

COLABORACIÓN ESPECIALRecibido: 23 de junio de 2019
Aceptado: 26 de julio de 2019
Publicado: 25 de octubre de 2019**EL MÉDICO DE FAMILIA RURAL EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD:
PERSPECTIVAS DESDE ANDALUCÍA****Juan Francisco Barranco Tirado (1,2)**

(1) Médico de Familia y Comunitaria del Centro de Salud de Santiago de la Espada. Jaén. España.

(2) Miembro del Grupo de Trabajo en Medicina Rural de la Sociedad Andaluza de Medicina de Familia y Comunitaria (SAMFyC). Granada. España.

El autor declara que no existe conflicto de intereses.

RESUMEN

El ámbito rural es eminentemente diverso y complejo. El mismo concepto de ruralidad es polémico y contencioso, según los países y el contexto. Sin embargo, existe un conjunto de dinámicas globales que afectan a los enclaves rurales y a su organización social, y también a los determinantes sociales de los que depende gran parte de la salud de sus habitantes. El médico de familia rural se encuentra en una situación estratégica, gracias al conocimiento del territorio y su comunidad, así como a las relaciones que mantiene con ésta para realizar un análisis centrado en estas influencias externas sobre el funcionamiento de la comunidad y sobre las condiciones y estilos de vida que afectan a las personas de un territorio. Además, la medicina rural como escenario profesional para la promoción de la salud cuenta con un instrumento movilizador. Éste sería el capital social que el médico rural sea capaz de acumular en mayor medida que en el medio urbano, para así llevar a cabo acciones comunitarias participativas (basadas en activos para la salud) empoderadoras y salutogénicas, y también para ejercer como advocate o compromisario por la salud. Así mismo, el médico de familia y la provisión de servicios sanitarios son piezas clave para sanar, asistir y cuidar, así como para el desarrollo y sostenimiento de los enclaves rurales, para mantener la habitabilidad de estos lugares y para el ejercicio efectivo del derecho a la salud en términos de igualdad territorial.

Palabras clave: Medicina rural, Promoción de la salud, Medicina de familia.

ABSTRACT**The rural health physician and the promotion of health: perspectives from Andalusia**

The rural environment is eminently diverse and complex, and the concept of rurality is controversial and contentious depending on the countries and the context. However, there is a set of global dynamics that affect rural enclaves and their social organization, as well as the social determinants on which much of the health of their inhabitants depends. The family doctor in rural areas is in a strategic position thanks to the knowledge of her or his territory and community, and her or his close relation to it that is needed to carry out a contextual analysis of these external influences on the functioning of the community, on the conditions and lifestyles that affect the people in the community. In addition, rural medicine as a professional setting for the promotion of health, has a mobilizing instrument, the social capital that the rural doctor is able to accumulate to a greater extent than in an urban environment, in order to carry out empowering and salutogenic participatory-based community actions and to advocate for health. Likewise, the family doctor and the provision of health services are key pieces in the process of healing, assisting and caring for the development and support of rural enclaves, in order to maintain the habitability of these communities and to effectively exercise the right to equitable health services.

Key words: Rural health services, Health promotion, Family practice.

Correspondencia:Juan Francisco Barranco Tirado
Centro de Salud de Santiago de la Espada
C/ Nieve, s/n
23290 Santiago-Pontones, Jaén, España
juanf.barranco.sspa@juntadeandalucia.es

