso de estos factores -como hacen los County Health Rankings y su homónimo en nuestro país el

Observatorio de Salud en Asturias (4) (5)- estos intentos de poner porcentajes no dejan de ser una herramienta pedagógica con fortalezas y con debilidades. De todas formas sí existen algunos elementos a tener en cuenta y a los que volveremos más tarde tratando de establecer propuestas prácticas. Enumero sucintamente algunos:

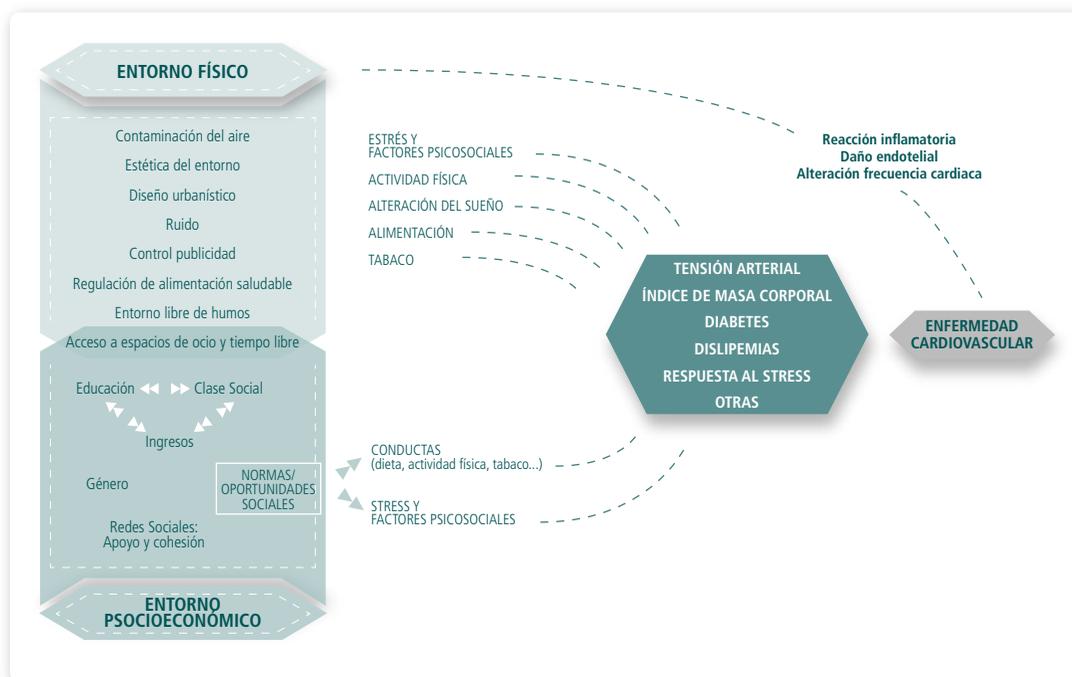
**Uno.** Históricamente el papel de la medicina y de los servicios sanitarios es muy relevante para mejorar la salud, pero el de las condiciones sociales y ambientales lo es mucho más. En nuestro contexto sistemas sanitarios públicos y universales garantizan una buena calidad de asistencia pero es necesario algo más. Inversiones en educación, en disminuir desigualdades socioeconómicas, en invertir en políticas de equidad de género tienen un impacto enorme (y cuantificado ya) en generar entornos saludables y poblaciones con mejor bienestar.

**Dos.** Este juego de dar peso a los determinantes de la salud ha incidido mucho en los estudios canadienses de los 70 dando mucho protagonismo a la prevención y a los estilos de vida individuales (y subrayo individuales). Cuidado, como bien explica Andreu Segura “la visión que más ha calado en el sistema sanitario es la de Marc Lalonde, inspirada en la aproximación voluntariamente reduccionista de Laframboise. Visión explicativa, pero que condujo a una medicalización de los estilos de vida por parte del sistema sanitario, con el consiguiente encarecimiento y, por desgracia, con muy poca repercusión en las conductas saludables, en su caso incluso a costa de incrementar las desigualdades” (6). La conducta individual, aunque importante a la hora de reforzar aspectos de comportamiento, está muy influenciada por esos determinantes. Es más fácil tomar

opciones saludables cuando nuestros entornos (familiares, educativos, económicos, ambientales, laborales) son favorables.

