

Salut comunitària i atenció primària

Salut comunitària i atenció primària

Dolors Juvinyà Canal
Glòria Reig Garcia
Alícia Baltasar Bagué
Ángel Romero Collado
(eds.)

CIP 614.2 SAL

Salut comunitària i atenció primària / Dolors Juvinyà Canal,
Glòria Reig Garcia, Àlicia Baltasar Bagué, Àngel Romero
Collado (eds.). – Girona : Càtedra de Promoció de la Salut
de la UdG : Documenta Universitaria, 2023. – 550 pàgines :
il·lustracions, gràfics ; cm. – (Publicacions de la Càtedra de
Promoció de la Salut ; 22)
Bibliografia: pàgina 537. – Conté: Introducció al model sanitari
català / Lluís Franch ... – Textos en català i castellà
ISBN 978-84-9984-592-0

I. Juvinyà, Dolors, editor literari II. Reig Garcia, Glòria, editor literari
III. Baltasar Bagué, Àlicia, editor literari IV. Romero Collado, Àngel,
editor literari V. Contenidor de (obra): Franch, Lluís. Introducció al
model sanitari català VI. Universitat de Girona . Càtedra de Promoció
de la Salut, entitat editora 1. Salut 2. Benestar 3. Atenció primària
4. Infermeria comunitària 5. Assistència sanitària 6. Malalts crònics –
Cura 7. Catalunya – Política sanitària

CIP 614.2 SAL



No es permet un ús comercial de l'obra original ni la generació d'obres derivades per altres persones que no siguin les propietàries dels drets. És la llicència més restrictiva ja que només permet que altres persones es descarreguin l'obra i la comparteixin amb altres sempre i quan en reconeguin l'autoria, però sense fer-ne modificacions ni ús comercial.

Edició: Càtedra de Promoció de la Salut de la UdG

Revisió de l'edició: Glòria Reig Garcia

Direcció de la col·lecció: Dolors Juvinyà Canal

Correcció lingüística: Redactum

Revisió de la correcció: Manel Peris Grau

© dels textos: els seus autors i autores

© de l'edició: Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona

© de l'edició: Documenta Universitaria

ISBN: 978-84-9984-592-0

Índex

Pròleg	23
Introducció	27
I. El model sanitari català	31
1.1. Introducció al model sanitari català	33
LUÍS FRANCH	
1.1.1. Definició i anàlisi dels sistemes de salut	33
1.1.2. El model de sistema de salut	33
1.1.3. L'organització del sistema de salut	35
1.1.4. La provisió dels serveis de salut i la seva gestió	37
Bibliografia	40
1.2. El Pla de Salut de Catalunya	41
ORIOL GARCIA, EULÀLIA MASACHS	
1.2.1. El marc normatiu	41
1.2.2. El rol del Pla de Salut com a eix vertebrador del sistema de salut	41
1.2.3. El cicle de la planificació i els objectius de salut	43
1.2.4. L'evolució dels plans de salut de Catalunya	44
1.2.5. Principals aprenentatges i línies per al futur	45
Bibliografia	47
1.3. Els professionals de la salut	49
JOSEP ROMA	
1.3.1. Introducció	49
1.3.2. Formació de grau	50
1.3.3. La formació sanitària especialitzada	52
1.3.4. Els professionals en actiu	53
1.3.5. Conclusions	54
Bibliografia	54

1.4. Les persones en el marc del model sanitari català	57
XAVIER BURJONS	
1.4.1. Introducció	57
1.4.2. Atenció centrada en la persona	57
1.4.3. Participació	60
1.4.4. Universalització	61
1.4.5. Aspectes clau	62
Bibliografia recomanada	62
Bibliografia	63
II. La salut i els seus determinants	65
2.1. Salut i benestar	67
CARLA CASALS, DOLORS JUVINYÀ	
2.1.1. Els conceptes de <i>salut</i> i de <i>benestar</i>	67
2.1.2. Aspectes clau	71
Bibliografia recomanada	71
2.2. Els determinants socials de la salut	73
CARLA CASALS, DOLORS JUVINYÀ	
2.2.1. L'abordatge de les desigualtats en salut: els models de determinants socials	74
2.2.2. Aspectes clau	78
Bibliografia	78
2.3. La promoció de la salut	79
CARLA CASALS, DOLORS JUVINYÀ	
2.3.1. Què entenem per promoció de la salut?	79
2.3.2. Recorregut històric de la promoció de la salut	80
2.3.3. Àrees d'acció per a la promoció de la salut	82
2.3.4. Aspectes clau	84
Bibliografia	84
2.4. La salutogènesi	85
CARLA CASALS, DOLORS JUVINYÀ	
2.4.1. La teoria salutogènica	85
2.4.2. Sentit de coherència i recursos de resistència generalitzada	87
2.4.3. Model salutogènic i promoció de la salut	89
2.4.4. Aspectes clau	90
Bibliografia	91

III. Salut comunitària 93

3.1. Introducció a la salut comunitària 95

JAVIER SEGURA

3.1.1. Un término polisémico	95
3.1.2. Un campo de acción conflictivo	96
3.1.3. La noción de comunidad	97
3.1.4. Los límites de la comunidad	98
3.1.5. Homogeneidad, diversidad y cooperación.....	99
3.1.6. Un intento de definir la salud comunitaria	100
3.1.7. Lo contrario de salud comunitaria	102
3.1.8. Voluntarismo comunitario	102
3.1.9. Hibridar la clínica con la salud pública.....	103
3.1.10. Salud y bienestar.....	103
Bibliografía.....	104

3.2. Principios y dimensiones de la salud comunitaria 107

JAVIER SEGURA

3.2.1. Introducción	107
3.2.2. La atención a la salud basada en la demanda tiene unos límites	107
3.2.3. Las desigualdades sociales en salud como objeto de trabajo	108
3.2.4. De las batas a las botas.....	108
3.2.5. La necesidad de alianzas.....	109
3.2.6. El barrio como escenario básico del proceso salud y enfermedad	109
3.2.7. El valor de la vida cotidiana.....	110
3.2.8. De los riesgos a los activos en salud.....	111
3.2.9. De las enfermedades a los malestares de la vida cotidiana	112
3.2.10. De las pautas de conducta al cruce de saberes.....	112
3.2.11. Las personas y sus comunidades deben ser las protagonistas del cambio.....	112
3.2.12. Perspectiva, ámbito y encuadre: las tres dimensiones de la salud comunitaria	113
Bibliografía.....	116