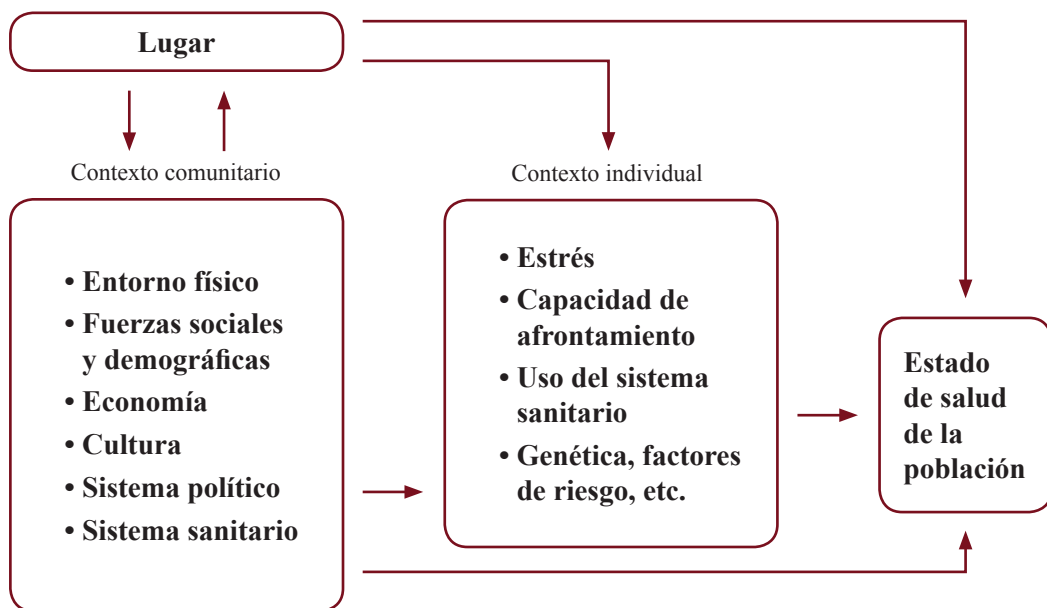
Cita sugerida: Barranco Tirado JF. El médico de familia rural en la promoción de la salud: perspectivas desde Andalucía. Rev Esp Salud Pública. 2019;93: 25 de octubre e201910076

EL CONTEXTO SOCIAL DEL MÉDICO RURAL Y LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Hablar sobre el medio rural implica hablar de diversidad. Aunque puede hablarse de dinámicas globales acerca de la ruralidad, lo cierto es que el medio rural es eminentemente diverso y que existen múltiples ejemplos que desafían los tópicos acerca de la ruralidad. Algunos autores han reconocido que tal vez una mejor opción sería comenzar a pensar de forma “situada”, con una forma de análisis más relacional que contextual en la realidad de los “lugares”, según la cual se reconoce la influencia recíproca entre el territorio, las personas que lo habitan y su salud⁽¹⁾. Para este análisis, el médico rural dispone de un lugar excelente de observación. No obstante, no podemos sustraernos de las

dinámicas generales que afectan a los “lugares” rurales, ni tampoco de la influencia que tienen las circunstancias de vida de las personas sobre su salud. Estas trascienden el efecto individual de factores de riesgo o las elecciones personales, puesto que las condiciones sociales y ambientales afectan poderosamente a la salud de las personas, también en el ámbito rural. La Comisión sobre determinantes sociales de salud, de la Organización Mundial de la Salud, ha propuesto un marco lógico para ilustrar cómo operan estos determinantes sobre la salud de las personas⁽²⁾. Este marco ha sido modificado por la Agencia Canadiense de Salud (*National Health Agency of Canada*) para incluir “el lugar” como un determinante dominante, relacionado con los demás en un marco conceptual que ayude a desentrañar la influencia que tiene la ruralidad en la salud de las comunidades y de las personas que las componen (figura 1)⁽³⁾.

Figura 1
Marco de referencia poblacional sobre salud rural. Adaptado de *How healthy are rural Canadians?*, Public Health Agency of Canada (2006).



En general, se puede decir que el medio rural está más desfavorecido económicamente que el urbano. En los países de nuestro entorno, la renta disponible de las familias en el medio rural es menor que en el medio urbano, aunque con notables diferencias. Mientras que en los países europeos la diferencia media entre la renta urbana y la rural ronda el 8% (con excepciones como las de Reino Unido, Alemania, Austria o Bélgica, donde la renta media rural iguala o supera a la urbana), en España la diferencia es del 20%, y en Andalucía concretamente es del 40% a favor del medio urbano⁽⁴⁾. Además, el peso de la economía de las regiones rurales en el total de las economías de los países de la OCDE ha ido disminuyendo progresivamente⁽⁵⁾. En España, la agricultura supone el 4% del PIB y emplea al 4% de la población activa, mientras que en Andalucía ronda el 9%⁽⁶⁾, con una tasa de paro mayor (32,6%) que en el resto de sectores productivos (25,5%)⁽⁷⁾, según datos de 2016.