**Tres.** La relación entre todos los factores (ambientales, socioeconómicos, conductas, sistemas sanitarios y sociales) que influyen en la salud es complejo y se hace complicado establecer relaciones -y ya no digamos causalidades- entre ellos. Por ello, en términos explicativos, tendremos que pensar en modelos complejos. Y las soluciones también han de ser complejas. En el análisis de cómo abordar problemas de salud es necesario abrir el foco y pensar en “las causas de las causas”. En nuestra práctica docente utilizamos mucho un esquema modificado de Ana Díez-Roux (Figura 1) (7). Obviamente es necesario actuar sobre la parte de la derecha de la imagen. Pero actuar sólo a la derecha es cortoplacista y el impacto global en salud es limitado. Por eso nuestra mirada ha de estar siempre en la izquierda y las actuaciones y las políticas sanitarias de salud también. Este elemento es clave con algo sobre lo que volveremos al final: generar entornos saludables y mejorar las condiciones sociales es indispensable para mejorar la salud individual.

Figura 1. Las causas de las causas.



Fuente: Modificado de Diez Roux AV. Residential environments and cardiovascular risk. J Urban Health. 2003 Dec;80(4):569–89.

**Cuatro.** La influencia que ciertos factores ambientales y también socioeconómicos tienen sobre una parte modificable de nuestra biología (el epigenoma) nos pueden ayudar en estos modelos explicativos y también a entender como ciertas actuaciones meramente biológicas o de medicina de precisión/personalizada pueden ayudar pero servirían de poco si las causas de los problemas (desigualdades sociales en salud) siguen presentes o si esas soluciones tecnológicas sólo llegan a determinada población y no a quien más lo necesita. Es decir, afirmar que determinada farmacología epigenética puede ayudar a determinados problemas de salud es cierto, pero hay que pensar qué ayudará si la raíz del problema (“las causas de las causas”) sigue presente. Este razonamiento que parece de sentido común es algo que hemos olvidado en cuestiones cotidianas: por ejemplo, actualmente existe un consumo excesivo de hipnosedantes en mujeres. Hemos

tratado los síntomas (con muchos riesgos por cierto) pero las causas de los síntomas siguen presentes (8).

**Cinco.** Es necesario leer y estudiar a Geoffrey Rose para comprender que no es lo mismo la salud de las personas individuales que la salud de las poblaciones y para entender como una sola intervención poblacional (por ejemplo políticas de regulación del consumo de tabaco en espacios públicos) van a tener mayor impacto en salud que miles de intervenciones individuales (por ejemplo consejos antitabaco en consulta médica). También es necesario leer a Rose para comprender los beneficios y riesgos que tienen ambas intervenciones y las necesarias sinergias que hay que disponer entre ambas (9).

**Seis.** Pensemos ahora en un territorio concreto. Pequeño. Donde vivimos o trabajamos. En este espacio -un pueblo, un barrio- existen

diferentes estructuras trabajando en el bienestar de la comunidad. Algunas son estructuras formales (ayuntamiento, servicios sociales, servicios sanitarios, asociaciones...) y otras informales (redes de apoyo entre la ciudadanía...). Existen espacios físicos, económicos, culturales. Todos ellos, en mayor o menor medida, influyen en el bienestar de dicha comunidad. Son los activos para la salud de dicha comunidad. La correcta conexión e interacción entre todos ellos facilitará un mayor bienestar de dicho territorio. Cuanto más activos, cuanto más recursos que sirvan para generar salud, existan, mayor será el nivel de bienestar de dicha comunidad. Ojo. No se trata de incrementar recursos sin sentido, se trata de incrementar activos. Es decir, recursos que realmente generen salud. En el caso de Wakefield se ha puesto de relieve como comunidades en las que se han invertido muchos recursos no han mejorado sus indicadores de salud y de equidad (10). Además es necesario conectar estos recursos, convertirlos en activos, dinamizarlos y todos dentro de un proceso donde la ciudadanía y la población sean sujetos del proceso.