3.3. Participación comunitaria 119

JAVIER SEGURA

3.3.1. La prueba del algodón	119
3.3.2. Salud comunitaria, organización comunitaria, desarrollo comunitario: historia de una convergencia	120
3.3.3. Principios de la participación comunitaria.....	124
3.3.4. Modelos de participación comunitaria.....	124

3.3.5. Metodologías de dinamización de los procesos de acción y participación comunitaria	126
3.3.6. Las múltiples expresiones de la participación comunitaria.....	128
Bibliografía.....	129
3.4. Actius en salut	131
MARTA VILANOVA	
3.4.1. Introducció	131
3.4.2. Model d'actius: una evolució en el temps	132
3.4.3. Identificació d'actius	133
3.4.4. Metodologia per al mapatge d'actius	133
3.4.5. Aspectes clau	136
Bibliografia.....	136
3.5. Programas y proyectos de salud comunitaria	137
JAVIER SEGURA	
3.5.1. Arte y salud	138
3.5.2. Prevención de la soledad no deseada.....	139
3.5.3. Comunidades compasivas	140
3.5.4. Entornos urbanos escolares y otros diseños urbanos participativos...	140
3.5.5. Paseos saludables	141
3.5.6. Huertos saludables.....	141
3.5.7. Mapas de activos en salud.....	142
3.5.8. Mapas de alimentación saludable (<i>Food mapping</i>).....	142
3.5.9. Fotovoz aplicado a la investigación de entornos de hábitos de salud y condiciones de vida.....	142
Bibliografía.....	143
IV. Atenció primària	145
4.1. Conceptualització de l'atenció primària	147
JAIME BATALLER	
4.1.1. Introducció	147
4.1.2. Desenvolupament del tema	147
4.1.3. Concepte actual d' <i>atenció primària</i>	150
4.1.4. Aspectes clau	151
Bibliografia.....	152

4.2. Continuitat assistencial i coordinació entre nivells assistencials _____	153
ÀNGELA VILÀ	
4.2.1. Introducció	153
4.2.2. Eixos de coordinació i continuïtat assistencial entre nivells assistencials	154
4.2.3. Aspectes clau procés continuïtat assistencial.....	158
Bibliografia.....	160
4.3. Entrevista motivacional _____	161
MONTSERRAT MAS, QUIONIA VILLAR	
4.3.1. Introducció	161
4.3.2. Definició.....	161
4.3.3. Evidència.....	162
4.3.4. Habilitats comunicatives.....	163
4.3.5. Roda del canvi – Piràmide del canvi.....	164
4.3.6. Principis o fonaments bàsics de l'EM.....	164
4.3.7. Mètode d l'EM	165
4.3.8. Aspectes clau	166
Bibliografia.....	167
4.4. Treball en equip _____	169
JOANA FRIGOLÉ	
4.4.1. Definim què és el treball en equip	169
4.4.2. Distinció entre grup, equip i equip «extra-ordinari»	169
4.5. Factors imprescindibles per a generar equips «extra-ordinaris» _____	175
JOANA FRIGOLÉ	
4.5.1. Definició de <i>missió</i> i funcions de les diverses àrees funcionals i llocs de treball	175
4.5.2. Comunicació fluida interna i externa.....	176
4.5.3. Sistemes efectius de participació activa.....	176
4.5.4. Equips multidisciplinars i multicompetencials	177
4.5.5. Recerca de la innovació.....	180
4.5.6. Orientació a la solució dels problemes i recerca de l'excel·lència.....	180
4.5.7. Estat d'ànim i emocions saludables	182
4.5.8. Estil de reunió segons l'objectiu a assolir	183
4.5.9. Estils relacionals efectius	184
4.5.10. Conclusió.....	185

4.6. Competència cultural dels professionals d'atenció primària _____	187
CARME BERTRAN	
4.6.1. Introducció	187
4.6.2. La competència cultural i els professionals de la salut	188
4.6.3. Aspectes clau	191
Bibliografia.....	191
4.7. Atenció primària orientada a la comunitat _____	193
MARTA ERES	
4.7.1. Introducció	193
4.7.2. Desenvolupament	194
4.7.3. Marc conceptual de l'APOC	195
4.7.4. Fases de l'APOC	196
4.7.5. Idees clau	197
Bibliografia recomanada.....	198
Bibliografia.....	198
4.8. Atenció a les famílies a l'atenció primària _____	199
LLUÍS MAESTRE	
4.8.1. Intervenir amb la família per a millorar la salut	199
4.8.2. Situacions que fan imprescindible un enfocament familiar.....	203
4.8.3. Aspectes clau	208
Bibliografia.....	209
4.9. L'atenció primària de salut i l'atenció centrada en la persona _____	211
CARME BERTRAN	
4.9.1. Introducció	211
4.9.2. Atenció centrada en la persona	212
4.9.3. Aspectes clau	215
Bibliografia.....	215
4.10. Adaptacions de l'atenció primària en temps de COVID-19 _____	217
GLÒRIA REIG, JOSEP FIGA	
4.10.1. Introducció	217
4.10.2. Adaptacions de l'atenció primària durant la COVID-19.....	218
4.10.3. Aspectes clau	222
Bibliografia.....	223

V. La infermera d'atenció primària i salut comunitària	225
5.1. Antecedents històrics de la infermeria comunitària	227
ALÍCIA BALTASAR, ÀNGEL ROMERO	
5.1.1. Introducció	227
5.1.2. Història de la infermeria comunitària	227
5.1.3. Aspectes clau	230
Bibliografia	231
5.2. Les competències d'infermeria	233
MONTSE CANET, GEMMA CAPARRÓS	
5.2.1. Competències de la mateixa professió infermera	234
5.2.2. Competències professionals relacionades amb el lloc de treball	235
5.2.3. Aspectes clau	237
Bibliografia	238
5.3. Gestió Infermera de la Demanda (GID)	239
MARTA PASCUAL, MARTA MAS	
5.3.1. Introducció	239
5.3.2. Situació actual de la Gestió Infermera de la Demanda (GID)	240
5.3.3. Idees clau	241
Bibliografia	243
5.4. Infermera de pràctica avançada a l'atenció primària	247
GLÒRIA REIG, RAQUEL JIMÉNEZ	
5.4.1. Introducció	247
5.4.2. Infermera de pràctica avançada	248
5.4.3. Infermera de pràctica avançada a l'atenció primària	250
5.4.4. Idees clau	253
Bibliografia	253
5.5. La prescripció infermera	255
ÀNGEL ROMERO	
5.5.1. Introducció	255
5.5.2. Desenvolupament de la prescripció infermera a Espanya	255
5.5.3. Aspectes clau	259
Bibliografia	259