En los países industrializados, los lugares rurales se enfrentan a grandes retos para su sostenimiento. En España, la despoblación del medio rural es causa y consecuencia de estas dificultades. A la emigración iniciada a principios del siglo XX hacia los núcleos urbanos le ha seguido el crecimiento vegetativo negativo, una vez que los lugares rurales se han quedado despoblados de personas jóvenes⁽⁸⁾. Como consecuencia, el medio rural tiene una población más envejecida y masculinizada (debido a la emigración diferencial de las mujeres), además de ser deficitario en cuanto a personas más jóvenes, mejor formadas y más emprendedoras, lo que coloca a los lugares rurales en un círculo vicioso que hace aún más difícil su sostenimiento y el de sus poblaciones⁽⁸⁾. Aunque la media de edad de la población andaluza es menor que la del conjunto de España y que la de algunas otras comunidades más envejecidas (como Castilla y León, Galicia o Cantabria)⁽⁹⁾, lo cierto es que su distribución geográfica en el territorio andaluz

es desigual. Las poblaciones de las regiones montañosas presentan menor densidad, con poblaciones de mayor edad media y con mayor tasa de senilidad (en cuanto a la proporción de población mayor de 65 años sobre el total)⁽¹⁰⁾, lo que a nivel clínico comporta la atención a personas con más enfermedades crónicas y con un manejo más complejo. Existe un degradado de desigualdad, de orientación este-oeste, en la distribución de la población en Andalucía, el cual guarda estrecha relación con la desigualdad propia del territorio. En cuanto a la orografía, el uso y la propiedad del suelo, y la economía y los procesos históricos seculares, puede hablarse de una Baja Andalucía (más occidental) y de una Alta Andalucía (más oriental, montañosa y rural, con núcleos de población más pequeños, mayores dificultades de comunicación⁽¹¹⁾ y peor acceso a los servicios sanitarios hospitalarios⁽¹²⁾). La dificultad en el acceso es una característica casi universal de los medios rurales, también en España, donde algunos estudios muestran un menor acceso a los servicios médicos y preventivos en el medio rural, particularmente a los de provisión no pública^(13,14,15). Sin embargo, y a pesar de que en la mayoría de los países los resultados de salud en el medio rural son peores que en el medio urbano -debido a las dificultades de desarrollo y los condicionantes sociales de salud⁽¹⁶⁾-, en España, y en Andalucía en particular, la tasa de mortalidad es sensiblemente superior en el medio urbano que en el rural^(17,18,19), a pesar de la aparente desventaja de este último. La explicación puede hallarse en las grandes bolsas de privación presentes en las ciudades⁽¹⁷⁾ o en el efecto del medio rural como factor protector de los hábitos de vida, como contar por ejemplo con una menor tasa de mujeres fumadoras⁽¹⁹⁾.

EL MÉDICO RURAL EN LA COMUNIDAD

Históricamente, el médico rural se ocupaba no solo de la atención individual de las personas,

sino que tenía responsabilidad a nivel local en salud pública y “policía sanitaria”⁽²⁰⁾. Hoy día, la realidad de las comunidades rurales es múltiple, compleja y diversa, pero el médico de familia rural se sigue encontrando en una posición estratégica en la comunidad, y posee una orientación comunitaria valiosa para preservar y mejorar la salud y el bienestar de la población local desde el paradigma de los determinantes sociales de salud. El médico, especialmente si vive en el lugar donde trabaja, se encuentra inmerso en la comunidad, “empotrado”⁽²¹⁾, de forma que tiene una visión más rica de ella y posee una mayor capacidad de conocer el funcionamiento particular de cada comunidad, de identificar los grupos de influencia y de poder, así como los colectivos desfavorecidos a veces ocultos bajo la idealización de lo rural⁽²²⁾, de identificar fortalezas (estrategias particulares de subsistencia, de apoyo, de cuidados) y carencias. Todo ello tiene un enorme valor para emprender actividades comunitarias orientadas a la salud y el bienestar. Partiendo de nuestra propia experiencia, podemos decir que las interacciones y las influencias mutuas entre los componentes de la sociedad rural son más evidentes que en el medio urbano, en cuyos barrios el mosaico social suele ser más homogéneo (como consecuencia de la segregación espacial operada por el funcionamiento de la economía de mercado⁽²³⁾) y el funcionamiento de la comunidad es más difícil de discernir. Además, el médico rural no sólo es un privilegiado observador de la realidad social y de su influencia en la salud de las personas que la componen, sino que también es una importante pieza para el propio sostenimiento de la comunidad. El médico rural es un activo crucial en su medio en términos de capital social⁽²⁴⁾. Ocupa una posición relacional estratégica en un sentido vertical, es decir, de nexo entre las administraciones y la población, y también horizontal, con grandes oportunidades de colaborar e influir en redes formales e informales a nivel local⁽²⁴⁾. Tomando una perspectiva más próxima a Bourdieu que a

Putnam, el médico de familia en el medio rural puede acumular, en sí mismo, una gran cantidad de capital social, lo que le hace tener un gran peso específico potencial como *advocate* o *compromisario* por la salud en su comunidad. Además, la presencia en los núcleos rurales de una adecuada provisión de servicios sanitarios ha sido señalada como un factor importante para el mantenimiento y la atracción de la población, especialmente en núcleos pequeños y menos dinámicos⁽²⁵⁾.