**Siete.** En una determinada población X, el flamante Director General de Salud Pública presenta los datos de su última encuesta de salud. Anuncia, que en relación a los datos de la anterior encuesta, la percepción que tienen los habitantes de X sobre su situación de salud ha mejorado. En tres puntos. Ahí es nada. "En X valoramos mucho mejor nuestra salud ahora que hace cuatro años" asevera de forma entusiasta.

Su afirmación es correcta. Mirando al conjunto de la población, la percepción ha mejorado. De todas formas si se pusiera las gafas para ver mejor las desigualdades vería que el asunto

tiene matices. Poniéndose las gafas para ver qué ocurre según diferentes poblaciones -según género, clase social, nivel educativo, edad, situación laboral o zona geográfica- los datos son diferentes. Y la afirmación en ese caso quizás fuera otra, por ejemplo esta: "Aunque de forma global ha mejorado la percepción de salud, esta no ha mejorado en mujeres mayores, de clases sociales y nivel educativo bajo y que viven en zonas periféricas de grandes ciudades".

### 3. ¿QUÉ HACER? <sup>1</sup>

En los últimos años, al amparo de ciertas directrices de agencias internacionales de salud (11), ha tenido relevancia la publicación de Estrategias de Cronicidad desde todos los gobiernos de sanidad de las comunidades autónomas. En nuestro contexto, la primera de todas ellas ha sido la Estrategia impulsada desde la Consejería de Sanidad del País Vasco (12).

Más recientemente se ha dado otro salto hacia adelante (o hacia atrás, luego lo veremos) y desde la OMS se han publicado una serie de documentos donde se habla de estrategias globales centradas en las personas y hacia una integración de los servicios de salud (13).

Tras una lectura cuidadosa de todas las Estrategias -cronicidad e integración de servicios de salud- un intrépido lector o lectora puede llegar a la misma conclusión: muchas de las propuestas se solapan, otras son complementarias y algunas no son nada -pero nada- novedosas ya que retoman temas clásicos en la organización de servicios sanitarios: el papel central de la Atención Primaria, la necesidad de gestión de casos complejos, el cuidado del paciente en su entorno, la coordinación entre niveles, el

<sup>1</sup>Citando el título del texto del mismo nombre que Nikolái Gavrilovich Chernyshevski escribe en prisión en 1862.

paciente en el centro del sistema, la necesidad de coordinación de diferentes profesionales y estructuras, la atención domiciliaria, mantener unas adecuadas estructuras para favorecer la promoción de la autonomía personal etc... ¿Son las estrategias de cronicidad y las estrategias de integración de servicios sanitarios un spin-off de una serie televisiva más sólida, argumentada, bien fundamentada, con un gran guión y con una evidencia disponible en generar buenos resultados de salud que se llamaba "Atención Primaria o Sistema Sanitario centrado en la Atención Primaria"?

Probablemente sí. Y probablemente nuestro reto es extraer lo mejor de todas ellas, generar documentos estratégicos sencillos, claros, escritos con sentido común y lenguaje para los

mortales, con buenas líneas maestras y que sobre todo sirvan para (uno) ordenar lo que ya se está haciendo y es valioso, (dos) dejar de hacer lo que no aporta valor e incluso aporta riesgos y sobre todo (tres) evitar meterse en bucles y paranoias organizativas.

Cuando desde la Consejería de Sanidad de Asturias se redactó el documento "Personas sanas, poblaciones sanas. Ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias" no estábamos pensando sólo en "la cronicidad". Estábamos pensando en un tapiz global que agrupara marcos teóricos que consideramos complementarios y que aparecen reflejados en la Tabla 1.

