

y apoyo directivo o de las compañeras. A esto se añade, la organización institucional, estatus, rol, formación, experiencias previas, trabajo en equipo y actitud profesional, aspectos reflejados también en otros estudios².

La actitud viene influenciada por la satisfacción manifiesta en la realización de estas actividades. Las enfermeras están convencidas de las tareas que desempeñan, ubicándose en el «grupo de convencidos», que piensan en «yo creo en los grupos»² porque en estos, encuentran efectos positivos como: aprendizaje, estímulo y preparación, compartir espacio e información, motivación, mejora en la relación madre-profesional, aprendizaje de las relaciones madre-hijo, así como autoconfianza, autonomía y desarrollo profesional.

A pesar del análisis positivo de estas dinámicas, las entrevistadas consideran la actividad grupal, como un complemento de las intervenciones asistenciales individuales, ya que ambas actividades pretenden crear un espacio con sentido para las enfermeras⁵.

Sería interesante estudiar si las intervenciones grupales aumentan o disminuyen la demanda asistencial en consulta. Las profesionales coinciden en que estas sesiones aportan habilidades, conocimientos, autoconfianza y disminución de la ansiedad en las madres. La ansiedad influye «en la hiperfrecuentación del niño» y es uno de los «pocos factores modificables» susceptible de intervención⁵. Por lo tanto, abordar la percepción de la ansiedad materna antes y después de la intervención grupal y su repercusión en la demanda asistencial, aportaría una justificación más que necesaria en el mantenimiento de esta actividad.

Para finalizar, quisiéramos señalar que la necesidad y conveniencia de realizar actividades grupales se explican desde el punto de vista de las creencias y la motivación; sin que existan argumentos puramente metodológicos, pudiendo despertar resistencia y crítica². En este sentido, queremos apuntar la necesidad de profundizar en la percepción que tienen los conductores de otros tipos de dinámicas.

Financiación

El Colegio de Enfermería de Barcelona ha financiado parcialmente este proyecto en el marco de ayudas a Proyectos de Investigación PR 5326-11.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecer a Eva Cujó, Nuria Burrell, Francisco Berlanga y Pilar Echevarría su apoyo, así como a todas las enfermeras que han participado en las entrevistas.

Bibliografía

1. Wilkins C. A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*. 2006;22:169–80.
2. Duro Martínez JC. Actitudes de los profesionales de atención primaria de Madrid sobre los grupos. *Aten Primaria*. 2005;36:71–7.
3. Dantas CC, Leite JL, Lima SBS, Stipp MAC. Teoría Fundamentada en los datos. Aspectos Conceptuales y Operacionales: Metodología posible de ser aplicada en la investigación en Enfermería. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009;17:573–9 [Citado 2012 Mayo 12]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/es.21.pdf>.
4. González de Dios J. Análisis DAFO (Debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades) de la Medicina Basada en la Evidencia. *Bol SPAO*. 2008;2:34–40 [citado 2012 Mayo 12]. Disponible en: <http://www.spao.info/Boletin/2.1/2.1.mesa1.4.pdf>.
5. Tapia C, Gil V, Orozco D. Influencia de la ansiedad materna en la frecuentación de las consultas de pediatría de atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36:64–70.
6. Boletín Oficial del Estado Orden SAS/1729/2010 de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. BOE núm. 157 de 29/06/2010. Págs. 57217–50.

Sofía Berlanga Fernández^{a,*}, Rosa María Pérez Cañaveras^b, María Flores Vizcaya Moreno^b, Montserrat Torres Rusiñol^c y Noelia Antonia González López^a

^a Área Básica de Salud (ABS) Sta. Eulalia Sur, Institut Català de la Salut, Hospitalet del Llobregat, Barcelona, España

^b Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante, Alicante, España

^c Servicio Atención Primaria (SAP) Delta del Llobregat, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sbf10@hotmail.es

(S. Berlanga Fernández) .

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.05.014>

Cobertura universal, equidad y solidaridad. Tres casos para observar

Universal health cover, fairness and sympathy. Three cases to observe

Sr. Director:

Hace un año señalaba con atención dos situaciones en el escenario de la salud global. La referencia era hacia el

desempeño de dos países como Estados Unidos y España en torno a la importancia de su sistema sanitario y la medicina de familia¹. Ambos países con un objetivo en común que España había alcanzado y debía sostener, y Estados Unidos desea lograr: la cobertura universal en servicios de salud.