No obstante, el propio concepto de comunidad es controvertido y existen varias definiciones para ella, así como ciertos atributos que se suelen vincular con las comunidades rurales. La definición de comunidad como un conjunto cohesionado de individuos con unas metas y una visión comunes⁽²⁶⁾ es tal vez la más operativa, y nos permite orientarlos mejor hacia objetivos en salud. Pero por el especial significado que tiene el territorio para definir a la comunidad en el medio rural, puede resultar más valiosa la definición como “unidad de identidad socialmente construida sobre circunstancias tales como la situación geográfica, caracterizada porque sus miembros poseen valores, símbolos y normas comunes, por influencias mutuas entre ellos y por poseer intereses comunes”⁽²⁷⁾. Suele subrayarse también el sentido de pertenencia como un elemento clave en la definición⁽²⁸⁾. En cuanto a su dimensión rural, desde Tönnies (1887) el concepto de comunidad (*Gemeinschaft*) ha sido atribuido tradicionalmente al medio rural, donde parece encontrarse un mayor sentido de solidaridad, relaciones interpersonales más sólidas y mayor interdependencia, en contraposición a las relaciones formales, distantes y superficiales del medio urbano (*Gesellschaft*). La *Gemeinschaft* es definida como natural y orgánica mientras que la *Gesellschaft* lo es como instrumental y mecánica. A las comunidades rurales se les atribuye un tejido social más tupido, formado por relaciones sociales más estrechas y tradicionales y

por redes de apoyo mutuo más ricas y eficaces, es decir, con un mayor capital social en el sentido que Putnam les atribuye⁽²⁹⁾. Esto permite a las comunidades ser más resilientes (capacidad de adaptación a eventos disruptivos) y poseer mayor eficacia colectiva (capacidad para hacer cumplir las normas sociales). Todos ellos son atributos que se han relacionado con la salud de las personas y con la capacidad para mejorar la salud de las comunidades⁽³⁰⁾. No obstante, no hay que caer en la idealización ni en mitos, ya que muchas comunidades rurales en países desarrollados se enfrentan a procesos que amenazan su propia subsistencia y su tejido social, como son la despoblación, la emigración de los más jóvenes y preparados, la fuga de servicios, las dificultades para su sostenimiento económico o las consecuencias del cambio climático⁽³¹⁾. Igualmente, los supuestos atributos del medio rural no están exentos de crítica. Así, en el medio rural, la existencia de lazos y relaciones más sólidos parecen ser un obstáculo, más que un facilitador, para el establecimiento de redes de colaboración de cara a su desarrollo^(32,33). La orientación positiva que tiene el concepto de “eficacia colectiva” tiene un envés que es el control social, y el de “resiliencia comunitaria” es criticado por obviar que el origen de muchos de los problemas a los que las comunidades rurales se enfrentan son externos e irresolubles, con sus propias capacidades endógenas⁽³⁴⁾.

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL MEDIO RURAL

La Carta de Ottawa de la Organización Mundial de la Salud orienta la promoción de la salud hacia que las personas puedan desarrollar todo su potencial de salud y, por lo tanto, va dirigida a reducir las desigualdades de salud por razón de sus condicionantes, facilitando oportunidades y recursos en igualdad para poner dichos condicionantes bajo el control de las personas. Para ello propone, además de incrementar el conocimiento y las habilidades de