**Tabla 1. Propuesta de marcos teóricos para establecer políticas de salud poblacional que se integren con actuaciones de salud individual. \***

| DIMENSIONES  | DOCUMENTOS  |
|--|---|
| Actuación sobre los determinantes sociales, trabajar en equidad e integrar diferentes políticas.                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud en todas las políticas ( Informe SESPAS 2010) (13).</li> <li>• Avanzando en equidad (Ministerio de Sanidad) (2).</li> </ul>  |
| Promoción de la salud, salutogénesis y activos para la salud.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta de la promoción de la salud de Ottawa (OMS) (15).</li> <li>• Modelo de activos para la salud y salutogénesis (OMS) (16).</li> </ul>  |
| Integración de salud pública, intervención municipal y atención primaria en el ámbito local.                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Improving the public's health: a resource for local authorities (The King's Fund) (17).</li> <li>• Integración de la salud pública y la atención primaria (IOM) (18).</li> </ul> |
| Integración de servicios de salud, adecuación de servicios de salud para personas en situación de enfermedad compleja. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integración de servicios sanitarios centrados en la persona (OMS) (19).</li> <li>• Red integrada de servicios sanitarios (OPS) (20).</li> </ul>                                  |

\* Modificado de los diferentes marcos teóricos empleados en la elaboración del documento "Personas sanas, poblaciones sanas. Ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias.

En este tapiz global consideramos irrenunciable que es necesario hablar de condiciones de vida antes de hablar de estilos de vida. Consideramos irrenunciable que hay que hacer un esfuerzo para garantizar políticas no sanitarias que vayan hacia la izquierda de las causas de las causas. Consideramos irrenunciable generar una Atención Primaria fuerte y sólida como centro del sistema sanitario. Consideramos irrenunciable la necesidad de generar espacios de participación local con participación de agentes de la salud y establecer procesos para conectar la salud pública al sistema socios-

nitario y a la salud comunitaria en el ámbito local. Consideramos irrenunciable actuar con coherencia cuando decimos que el paciente es el centro del sistema sanitario pero sobre todo es irrenunciable no olvidar que antes que pacientes somos ciudadanos y ciudadanas y que son el centro de la sociedad. En fin, en la Tabla 2 resumimos lo que consideramos un paquete básico de actuaciones vinculadas a mejorar la salud desde una perspectiva poblacional y con una amplia vinculación con mejoras en la salud individual.

**Tabla 2. Algunos elementos claves para trabajar en el territorio: integración de servicios de salud y de salud comunitaria.**

**GENERAR SISTEMAS DE GOBERNANZA LOCAL DE SALUD.** Un elemento clave para comenzar un trabajo local en bienestar es la identificación y trabajo coordinado de todos los agentes de salud y bienestar de un territorio. Una pregunta clave inicial sería: ¿Existen organismos de coordinación entre los diferentes agentes que desde urbanismo, educación, servicios sociales, movimiento asociativos, sanidad, etc están en el territorio?

**MONITORIZAR LA SITUACIÓN DE BIENESTAR.** Conocer las “fotografías” de salud de la comunidad. Estas fotografías deben ser ampliadas -no solamente reducidas a indicadores de calidad en la asistencia sanitaria- incluyendo información sobre determinantes sociales de la salud, salud comunitaria y con una perspectiva de equidad. Así mismo en estas fotos han de incluirse no sólo los déficits sino los activos de salud. En estas fotografías es necesario incluir la perspectiva de la ciudadanía.

**SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS.** Es necesario establecer las sinergias entre todos los sectores que generan bienestar en el territorio. Esto es preciso para desarrollar procesos de trabajo con más orientación desde la salud pública (por ejemplo planes de salud ambiental y desarrollo urbanístico) a otros proyectos de mayor orientación a la coordinación asistencial (por ejemplo integración de personas con discapacidad en la comunidad o proyectos de coordinación sociosanitaria).

**PERSPECTIVA DE EQUIDAD Y DE PARTICIPACIÓN.** Los proyectos intersectoriales han de incluir una perspectiva de equidad (¿el proyecto está llegando a aquellas personas que más lo necesitan?) y de participación de la comunidad (¿están participando las personas afectadas en el diseño, desarrollo, evaluación y ciclos de mejora del proyecto?).

**TRANSPARENCIA & STORYTELLING.** Es necesario establecer procesos de comunicación y visibilización de lo que estamos haciendo y cómo lo estamos haciendo y contarlo de una forma que los diferentes sectores de la comunidad entiendan perfectamente lo que está pasando y cómo se está avanzando.