5.6. El rol de la infermera en els processos de qualitat i seguretat del pacient en l'entorn de l'atenció primària	261
ALBERT TEBA, MERCÈ TORRES	
5.6.1. Introducció	261
5.6.2. Desenvolupament	262
5.6.3. Aspectes clau	266
Bibliografia	267
5.7. Treball en xarxa de la infermera d'atenció primària i salut comunitària (treball intersectorial)	269
ANGELINA GONZALEZ, FERRAN DABAN	
5.7.1. Introducció	269
5.7.2. Infermeria de família i comunitària i treball en xarxa	271
5.7.3. Un exemple de treball en xarxa: baixem al carrer	273
5.7.4. Xarxes comunitàries per donar resposta a la COVID-19	273
5.7.5. Aspectes clau	274
Bibliografia	275
VI. Atenció a les persones al llarg de la vida	277
6.1. Atenció a la infància	279
MARTA CALABIA, ALBA BRUGUÉS	
6.1.1. Introducció	279
6.1.2. Atenció a l'infant	279
6.1.3. Revisions de salut	280
6.1.4. Aspectes clau	284
Bibliografia	284
6.2. Atenció a l'adolescència i joventut	287
BELÉN PÉREZ	
6.2.1. Introducció	287
6.2.2. Diferents teories	287
6.2.3. Introducció als aspectes biològics, psicològics i socials de l'adolescència	289
6.2.4. Atenció als adolescents a la consulta d'atenció primària	293
6.2.5. Atenció als adolescents als centres educatius	294
6.2.6. Aspectes clau	295
Bibliografia	295

6.3. Atenció a l'adultesa	297
M. CARMEN MALAGÓN, MARTA ROQUETA	
6.3.1. Introducció	297
6.3.2. La infermera comunitària en la cura de la persona adulta	297
6.3.3. Eixos de l'assistència a la persona adulta	299
6.3.4. Aspectes clau de present i futur en l'assistència	301
Bibliografia	303
6.4. Atenció a l'envelliment	305
CRISTINA BOSCH, SERGI BLANCAFORT	
6.4.1. Introducció	305
6.4.2. L'envelliment saludable: marc conceptual	305
6.4.3. Atenció integrada i centrada en les persones grans: el nou model de l'OMS	307
6.4.4. El manteniment de la capacitat intrínseca i les intervencions multicomponent	308
6.4.5. Aspectes clau	309
Bibliografia	310
VII. Atenció a les persones amb problemes de salut	313
7.1. Consideracions sobre les persones que viuen amb problemes de salut crònics	315
SUSANNA MANTAS, LÍDIA PORTET	
7.1.1. Introducció	315
7.1.2. Salut i malaltia	316
7.1.3. Desenvolupament del tema	317
7.1.4. Dolor i problema de salut crònic	318
7.1.5. Repercussions de la persona que viu amb un problema de salut crònic i el seu entorn	319
7.1.6. Infància i problema de salut crònic	319
7.1.7. Diversitat funcional i problema de salut crònic	320
7.1.8. Gent gran i problema de salut crònic	320
7.1.9. Aspectes clau	321
Bibliografia	321
7.2. Comorbiditats	323
IRIS FORCADA	
7.2.1. Introducció	323
7.2.2. Desenvolupament	324
7.2.3. Aspectes clau	326
Bibliografia	326

7.3. Atenció a la persona polimedicada en l'atenció primària	329
ANNA BONMATÍ, ELENA OLABARRIETA	
7.3.1. Introducció	329
7.3.2. Rol de la infermera d'atenció primària davant una persona polimedicada	330
7.3.3. Aspectes clau	333
Bibliografia	333
7.4. Procés d'adaptació i afrontament de la malaltia	337
SUSANNA MANTAS, LÍDIA PORTET	
7.4.1. Introducció	337
7.4.2. Desenvolupament del tema	338
7.4.3. Aspectes clau	341
Bibliografia	341
7.5. Atenció a les persones amb problemes de salut cardiovasculars	343
LOURDES CAMÓS	
7.5.1. Introducció	343
7.5.2. Factors de risc	344
7.5.3. Predicció del risc	345
7.5.4. Prevenció	346
7.5.5. Atenció i seguiment a les persones amb MCV	346
7.5.6. Aspectes clau en les MCV	349
Bibliografia	349
7.6. Atenció a les persones amb problemes de salut respiratoris	353
MARIA VIDAL, NÚRIA VIDAL	
7.6.1. Introducció	353
7.6.2. Definició	354
7.6.3. Factors de risc	354
7.6.4. Tractament i seguiment	356
7.6.5. Opcions terapèutiques	356
7.6.6. Aspectes clau	357
Bibliografia	357
7.7. Atenció a les persones amb problemes de salut osteomusculars crònics	359
BERNAT-CARLES SERDÀ, ALBERT PALAHÍ	
7.7.1. Introducció	359
7.7.2. Desenvolupament del tema	360
7.7.3. Aspectes clau	364
Bibliografia	364

7.8. Atenció a les persones amb problemes de salut mental	367
SANDRA GELABERT, MÍRIAM BRONCANO	
7.8.1. Introducció	367
7.8.2. Concepte de <i>salut i malaltia mental</i>	367
7.8.3. Salut mental comunitària.....	368
7.8.4. Evolució del model comunitari d'atenció en salut mental.....	369
7.8.5. Dispositius en la xarxa de salut mental comunitària	370
7.8.6. Processos assistencials i programes	370
7.8.7. Aspectes clau	371
Bibliografia.....	371
7.9. Atenció a les persones amb problemes de salut relacionats amb les addiccions.....	373
CARME CONILLERA	
7.9.1. Introducció	373
7.9.2. El consum de drogues com a símptoma d'altres problemes.....	375
7.9.3. Intervencions infermeres davant el patiment de les persones amb addiccions i les seves famílies.....	377
Bibliografia recomanada.....	378
Bibliografia.....	378
7.10. Atenció a les persones amb problemes relacionats amb la insuficiència renal crònica	379
AFRA MASIÀ, HELENA BOSCH	
7.10.1. Definició i estadis de la malaltia renal crònica	379
7.10.2. Dades epidemiològiques de la insuficiència renal crònica.....	380
7.10.3. Factors de risc de la insuficiència renal crònica.....	381
7.10.4. Intervencions d'infermeria per la promoció i prevenció de la insuficiència renal.....	382
7.10.5. Tractament de la insuficiència renal crònica.....	383
7.10.6. Intervencions d'infermeria en el tractament de la insuficiència renal	385
7.10.7. Aspectes clau	386
Bibliografia.....	386
7.11. Atenció a les persones amb ferides cròniques	389
ÈRICA HOMS	
7.11.1. Introducció	389
7.11.2. Estat actual del tema.....	389
7.11.3. Aspectes clau	392
Bibliografia.....	392