las personas, el crear entornos saludables y empoderar a las comunidades para tomar el control sobre los determinantes de su salud⁽³⁵⁾. Así mismo, Morgan y Ziglio⁽³⁶⁾ propusieron un modelo diferente, y en realidad complementario, a la aproximación basada en la enfermedad y en las necesidades de las comunidades. Este modelo se basa en la capacidad de las personas y de las comunidades de generar bienestar y salud por sí mismas (teoría de la salutogénesis de Antonovsky) y en la utilización de activos de la comunidad para abordar la promoción de la salud con una perspectiva de equidad, y de los condicionantes sociales que aborden las desigualdades en salud. Definimos los activos para la salud como un factor que protege y mejora la salud de las personas. Los activos pueden ser individuales (autoestima, sentido de eficacia, conocimientos, valores), comunitarios (redes de apoyo, amistad, cohesión, solidaridad) e institucionales, así como estar en relación con los condicionantes sociales (empleo, sanidad, hogar). El objetivo consistiría en identificar dichos activos de la comunidad y utilizar ese potencial propio para mejorar la salud de los individuos que la componen. Diferentes servicios de salud del Estado han incorporado en sus planes de salud la estrategia de identificar y potenciar los activos para la salud de la comunidad, así como abordar las desigualdades en la salud como parte de sus compromisos. Igualmente, varias agencias sanitarias destinan recursos para abordar la salud comunitaria desde este paradigma, aunque cabría preguntarse en qué grado están llegando estos recursos a las zonas rurales⁽³⁷⁾.

En una sistematización por niveles publicada en un esclarecedor artículo, Sobrino, Hernán y Cofiño sitúan este tipo de estrategia en el nivel de la acción comunitaria en la salud⁽³⁸⁾, siendo éste el tercero de tres niveles (los otros incluyen la atención individual y familiar con la orientación comunitaria). Esto implica un enfoque biopsicosocial en el primer nivel, y el trabajo grupal con

orientación comunitaria, mediante procesos reflexivos entre iguales, en el segundo. Es en este tercer nivel donde el médico de familia rural, con su visión holística de la salud, la continuidad en el tiempo y su especial orientación comunitaria, además de por sus vínculos con la comunidad y su conocimiento sobre ella, puede aportar un mayor valor e impulso. Utilizando este enfoque comunitario, se han editado guías prácticas que orientan a los profesionales sanitarios en el trabajo para la promoción de la salud, de forma participada, multisectorial y a nivel local, con una metodología potencialmente aplicable tanto en el ámbito urbano como rural⁽³⁹⁾. La participación de la ciudadanía es el eje principal de esta metodología. La intención es que el propio proceso de identificación de activos comunitarios sea un instrumento de empoderamiento de la comunidad, de colaboración, de creación de capital social y de producción de bienestar por sí mismo. El mapeo de activos es el componente de esta metodología que mejor lo ejemplifica. La ciudadanía identifica con sus propios valores y con su propia perspectiva qué factores de su comunidad están utilizándose o pueden ponerse en marcha para mejorar la salud de los vecinos, así como identifica, reconoce y valoriza estos activos, de modo que el proceso en sí ya es empoderador y salutogénico. El objetivo final de esta herramienta es orientarla a la acción y al cambio, y utilizar esos activos para abordar las necesidades y déficits de la comunidad. En el ámbito rural existen algunos ejemplos de guías para la promoción de la salud, tal vez el más reconocido es el de la Universidad de Wisconsin⁽⁴⁰⁾ basado en el modelo *County Health Rankings*, que tiene la virtud de proveer evidencia científica sobre el impacto en la salud de cada posible intervención en la comunidad, y sobre los actores sociales que precisan ser movilizados para ponerla en práctica. En nuestro ámbito, las mesas intersectoriales de salud serían ejemplos que siguen este modelo de colaboración a nivel local para mejorar la salud⁽⁴¹⁾, como es la red local de acción para la salud en Andalucía⁽⁴²⁾.

Así mismo, mientras en otros países eminentemente rurales, como Australia o Canadá, con una gran diversidad entre sus territorios, se ha destacado el valor del médico rural para adaptar políticas sanitarias nacionales al medio en el que trabaja, en nuestro caso, donde la mayoría de las políticas sanitarias se toman en el ámbito más próximo del gobierno regional, esto no parece ser tan necesario. No obstante, los profesionales sanitarios en el medio rural tienen el conocimiento para liderar la implantación de planes y programas regionales de promoción de la salud de la forma más adecuada al territorio, especialmente si se trata de alcanzar a la comunidad gracias a los nexos y redes sociales que el médico rural tiene, según se ha comentado anteriormente. En el medio rural, la longitudinalidad (relación que se establece a largo plazo entre el médico general/de familia y los pacientes de su consulta) y la continuidad propia de la atención primaria se trasladan a la relación con otros actores de la comunidad que participan en la salud y en el bienestar de las personas (educación, trabajo social, responsables políticos, instituciones, redes formales e informal, etc.). Estos agentes son fácilmente identificables y accesibles, por lo que los sanitarios tienen mayor facilidad de trabajar colaborativamente con ellos.