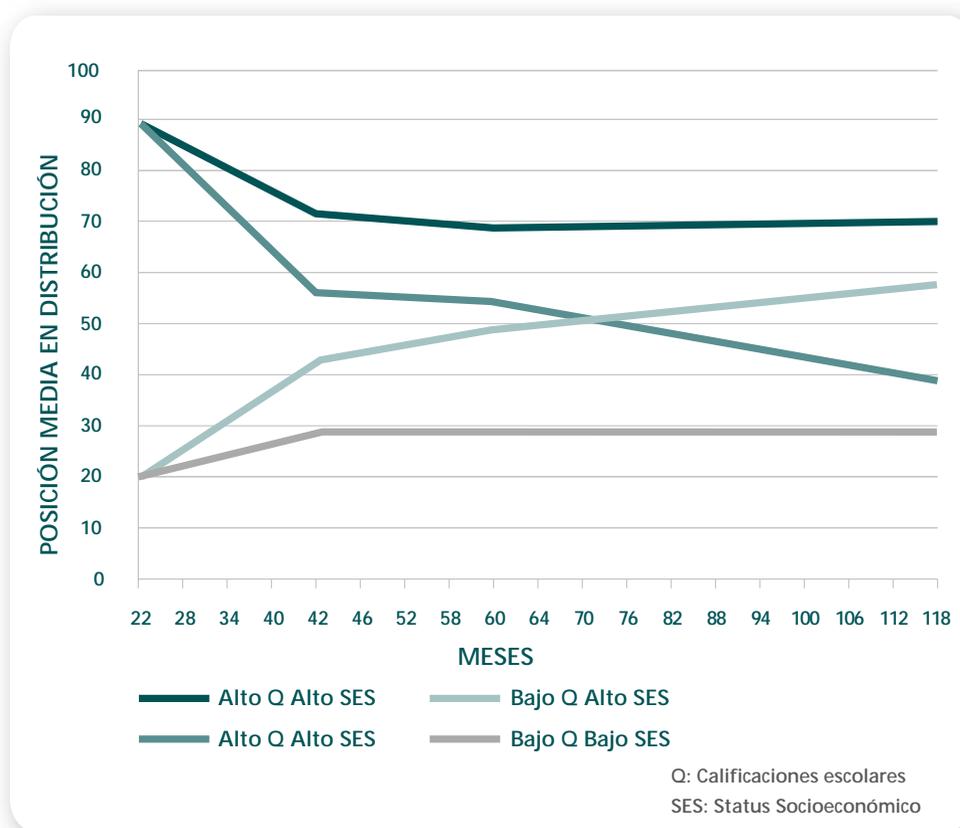
#### 4. ¿PUEDE HABER AUTONOMÍA PERSONAL Y SALUD INDIVIDUAL SIN SALUD POBLACIONAL?

No, no puede haberla. Nuestra biología individual no puede entenderse aislada de un contexto. Nuestros barrios escriben sus narrativas políticas, sociales y educativas en nuestro cuerpo (8)(22). Obviamente en ese contexto social, de crecimiento y de educación, se desarrollan también nuestras habilidades para la vida. En un estudio clásico desarrollado por Feinstein se observa la desigualdad en el desarrollo del desarrollo cognitivo en el seguimiento de una cohorte de niños y niñas desde los 22 a los 118 meses (Figura 2). El diferente rumbo que toma el desarrollo cognitivo según la clase social de

las familias no depende sólo de los estímulos recibidos en un entorno más cercano, en la familiar, sino en la debilidad de los sistemas políticos británicos en aquel momento para garantizar una correcta atención temprana -pública y gratuita- a toda la población infantil.

El reto es poder tejer de forma conjunta ese tapiz amplio del que antes hablábamos. Explorar fórmulas para el trabajo local y la integración de diferentes sectores y el equilibrio de los mismos, realizar políticas aguas arriba que garanticen entornos de bienestar y de equidad donde las personas puedan desarrollar su autonomía y tener más fácil la posibilidad de vivir en salud o con mejor calidad de vida su enfermedad.