7.12. Atenció a les persones amb dolor crònic	395
MONTSERRAT MARTÍ, M. ÀNGELS SIEIRA	
7.12.1. Introducció: dolor crònic no oncològic	395
7.12.2. Definició i situació actual.....	396
7.12.3. Classificació del dolor	396
7.12.4. Avaluació del dolor	397
7.12.5. Tractament.....	398
7.12.6. Abordatge multidisciplinar i multicomponent.....	398
7.12.7. Tractament farmacològic	399
7.12.8. Aspectes clau	400
Bibliografia.....	401
7.13. Atenció a les persones amb problemes de salut relacionats amb el maltractament	403
DAVID BALLESTER, CONCEPCIÓ FUENTES	
7.13.1. Situació actual del tema	403
7.13.2. Aspectes clau	406
Bibliografia.....	406
7.14. Atenció a les persones amb problemes de salut relacionats amb el maltractament a la infància	407
JOSEFINA PATIÑO	
7.14.1. Situació actual del tema	407
7.14.2. Desenvolupament del tema	408
7.14.3. Aspectes clau	412
Bibliografia.....	413
7.15. Atenció a les dones que han sofert violència masclista	415
DAVID BALLESTER, CONCEPCIÓ FUENTES	
7.15.1. Situació actual del tema	415
7.15.2. Desenvolupament del tema	416
7.15.3. Aspectes clau	420
Bibliografia.....	423
7.16. Atenció als problemes de salut relacionats amb el maltractament en les persones grans	425
JORDI PUJULA	
7.16.1. Introducció	425
7.16.2. Atenció als problemes de salut relacionats amb el maltractament durant l'envelliment	426
7.16.3. Problemes de salut i senyals d'alerta per detectar possibles maltractaments.....	428

7.16.4. Aspectes clau	429
Bibliografia.....	429
7.17. Educació per la salut i cronicitat	433
MONTSE MASÓ, PABLO MORA	
7.17.1. Introducció	433
7.17.2. Com podem educar el pacient crònic?	433
7.17.3. Programa Pacient Expert Catalunya.....	435
7.17.4. Programa Cuidador Expert Catalunya	436
7.17.5. Aspectes clau	436
Bibliografia.....	437
VIII. Atenció a la complexitat al final de la vida	439
8.1. Complexitat: conceptualització i respostes assistencials	441
JORDI AMBLÀS, PALOMA AMIL	
8.1.1. Atenció a les persones amb multimorbiditat com a repte sanitari i social	441
8.1.2. L'envelliment poblacional.....	442
8.1.3. L'impacte epidemiològic i social de la malaltia crònica i la multimorbiditat	442
8.1.4. Per què parlem ja de complexitat?	443
8.1.5. Abordatge de la complexitat. Visió individual i poblacional	445
Bibliografia.....	447
8.2. Models d'atenció de persones en situació de multimorbiditat i complexitat	449
PALOMA AMIL, JOAN CARLES CONTEL	
8.2.1. Els orígens: el <i>Chronic Care Model</i> de Wagner	449
8.2.2. Model de Kaiser Permanente	450
8.2.3. Propostes conceptuals i pràctiques per a la implementació: els components d'un model d'atenció integrada per a persones en situació de complexitat	451
Bibliografia.....	455
8.3. Atenció a la fragilitat: de la teoria a la pràctica	457
JORDI AMBLÀS, JOAN CARLES CONTEL	
8.3.1. Definició i epidemiologia	457
8.3.2. Models conceptuals i utilitats del concepte de <i>fragilitat</i>	458
8.3.3. Cribratge poblacional i abordatge de persones amb fragilitat inicial	459
8.3.4. Fragilitat i personalització de les intervencions.....	461

8.3.5. Aspectes clau	463
Bibliografia.....	463
8.4. Atenció al pacient amb malaltia crònica complexa	465
ROSA SUÑER, GLÒRIA REIG	
8.4.1. Introducció	465
8.4.2. La complexitat en salut.....	465
8.4.3. El pacient crònic complex.....	466
8.4.4. Model d'atenció a les persones cròniques complexes	467
8.4.5. Idees clau	470
Bibliografia.....	470
8.5. Atenció al pacient amb malaltia crònica avançada	473
DAVID CÁMARA, MARTA RASET	
8.5.1. Introducció	473
8.5.2. Conceptualització de la complexitat i de la malaltia crònica complexa	474
8.5.3. Model d'atenció a la cronicitat avançada	475
8.5.4. Idees clau	478
Bibliografia.....	478
IX. Recerca en atenció primària i salut comunitària	481
9.1. Introducció a la recerca en atenció primària i salut comunitària	483
EDURNE ZABALETA	
9.1.1. Introducció	483
9.1.2. Àrees d'investigació en atenció primària.....	483
9.1.3. Metodologies d'investigació en atenció primària.....	487
9.1.4. Aspectes clau	488
Bibliografia.....	488
9.2. Aspectes bàsics de la recerca	491
ROSA SUÑER	
9.2.1. Introducció	491
9.2.2. Aspectes bàsics	491
9.2.3. Consideracions ètiques de les investigacions en ciències de la salut	495
9.2.4. Aspectes clau	497
Bibliografia.....	497