IDEAS PARA LA REFLEXIÓN

La falta de datos y de evidencias aplicables a nuestro ámbito es una de las dificultades encontradas en este trabajo. Al contrario que en otros países con una tradición más larga en medicina rural, donde se promueve el conocimiento sobre la influencia que la ruralidad tiene sobre la salud de las personas, en España y en Andalucía este abordaje ha sido olvidado o es anecdótico. Por poner un ejemplo, a pesar de que en las encuestas de salud andaluza y nacional el diseño de la muestra estaba estratificado según la variable rural/urbano, no se suministran resultados de la encuesta diferenciados por este estrato^(43,44). Resulta difícil aplicar la

evidencia encontrada en otros países a nuestro contexto y necesitamos generar nuestro propio conocimiento acerca de la ruralidad y de su influencia en la salud tanto en España como en Andalucía, pero hasta el momento el esfuerzo ha sido escaso. Para terminar con los tópicos y prejuicios sobre el medio rural, también en lo referente a la salud, se necesitan datos.

Para ello, se han propuesto nuevos modelos que incluyen el lugar como uno de los factores que influyen en la salud de las personas, bien incorporándolo al paradigma epidemiológico de determinantes sociales de salud⁽⁹⁾, bien tomándolo como un modelo analítico, según el cual la forma de relacionarse de las personas con el territorio en el que habitan determina su salud⁽¹⁾. Esta aproximación podría ser especialmente valiosa para el médico de familia rural, quien cuenta con un punto de observación privilegiado para conocer este tipo de relación y un posible lugar de partida para generar evidencia acerca de la salud y del mundo rural, el cual por su diversidad y heterogeneidad demanda un análisis enfocado en él.

La promoción de la salud en el medio rural también tiene sus peculiaridades. El propio concepto de comunidad rural está revestido de tópicos y prejuicios que es necesario desmantelar. Además, el modelo descrito por Morgan y Ziglio en 2007, que ha sido desarrollado con diferentes metodologías, tiene como principal eje la participación ciudadana en la toma de decisiones para el abordaje de problemas locales de salud, con el objetivo así de disminuir las desigualdades. Sin embargo, es de esperar que las diferentes peculiaridades de los lugares rurales afecten al grado en que los ciudadanos participen significativamente en la toma de decisiones, tanto acerca de la salud en la comunidad como del efecto que esto pueda tener en la salud⁽²⁶⁾. Si bien las comunidades rurales poseen un mayor capital social, también se ha argumentado que la existencia de relaciones de

reciprocidad más estrechas entre las personas de la comunidad rural pueden dificultar su desarrollo^(32,33). Si los determinantes sociales de la salud de la comunidad dependen de las relaciones de poder que se establecen en la misma, es de esperar que el cambio de los condicionantes sea más difícil en el medio rural que en el urbano, o bien que existan más dificultades para la participación significativa (no tokenista) de los habitantes del medio rural para la toma de decisiones en relación a su salud. Puede ser, sin embargo, que un mayor sentimiento identitario de comunidad en relación al territorio en el medio rural facilite la movilización de esa comunidad hacia objetivos de salud. No lo sabemos, y existe a día de hoy escasa evidencia sobre los resultados que la participación tiene en la salud de las comunidades, en gran parte debido a una escasa evaluación de los programas de salud comunitaria⁽⁴⁵⁾.

CONCLUSIONES

El médico de familia rural, con su especial orientación comunitaria, se encuentra en un lugar privilegiado en el mosaico social en el que trabaja, tanto para el conocimiento y la observación del funcionamiento de la comunidad y cómo el territorio influye en la salud, como para el trabajo por la salud comunitaria. La evidencia procedente de diferentes países y contextos informa de que el médico de familia tiende a acumular una significativa cantidad de capital social en el medio rural^(24,46). La capacidad del médico para movilizar este capital hacia la mejora de la salud de las comunidades hace que el médico rural sea potencialmente un importante promotor (*advocate*) de la salud en su medio. Además, el médico de familia en el medio rural juega un papel esencial en el mantenimiento y desarrollo de los enclaves rurales. La subsistencia de estos enclaves depende en gran medida de la habitabilidad y de la calidad de vida que pueda desarrollarse en ellos, y esto se supedita, sobre todo en municipios pequeños y poco