Cobertura universal expresa equidad y formaliza a una buena parte de la justicia social en el sentido de que todos los ciudadanos tengan acceso a atención y cuidados de salud.

¿Qué pasó un año después con Estados Unidos y España?

En Estados Unidos el año 2012 es año de elecciones. La reforma sanitaria aún tiene mucho para avanzar hacia una implementación concreta y ha minado el crédito político del presidente Obama en un país donde las proyecciones del gasto sanitario se sitúan en casi el 20% para 2020 y donde pocos se plantean la salud como un derecho.

En España la situación es peor que un año atrás. España venía invirtiendo menos dinero en salud que la media de la Unión Europea², incluso que la *Organización for Economic Co-operation* (OECD)³, además, se están efectuando recortes que replantean la «universalidad» de su sistema sanitario. La quita de este derecho a los inmigrantes ilegales y la introducción del copago no solo perjudica a los más pobres sino que crea nuevos pobres⁴. En Estados Unidos, el copago aumentó las hospitalizaciones en mayores de 65 años, así como la estancia hospitalaria; en España pone en juicio las posibilidades de igualdad⁵.

España tiene buenas razones para garantizar la universalidad como una forma de garantizar los derechos humanos y, por extensión, la seguridad ciudadana. El recuerdo de la guerra, la pobreza y el racionamiento aún está fresco; de esta manera la salud, como la educación, deben ser vistas como un beneficio para la sociedad y no como un beneficio personal. Ambas son determinantes sociales que garantizarán un curso de vida donde los ciudadanos podrán tener las mismas oportunidades de crecimiento, trabajo y desarrollo. Así como el desempleo no debe ser considerado una elección personal o un estilo de vida, la salud debe ser vista como un recurso vital para el desarrollo de un país.

Este mes se celebra en Brasil la Conferencia de Naciones Unidas Río + 20, donde el *desarrollo sostenible*, concepto citado por primera vez en el Informe Brundland⁶, coordinado por quien luego sería directora de la Organización Mundial de la Salud (OMS), será el tema central. Por desarrollo sostenible se entiende aquel que satisface las necesidades del presente sin comprometer las necesidades de las futuras generaciones. Frente a esto me permito dos observaciones de cara al futuro inmediato: así como hace un año sugerimos atención a Estados Unidos y España, sus sistemas de salud y la medicina familiar, hoy es necesario señalar el desarrollo del sistema único de salud en Brasil, cuyo objetivo es lograr la cobertura universal basada en atención primaria. Brasil

cuenta con voluntad política para esto, en Estados Unidos aún es escasa, mientras que en España la desorientación y el doble mensaje prevalecen.

Otro punto de análisis es qué importancia le dará el gobierno de España al bienestar de sus ciudadanos y las futuras generaciones que hoy con los recortes ven en la cobertura universal amenazados sus derechos, expresión de igualdad de oportunidades. Esto debe ser motivo para señalar dos crisis en ciernes para la salud pública de España: la de los inmigrantes y la de la joven generación sin empleo ni estudios.

Pensar en estos dos colectivos de ciudadanos y por extensión en todos, no es solo pensar en equidad y justicia social, es pensar como hoy piensa el mundo y sus líderes que en Río + 20 celebran su cumbre de cara a un futuro más solidario.

Las opiniones vertidas en este escrito son personales del autor, y no representan la opinión y/o posición de la institución a la que pertenece.

Bibliografía

1. Bernardini Zambrini D. La medicina familiar y su futuro en la era global. *Aten Primaria*. 2011;43:330.
2. Casino G. Spanish health cuts could create "humanitarian problem". *Lancet*. 2012;379:1777.
3. Organización for Economic Co-operation, development (OECD), OECD, health data. How does Spain compare. 2011. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/46/7/38980294.pdf>
4. World Health Organization (WHO). The World health Report: Health Systems financing. En: *The path to universal coverage*. Ginebra: WHO; 2010.
5. Benach J, Tarafa G, Muntaner C. El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. *Gac Sanitaria*. 2012;26:80-2.
6. Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future. Disponible en: <http://www.un-documents.net/our-common-future.pdf>

Diego A. Bernardini-Zambrini

Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Washington DC, Estados Unidos
Correo electrónico: Bernardd@paho.org

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.06.012>