9.3. Metodologia de la recerca	499
RUTH MARTÍ	
9.3.1. Aspectes clau	505
Bibliografia	505
9.4. Anàlisi de dades quantitativa	507
JORDI BLANCH	
9.4.1. Introducció	507
9.4.2. Desenvolupament del tema	507
9.4.3. Epidemiologia	509
9.4.4. Aspectes clau	512
Bibliografia	512
9.5. Metodologia de Recerca Qualitativa	513
ANNA BERENGUERA, LAURA MEDINA	
9.5.1. Introducció	513
9.5.2. Disseny d'estudis de metodologia qualitativa	514
9.5.3. Tècniques de recollida de dades	515
9.5.4. Anàlisi de dades	517
9.5.5. Criteris de rigor i qualitat	519
9.5.6. Aspectes clau	521
Bibliografia recomanada	521
Bibliografia	521
9.6. Redacció d'un projecte de recerca: Protocol de recerca	523
RAFAEL RAMOS	
9.6.1. Introducció	523
9.6.2. El protocol de recerca, un document estructurat	523
9.6.3. Aspectes ètics	526
9.6.4. Limitacions de l'estudi	526
9.6.5. Pla de treball amb cronograma i equip d'investigació	527
9.6.6. Pressupost	528
9.6.7. Aspectes clau	528
Bibliografia	528

9.7. Divulgació de resultats de recerca	531
RAFAEL MARCOS, ARANTZA SANVISENS	
9.7.1. Introducció	531
9.7.2. Comunitat científica i universitària.....	532
9.7.3. Població general / Ciutadania	535
9.7.4. Aspectes clau	537
Bibliografia.....	537
<u>Índex d'autors</u>	<u>539</u>

Pròleg

Quan aquest llibre surti a la llum hauran passat més de dos anys i mig de pandèmia. De fet, de sindèmia, ja que la COVID-19 no pot ser només conceptualitzada com una malaltia infecciosa i tractada com a tal. Seguint l'influent editorial de Horton a *The Lancet* el setembre de 2020, dues categories de malalties han estat interactuant dins de poblacions específiques: la infecció pel SARS-CoV-2 i un seguit de malalties cròniques. Aquestes situacions s'agrupen dins de grups socials segons patrons de desigualtat profundament arrelats a les nostres societats. L'agregació d'aquestes malalties en un rerefons de disparitat social i econòmica agreuja els efectes adversos de cada malaltia per separat, constituint una sindèmia que ha d'afrontar-se de manera conjunta.

La COVID-19 ha posat de manifest la importància dels sistemes sanitaris universals i potents, amb una atenció primària de salut propera a la ciutadania, i que actuï com eix vertebrador del sistema de salut, desplegant el seu vessant comunitari i treballant molt al costat de la salut pública en la prevenció i el control, i amb l'atenció hospitalària per a la cura de les persones més vulnerables o amb problemes de salut més greus. Al mateix temps ha posat de manifest la necessitat de reforçar els recursos destinats a l'atenció sanitària i social, de reflexionar sobre l'adaptació del model a la realitat actual que inclou una gran diversitat de necessitats i actualitzar-ho integrant millor l'ús de tecnologies. També ha mostrat que cal actuar sobre els determinants socials de la salut, treballant col·laborativament amb la resta dels sectors i actors de la societat per donar una resposta realment útil i efectiva.

La sindèmia ha escurçat per primera vegada en dècades l'esperança de vida de les persones i ha augmentat les desigualtats socials i el seu efecte sobre la salut. Sortir-nos de la situació actual requereix doncs un esforç extra, sobretot per a l'atenció primària i comunitària, on han de resoldre's la major part dels problemes de salut de la població i que és la que proporciona cures i atenció a la població durant totes les etapes de la vida. Per això, entre altres coses és molt benvingut el llibre que ha editat la Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona sobre salut comunitària i atenció primària amb l'objectiu que les i els

estudiants de ciències de la salut i les i els professionals puguin actualitzar els diferents temes.

Segons l'OMS i l'UNICEF «l'atenció primària de salut (APS) des d'un enfocament de la salut de tota la societat (*Whole-of-Society approach*) té com a objectiu garantir el nivell més alt possible de salut i benestar i la seva distribució equitativa, centrant-se en les necessitats de les persones, i afrontant-les tan aviat com sigui possible al llarg del continu, des de la promoció de la salut i la prevenció de malalties fins al tractament, la rehabilitació i les cures pal·liatives, i tan a prop com sigui possible de l'entorn quotidià de les persones.»

També diu que l'APS està arrelada en un compromís amb la justícia social, l'equitat, la solidaritat i la participació. Es basa en el reconeixement que el gaudi del més alt nivell de salut possible és un dels drets fonamentals de tot ésser humà sense distinció. L'APS és l'enfocament més inclusiu, equitatiu, rendible i eficient per millorar la salut física i mental de les persones, així com el benestar social. L'evidència de l'ampli impacte de la inversió en APS continua creixent arreu del món, especialment en temps de crisi com la pandèmia de la COVID-19.

El llibre que presentem és un recull ampli dels principals temes que enquadren l'atenció primària i comunitària i ajuden els professionals a portar-la a terme, amb una especial atenció al paper de les infermeres i al desenvolupament de les seves competències. Així, entre els temes que es desenvolupen hi ha el model sanitari català, la salut i els seus determinants, incloent-hi la promoció de la salut, i la salutogènesi, la salut comunitària, incloent-hi la participació comunitària i els actius de salut, els conceptes principals de l'atenció primària i el paper de les infermeres, l'atenció a les persones al llarg de la vida, l'atenció a les persones amb problemes de salut, l'atenció a la complexitat al final de la vida i la recerca en atenció primària i salut comunitària. Es tracten també temes instrumentals enormement rellevants com l'entrevista motivacional, el treball en equip, els factors imprescindibles per a generar equips extraordinaris o la competència cultural dels professionals d'atenció primària.

El llistat d'autores i autors és impressionant i recull professionals de diverses procedències i formacions, tots ells i elles amb amplis coneixements teòrics i, al mateix temps, amb gran experiència d'aplicació en la pràctica. Aquesta combinació de teoria i pràctica és essencial per fer un text útil i aplicable.

Estic segura que aquest llibre serà de gran utilitat, com ho han estat els altres textos publicats per la Càtedra de Promoció de la Universitat de Girona, des que va ser creada l'any 2008, i que han abraçat temes diversos i fonamentals de promoció de la salut, des de la salutogènesi, l'alfabetització en salut, els estàndards en promoció de la salut, a l'avaluació de les bones pràctiques en promoció de la salut, entre altres.

Vull agrair a la Càtedra el seu lideratge acadèmic en Promoció de la Salut, i la seva tasca que inclou activitats de formació, recerca, difusió i transferència del coneixement, publicacions i internacionalització.

En aquest moment l'atenció primària i la salut comunitària són més necessàries que mai. Confio que aquesta publicació ajudarà a tots i totes les seves lectores a millorar la seva pràctica.