dinámicos, a la presencia de ciertos servicios básicos como los sanitarios, entre otros factores⁽²⁵⁾. El enfoque de desarrollo propuesto por Amartya Sen⁽⁴⁷⁾ está vinculado precisamente con la capacidad de las personas de tener una vida satisfactoria, la cual requiere de una cierta dotación de libertades y derechos, la salud entre ellos⁽⁴⁸⁾. Con las crecientes dificultades que afronta el mundo rural en nuestro país y en el resto de países industrializados, deberíamos interrogarnos acerca de cómo el diferente ámbito rural o urbano influye en la culminación de estos derechos, así como el propio médico de familia en el medio rural también debería interrogarse sobre en qué grado su trabajo contribuye a ello, y qué facilidades y dificultades promueve para que esto sea así.

AGRADECIMIENTOS

A Mariano Hernán García por su lectura crítica y su ayuda en la corrección de este artículo y a Ana González Palomares por la ayuda en la traducción del resumen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cummins S, Curtis S, Diez-Roux AV et al. Understanding and representing 'place' in health research: A relational approach. *Social Science & Medicine*. 2007;65(9):1825-38.
2. WHO commission on social determinants of health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. 2007. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf.
3. Public Health Agency of Canada. How healthy are rural Canadians? An assessment of their health status and health determinants. Ottawa, Ontario: Canadian Institute of Health Information; 2006.
4. Observatorio Desigualdad Andalucía. II Informe de Desigualdad de Andalucía. 2018. Disponible en: <http://www.observatoriodesigualdadandalucia.org/recursos/ii-informe-del-observatorio-desigualdad-andalucia>.
5. OECD Rural Policies Reviews. The New Rural Paradigm. 2006 [Internet]. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/governance/the-new-rural-paradigm_9789264023918-en.
6. Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo. El sector agrario y pesquero en Andalucía. 2016.
7. Analistas económicos de Andalucía. Informe anual del sector agrario en Andalucía 2017. Málaga: Fundación Unicaja; 2018. Disponible en: <https://www.analistaseconomicos.com/informe-anual-del-sector-agrario-en-andalucia-2017>.
8. Pinilla V, Sáez LA. La despoblación rural en España: Génesis de un problema y políticas innovadoras. Centro de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo de Áreas Rurales (CEDDAR); 2017.
9. Instituto Nacional de Estadística. (Spanish Statistical Office) [Internet]. [citado 29 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.ine.es/>.
10. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía [Internet]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia>.
11. Torres López J. Orígenes de la desigualdad: Antecedentes históricos de la pobreza en Andalucía. En: Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía. Asociación para la defensa de la sanidad pública de Andalucía; 2008.
12. Díaz Cuevas MP, García Martín M, Zoido Naranjo F. Análisis de la accesibilidad por carretera a la atención hospitalaria en Andalucía. Sevilla: Observatorio de la cohesión, la diversidad y el desarrollo territorial. Aplicación multiescalar en Andalucía; 2008.
13. Serral G, Borrel C, Puigpinós i Riera R. Desigualdades socioeconómicas en el control mamográfico en mujeres españolas de 45 a 69 años de edad. *Gac Sanit* 2016; 32(1):61-67.
14. Latorre-Arteaga S, Fernández-Sáez J, Gil-González D. Inequities in visual health and health services use in a rural region in Spain. *Gac Sanit*. 2018;32(5):439-46.