**Figura 2. Desigualdades en el Desarrollo Cognitivo Temprano de los niños británicos en la cohorte de los nacidos en 1970 (21).**



## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

(1) Dahlgren G., Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health [Internet]. Copenhagen: World Health Organization; 1991 [cited 2011 Feb 2]. Disponible en: <http://saludcomunitaria.wordpress.com/2008/05/14/policies-and-strategies-to-promote-social-equity-in-health/>

(2) Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. [Internet]. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Available from: [http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta\\_Politicas\\_Reducir\\_Desigualdades.pdf](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf)

(3) Iñárritu A.G. 21 Grams. 2004.

(4) Booske B.C., Athens J.K., Kindig D., Park H., Remington P. Different perspectives for assigning weights to Determinants of Health. Country Health Rankings. Working Paper [Internet]. 2010. Available from: <http://dl.dropbox.com/u/2053848/000OBSA/differentPerspectivesForAssigningWeightsToDeterminantsOfHealth.pdf>

(5) Observatorio de Salud en Asturias. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Asturias. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/>

(6) Cofiño R., Pasarín M.I., Segura A. [How should population health be approached? SESPAS Report 2012]. Gac Sanit. 2012 Mar; 26 Suppl 1:88–93.

(7) Díez Roux A.V. Residential environments and cardiovascular risk. J Urban Health. 2003 Dec; 80 (4):569–89.

(8) Epigenética: la narrativa de los barrios en nuestros cuerpos. Blog Salud Comunitaria <https://saludcomunitaria.wordpress.com/2014/08/27/barrios-y-cuerpos/>

(9) Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol. 2001 Jun 1;30(3):427–32.

(10) Growing Communities from the Inside Out -JSNAs in the Wakefield District- [Internet]. [cited 2014 Jan 7]. Available from: [http://www.local.gov.uk/c/document\\_library/get\\_file?uuid=679e8e67-6d41-49a9-a8e1-452959f4f564&groupId=10180](http://www.local.gov.uk/c/document_library/get_file?uuid=679e8e67-6d41-49a9-a8e1-452959f4f564&groupId=10180)

(11) Wagner E.H., Austin B.T., Korff M.V. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. The Milbank Quarterly [Internet]. 1996 [citado 8 de Diciembre de 2013];74(4):511. Recuperado a partir de: <http://goo.gl/M1aUXr>

(12) Gobierno Vasco. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi [Internet]. 2012 [citado 6 de Diciembre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://cronicidad.blog.euskadi.net/descargas/plan/EstrategiaCronicidad.pdf>

(13) Urbanos R. [Health in all policies. Is the economic depression a time of opportunities? SESPAS Report 2010]. Gac Sanit [Internet]. 2010 Dec [cited 2011 Feb 12];24 Suppl 1:7–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20667626>

(14) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. [citado 6 de Diciembre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://goo.gl/Fij5AQ>

(15) OMS. Carta de Ottawa de Promoción de la Salud. [Internet]. 1986 [cited 2015 Jan 26]. Available from: [http://www.paho.org/saludyuniversidades/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=16&Itemid=&lang=es](http://www.paho.org/saludyuniversidades/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16&Itemid=&lang=es)

(16) Morgan A., Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promotion & Education [Internet]. 2007;Suppl 2:17–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17685075>

(17) Buck D. Improving the public's health: a resource for local authorities. [S.l.] London: The King's Fund; 2013.

(18) Integrating Primary Care and Public Health - Institute of Medicine [Internet]. [citado 12 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.iom.edu/Activities/PublicHealth/PrimaryCarePublicHealth.aspx>

(19) “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” Washington, D.C.: OPS, © 2010 (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4). Disponible en: [http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=145&Itemid=250](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250)

(20) World Health Organization. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Geneva: WHO, 2015.

(21) Feinstein L. Inequality in the Early Cognitive Development of British Children in the 1970 Cohort. *Economica*. Volume 70, Issue 277, pages 73–97, February 2003.

(22) Hertzman C., Boyce T. How experience gets under the skin to create gradients in developmental health. *Annu Rev Public Health*. 2010; 31:329–47.

#### **Conflicto de interés:**

*R. Cofiño ha realizado el artículo por una invitación de Emilio Herrera. No presenta conflicto de interés y no ha recibido ningún tipo de retribución por la elaboración de este texto.*