Carmen Cabezas Peña
Secretària de Salut Pública
Juliol 2022

Introducció

El llibre que us presentem és el resultat del treball d'un grup de professionals de la salut, de diferents àmbits: assistencial, docent, investigador i de l'àmbit de la gestió, que amb el seu esforç han col·laborat a contextualitzar i abordar diferents aspectes de l'atenció primària i la salut comunitària. Aquest és un llibre col·lectiu, elaborat amb un criteri rigorós i alhora pràctic, que vol ajudar a entendre aquests àmbits des de diferents perspectives.

Els principis inspiradors s'orienten des d'una visió positiva de la salut i els seus determinants, més enllà de la malaltia. A partir d'una visió centrada en la persona, amb enfocament des de l'atenció primària i la salut comunitària. Aquesta publicació vol ser una eina pel treball en l'àmbit de l'atenció primària i la salut comunitària. S'adreça tant a estudiants com a professionals de la salut que vulguin actualitzar continguts en aquests àmbits.

La publicació s'estructura en 9 capítols i 63 apartats, que condicionen i alhora situen i descriuen l'àmbit de l'atenció primària i la salut comunitària. Cadascun d'ells incorpora el coneixement sobre el tema segons l'evidència i l'experiència professional.

El primer capítol, ***El model sanitari català***, analitza el sistema sanitari català i el Pla de Salut com a element clau en la seva planificació i articulació, tot tenint en compte els principals reptes de salut de la nostra societat. També es dona una visió genèrica del moment actual dels professionals de la salut, tot formulant els reptes més importants a què s'hauran d'enfrontar en els pròxims anys. Finalment, es planteja el rol que desenvolupa la ciutadania en el marc del model sanitari català, així com el canvi substancial en la seva relació amb els professionals de la salut.

Al segon capítol, ***La salut i els seus determinants***, es contextualitza la salut i el benestar, i l'efecte que exerceixen els determinants socials de la salut sobre aquests. També s'explica què és la promoció de la salut, abordant el seu recorregut històric i les seves àrees d'acció. Finalment, i mitjançant la teoria de la salutogènesi i els seus recursos clau —el sentit de coherència i els recursos de resistència generalitzada— es dona resposta a la pregunta què crea salut.

El tercer, ***La salut comunitària***, analitza la salut comunitària i els seus valors, idees i dimensions. La seva pràctica s'associa al concepte de *participació social o comunitària*. Així doncs, en aquesta part del llibre l'autor s'endinsa en una anàlisi de la participació comunitària. Parlar d'actius en salut implica un enfocament de les persones i comunitats per la millora de la salut. En aquest apartat s'exposa el model d'actius, com identificar-los i quina és la metodologia a seguir per a fer-ne un mapeig. Finalment, es presenten programes i projectes de salut comunitària.

Contextualitzar l'atenció primària esdevé imprescindible per donar sentit al valor d'aquest treball. Així doncs, en el quart capítol, ***Atenció primària***, s'hi recullen les principals característiques d'aquest àmbit, com interactua amb els altres àmbits assistencials i quins rols hi desenvolupen el conjunt de persones que hi treballen, plantejant les diferents competències professionals. En aquest apartat també es contextualitza l'atenció primària des d'un punt de vista biopsicosocial i des d'un vessant salutogènic i equitatiu, i s'aborda l'atenció a la família i l'atenció centrada en la persona. Finalment, i arran de la pandèmia de la COVID-19, s'hi escriu l'adaptació de l'àmbit davant de situacions excepcionals.

En el cinquè capítol, ***La infermera d'atenció primària i salut comunitària***, s'hi expliquen els seus orígens i les diferents etapes que ha viscut la infermera d'atenció primària i salut comunitària en la seva història. També es consideren les competències de la infermera d'atenció primària i salut comunitària, aprofundint en aspectes com: la gestió infermera de la demanda, la infermera de pràctica avançada, la prescripció infermera, el rol de la infermera en els processos de seguretat i qualitat i el treball en xarxa de la infermera d'atenció primària i salut comunitària.

Una de les característiques essencials de l'atenció primària és la continuïtat i longitudinalitat en l'atenció que ofereix a les persones. En aquest sentit, en el sisè capítol, ***Atenció a les persones al llarg de la vida***, els autors descriuen l'atenció que s'ofereix des de l'atenció primària a la infància, a l'adolescència, a l'adulthood i a l'envelliment.

El setè capítol, ***Atenció a les persones amb problemes de salut***, recull i estudia les principals consideracions de les persones que viuen amb problemes de salut crònics, com afronten aquesta nova situació de salut i quin abordatge en fa l'atenció primària, donant valor al rol de l'educació per la salut a la cronicitat. Per facilitar la comprensió, en aquest apartat s'estudien de forma independent els principals problemes de salut de les persones i el seu abordatge des de l'atenció primària. S'introdueix també l'atenció a les persones amb problemes de salut relacionats amb el maltractament.

L'atenció a la complexitat i la fragilitat de les persones són alguns dels reptes actuals de l'àmbit de l'atenció primària. Així doncs, al vuitè capítol, ***Atenció a la complexitat i al final de la vida***, es contextualitza la complexitat, fragilitat i el final de la vida i s'exposa l'atenció al pacient crònic complex i al pacient amb malaltia crònica avançada.

Finalment, el novè capítol del llibre, ***Recerca en atenció primària i salut comunitària***, planteja i ens situa en els aspectes bàsics de la recerca, les diferents metodologies i anàlisi de dades i ens guia en la redacció de projectes de recerca i en la divulgació dels seus resultats.

Desitgem que els continguts tractats en aquesta publicació siguin oportuns i útils per continuar avançant en l'àmbit de l'atenció primària i la salut comunitària.

Els editors

I.

El model sanitari català

1.1.

Introducció al model sanitari català

LLUÍS FRANCH

1.1.1. Definició i anàlisi dels sistemes de salut

Podríem definir el sistema de salut com «el conjunt de recursos i accions que una comunitat destina a preservar i millorar la salut individual i col·lectiva».

És un subsistema del més ampli sistema socioeconòmic i és molt difícil fixar-ne els límits. Només cal pensar si s'han de considerar «sistema de salut» actuacions com les millores en la xarxa o la seguretat viàries, l'educació per a la salut a l'escola, o els subsidis socials a la discapacitat o la dependència.