15. Utilización de los servicios de urgencias en zonas rurales y urbanas. *SEMERGEN - Medicina de Familia*. 2015;41(2):63-9.
16. Strasser R. Rural health around the world: challenges and solutions. *Fam Pract*. 2003;20(4):457-63.
17. Reques L, Miqueleiz E, Giráldez-García C, Santos JM, Martínez D, Regidor E. Patrones geográficos de la mortalidad y de las desigualdades socioeconómicas en mortalidad en España. *Revista Española de Salud Pública*. 2015;89(2):137-47.
18. Ocaña-Riola R, Sánchez-Cantalejo C, Fernández-Ajuria A. Rural habitat and risk of death in small areas of Southern Spain. *Soc Sci Med*. 2006;63(5):1352-62.
19. Ruíz Ramos M. Desigualdades sociales en la mortalidad entre municipios rurales y ciudades medias de Andalucía. En: *Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía*. Asociación para la defensa de la sanidad pública de Andalucía; 2008.
20. Casado Vicente V. La historia de la Medicina de Familia en España (1978-2018). Actualización en *Medicina de Familia*. 2018;14(3):133-144.
21. Gervás J, Pérez Fernández M. El médico rural en el siglo XXI, desde el punto de vista urbano. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*. 2007;14: 1-5.
22. Commins P. Poverty and Social Exclusion in Rural Areas: Characteristics, Processes and Research Issues. *Sociologia Ruralis*. 2004; 44(1):60-75.
23. Blázquez Calzada MJ, Sánchez Díaz FJ. Las desigualdades sociales en el territorio: pueblos, ciudades y barrios. En: *II Informe. Observatorio de Desigualdad de Andalucía*. 2018. Disponible en: <http://www.observatoriodesigualdadandalucia.org/recursos/ii-informe-del-observatorio-desigualdad-andalucia>.
24. Farmer J, Lauder W, Helen R et al. Dr. John has gone: assessing health professionals' contribution to remote rural community sustainability in the UK. *Social Science & Medicine*. 2003;57(4):673-86.
25. Escribano Pizarro J. El valor de los servicios educativos y sanitarios en los procesos de atracción y mantenimiento de población en medio rural. *AGER Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural*. 2012;13: 11-51.
26. Kenny A, Farmer J, Dickinson-Swift V, Hyett N. Community participation for rural health: a review of challenges. *Health Expectations*. 2014;18:1906.
27. Israel BA, Schulz AJ, Parker EA et al. Review of community-based research: Assessing Partnership Approaches to Improve Public Health. *Annual Review of Public Health*. 1998;19(1):173-202.
28. Shortall, S. The Irish rural development paradigm: an exploratory analysis. *Economic & Social Review*. 1994; 25:233-260.
29. Poder, TG. What is social capital? A critical review. *American Sociology*. 2011; 42: 341-367.
30. Beard JR, Tomaska N, Earnest A et al. Influence of socioeconomic and cultural factors on rural health. *Australian Journal of Rural Health*. 2009;17(1):10-5.
31. Cheshire L, Esparcia J, Shucksmith M. Community resilience, social capital and territorial governance. *AGER Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural*. 2015;18:7-38.
32. Martin Criado E. The Fraud of Social Capital. *Critical Remarks on «E Pluribus Unum»*. *Revista Española de Sociología*. 2012;(17):109-117.
33. Durán Entrena F. XI Congreso de la Federación Española de Sociología. Grupo de Trabajo: «Sociología Rural». En Madrid; 2013.
34. MacKinnon D, Derickson KD. From resilience to resourcefulness: A critique of resilience policy and activism. *Progress in Human Geography*. abril de 2013;37(2):253-70.
35. WHO. The Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. [citado 8 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.

36. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education*; Paris. 2007;17-22.
37. Web de la Alianza de Salud Comunitaria [Internet]. [citado 12 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.alianzasaludcomunitaria.org/>.
38. Sobrino Armas C, Hernán García M, Cofiño R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit.* 2018;32:5-12.
39. Hernán García M, Cardio Miota A, Barranco Tirado JF et al. Salud Comunitaria basada en activos Andalucía. Consejería de Salud de Andalucía; 2018.
40. What Works for Health: Policies and Programs to Improve Wisconsin's Health [Internet]. [citado 11 de abril de 2019]. Disponible en: <http://whatworksforhealth.wisc.edu/>.
41. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid; 2015.
42. Red Local de Acción en Salud (RELAS) [Internet]. Red Local de Acción en Salud (RELAS). [citado 12 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.redlocalsalud.es/>.
43. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. ENSE Encuesta Nacional de Salud. España 2017. 2018.
44. Sánchez Cruz JJ, García Fernández L, Mayoral Cortés JM. Encuesta Andaluza de Salud 2011-2012. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2013.
45. Casseti V, Paredes-Carbonell JJ, López Ruiz V et al. Evidencia sobre la participación comunitaria en salud en el contexto español: reflexiones y propuestas. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit.* 1 de octubre de 2018;32:41-7.
46. Lauder W, Reel S, Farmer J, Griggs H. Social capital, social nursing and rural nursing theory. *Nursing Inquiry.* 2006;13(1):73.
47. Sen A. *Development as freedom*. 1ª Edición. Oxford: Oxford University Press; 2001.
48. Sen A. Why and how is health a human right? *The Lancet.* 2008;372(9655):2010.