En tot cas, la comprensió del sistema sanitari és important per als ciutadans i els seus representants i, específicament, per als professionals que en formen part. Per intentar millorar la comprensió, dividirem l'anàlisi dels sistemes de salut en tres nivells:

1. El model de sistema salut.
2. L'organització del sistema de salut.
3. La provisió de serveis de salut i la seva gestió.

1.1.2. El model de sistema de salut

Aquest primer nivell d'anàlisi és majoritàriament polític i social. El model de sistema de salut d'un país o una comunitat té una gran importància i

transcendència socioeconòmica. Pensem que el sistema de salut representa entre el 7 % i el 12 % de l'economia dels països desenvolupats.

L'elecció del model sanitari no hauria de ser un tema de legislatura o de partit. Ha de ser d'ampli consens i a llarg termini, preferiblement més de vint anys.

En general, el model representa els elements més macro, més generals i més comuns. Per exemple, en països federals o descentralitzats, el model sol ser comú a tot l'estat. En el cas de Catalunya, bona part dels elements del model són compartits amb el conjunt de l'Estat espanyol.

Revisem els principals elements de model d'un sistema de salut.

1.1.2.1. El rol de l'estat

Una de les principals característiques que defineix un sistema de salut és el rol o el grau d'intervenció de l'estat en aquest sistema. El grau d'intervenció es mou en un continuïum entre dos extrems. En l'extrem menys intervencionista, l'estat reconeix el dret de la població a la salut i assumeix una mínima regulació, però deixa al mercat tots els elements d'assegurament i finançament, organització i prestació dels serveis (per exemple, als EUA, excepte pels Medicare i Medicaid). A l'extrem contrari, l'estat assumeix directament totes les funcions, inclosa la prestació directa amb dispositius públics i personal funcionari.

En el cas espanyol, el sistema preconstitucional era un model del tipus Seguretat Social, tutelat per l'Estat. La Constitució de 1978 va canviar a un model de sistema universal, però consolidant el rol intervencionista de l'Estat, ja que no només reconeix el dret a la salut sinó l'obligació de l'Estat de garantir-lo.

De tota manera, com a la majoria de països amb sistemes públics universals, aquest conviu amb un sistema privat voluntari i complementari.

1.1.2.2. El finançament

Un altre dels elements bàsics a considerar és el finançament. En els sistemes privats purs els recursos arriben directament de les persones que compren els serveis. En els sistemes d'assegurament privat és a base de primes. En els sistemes de seguretat social provenen de les cotitzacions, generalment lligades al treball. Finalment, des de mitjan segle xx van anar apareixent, a partir principalment del National Health Service anglès, els sistemes universals finançats pels impostos generals. Aquest és el model del sistema a Espanya i, per tant, a Catalunya.

Però també hem d'analitzar la quantitat del finançament. Per exemple, a Catalunya, la despesa en el sistema sanitari públic és d'uns 1.200 € per habitant, semblant a Espanya i netament inferior a la majoria de països desenvolupats. També es pot mesurar en relació amb el producte interior brut (PIB). A Catalunya la despesa és el 5 % del PIB, inferior a la dels països de l'entorn però també inferior a la d'Espanya, perquè la despesa és la mateixa i el PIB és superior.

1.1.2.3. La cobertura poblacional

A diferència del subsistema privat, els sistemes públics aspiren a una cobertura universal. Hi ha sistemes que no poden aconseguir-ho per motius socioeconòmics, com ara la majoria de països en desenvolupament. A Catalunya, com a molts països desenvolupats, disposem pràcticament de cobertura universal però hi ha diferents cobertures d'alguns col·lectius (empresaris, professionals lliberals, MUFACE) o grups específics descoberts, com ara els immigrants irregulars. També hi ha alguns riscos que es gestionen de forma separada (accidents de trànsit o laborals). Tot això pot provocar algunes iniquitats en l'atenció a la salut.

1.1.2.4. Les prestacions

Un altre aspecte bàsic a analitzar del sistema de salut és el conjunt de prestacions que ofereix, perquè això es relaciona amb el finançament per aproximar-nos a l'eficiència. De tota manera, definir el catàleg de prestacions no és una tasca fàcil. Les asseguradores privades ho aconsegueixen amb dificultats, ja que per a elles és vital, però en el sistema públic és molt difícil, perquè es poden excloure molt poques prestacions i sovint no quadra amb el finançament disponible. El nostre sistema públic té un bon nivell de prestacions tot i la manca de serveis, com odontologia no bàsica, òptica o psicologia.

1.1.3. L'organització del sistema de salut

Aquest és el segon nivell d'anàlisi dels sistemes de salut, i pretén estudiar l'estructura i l'organització del sistema per aplicar el model de sistema de salut. Aquest és un aspecte menys polític, més tècnic i que admet més canvis i reformes a curt i mitjà termini.

En el subsistema privat, cada entitat té el seu propi model organitzatiu. En el sistema públic podem trobar un únic model organitzatiu o trobar subsistemes amb diferents models. És el cas d'Espanya, amb un sol model de sistema de salut, però amb models organitzatius diferents en algunes comunitats autònomes, com per exemple Catalunya.

Analitzem els principals elements que defineixen l'organització del sistema de salut fent èmfasi en les característiques del model públic a Catalunya.

1.1.3.1. La integració horitzontal de funcions

Una de les primeres preguntes que ens hem de fer és si la nostra organització sanitària està integrada en les principals funcions que ha de complir.

Per exemple, està integrada la salut pública amb la part més assistencial? Estan integrades l'atenció primària i l'especialitzada? Està integrada la salut mental amb la resta del sistema? A Catalunya es pretén tenir una organització el màxim d'integrada en aquests aspectes.

1.1.3.2. Descentralització del sistema / separació de funcions

Un aspecte organitzatiu de gran transcendència, però que s'analitza poc és el grau de descentralització. Imaginem la quantitat de nivells orgànics que hi ha, des d'un ministre o conseller de Salut d'un govern, fins a una consulta de primària o una planta d'hospitalització. Certament algunes funcions de regulació i planificació s'han de pilotar des del més alt nivell organitzatiu, però la majoria de decisions tècniques seran millors si es prenen amb les persones que són més a prop de la realitat, a nivells més baixos de l'organització i especialment el mateixos professionals del sistema.

Catalunya és un àmbit geodemogràfic relativament petit, tot i això, subdividit en regions i sectors sanitaris, i la xarxa està formada per centres, com ara els hospitalaris o les àrees bàsiques de salut, que representen un nivell de descentralització important. No obstant això, la descentralització real, molt relacionada amb la participació dels professionals en les decisions, ja és més difícil de garantir.

Una de les peculiaritats de Catalunya respecte als models organitzatius de la resta de l'Estat espanyol és la separació de funcions, que està molt relacionada amb la descentralització. Amb aquest afany de descentralitzar i especialitzar diferents actors en diferents funcions, en el marc de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya de 1990 es van separar les funcions de 1) Departament de Salut;

2) Servei Català de la Salut; i 3) els «proveïdors» de serveis de salut. Aquests últims, especialitzats a prestar i gestionar l'atenció en salut a la població per encàrrec dels dos primers.

1.1.3.3. Els sistemes d'informació sanitària

Per oferir una bona atenció, el més important són els professionals i l'equipament sanitari, però també sabem la gran importància que té la informació. Les bases de dades compartides, les aplicacions d'història clínica a cada centre o proveïdor, i la possibilitat d'intercanvi d'informació entre centres o línies de servei (per exemple, primària i especialitzada) són aspectes crítics i definitoris de l'organització del sistema.

1.1.3.4. La planificació sanitària

Dels diferents elements que defineixen l'organització del sistema, l'últim que comentarem és la planificació sanitària. Una bona planificació, tant de salut com de serveis, és un instrument essencial per a l'eficiència i l'equitat del sistema de salut. A Catalunya, a més d'una llarga tradició de planificació dels serveis, des de 1991 es disposa del Pla de Salut, revisat cada tres, quatre o cinc anys, que orienta totes les accions, i permet fixar i avaluar objectius del sistema de salut. Aquest és un element especialment important en el context de la separació de funcions per orientar la contractació des del CatSalut als proveïdors i garantir resultats.

1.1.4. La provisió dels serveis de salut i la seva gestió

Ja comentats els nivells de model de sistema de salut i el nivell de model organitzatiu del sistema, entrem en el tercer nivell d'anàlisi: la provisió de serveis de salut a la població i la seva gestió.

Podríem dir que la provisió o prestació dels serveis és el moment de la veritat. És amb cada contacte entre els ciutadans-usuaris amb els serveis i els professionals que ens hi juguem l'eficiència, la qualitat i la satisfacció del ciutadà-client amb el sistema.

De fet, en general, encara que disposem d'un bon model de sistema de salut i una bona organització, si fallem en el moment de la prestació de serveis no podem assegurar bons serveis i bons resultats per a la població.

Ara repassarem els principals elements que defineixen la provisió de serveis i la seva gestió.

1.1.4.1. Estructura de serveis i el rol de la primària

És important entendre l'estructura de serveis com, per exemple, l'estructura per línies de serveis, la territorial, o l'especialització o jerarquització dels hospitals per nivells. I un dels elements més importants és disposar d'una atenció primària potent com a nivell bàsic d'accés i atenció a la població, autònoma, resolutiva i amb una actuació integrada amb l'atenció especialitzada. En general, a Catalunya s'ha apostat per aquest model, però fa anys que existeix una consciència creixent de la insuficiència de recursos i autonomia, i que aquesta gestió compartida amb l'especialitzada no ha arribat als nivells desitjables.

1.1.4.2. La cultura organitzativa i el model de gestió

L'avantatge que s'espera de la separació de funcions és que els proveïdors s'especialitzin en la prestació de serveis i la seva gestió. Aquesta especialització ajuda a millorar l'eficiència perquè, amb totes les especificitats dels serveis sanitaris i d'acord amb les indicacions del contracte amb el CatSalut, permet gestionar els serveis amb tècniques pròpies de la gestió empresarial. Ara bé, això exigeix una cultura organitzativa i un model de gestió molt avançats amb una bona planificació, sistemes de qualitat, etc. i, sobretot, una gran orientació a:

- el ciutadà;
- els professionals; i
- els resultats.

1.1.4.3. Els sistemes d'informació de gestió

Vèiem que els sistemes d'informació eren molt importants pel que fa a l'organització del sistema, perquè permeten l'intercanvi d'informació entre centres, entre proveïdors, i entre els proveïdors i el Departament/CatSalut, però per als proveïdors els sistemes d'informació són una eina essencial de suport a la tasca de gestió i, sobretot, a la tasca assistencial, és a dir, de suport als professionals perquè puguin fer la seva feina en equip, amb eficiència, i donar un servei de qualitat als ciutadans/usuaris.

1.1.4.4. L'orientació al client-ciudadà

Cal recordar que els ciutadans són els destinataris dels nostres serveis. Per això són usuaris i, segons la visió més empresarial, són també clients. Però també són els propietaris del sistema i els serveis de salut. Per aquest motiu, és molt important que hi hagi orientació dels serveis al ciutadà-client, la qual s'expressa en coses com:

- el disseny dels protocols d'actuació, conjuntament amb els referents de l'evidència, han de tenir en compte les preferències i les expectatives dels ciutadans-clients;
- la informació als pacients i les famílies és molt important;
- cal pensar a organitzar la seva participació en la gestió i l'atenció;
- cal fomentar l'autocura i la corresponsabilitat en la presa de decisions dels pacients i les famílies, respectant que la decisió final sigui d'ells.

1.1.4.5. L'orientació als professionals

A fi que les empreses sanitàries puguin prestar un bon servei a la població, de forma eficient i d'acord amb les indicacions del Departament/CatSalut, el principal actiu que tenen són els professionals. Això implica que calen unes mínimes actituds i criteris, com ara:

- escolta als professionals i preocupació pel seu benestar, creant un clima laboral propici;
- participació dels professionals en la gestió i el disseny dels plans, els protocols d'actuació i l'avaluació.

1.1.4.6. L'orientació als resultats

Atès que en la provisió de serveis és on es pot fer més per a una atenció de qualitat, eficient i que satisfaci tothom, un element clau és l'orientació als resultats. Per això caldrà utilitzar, com a mínim:

- una bona planificació, amb determinació d'objectius relacionats amb el contracte;
- una utilització sistemàtica de la medicina basada en l'evidència i de la normativa existent per al disseny dels protocols d'actuació;
- un seguiment, conjuntament amb comandaments i professionals dels objectius, per *benchmark* (per comparar amb altres centres i per retre comptes).

Bibliografia

1. Paris V, Devaux M, Wei L. Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries. OECD Health Working Papers. 2010; 50.
2. Generalitat de Catalunya. 30 mesures per enfortir el sistema de salut. 2020. Disponible a: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/5281/30_mesures_enfortir_sistema_salut_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Generalitat de Catalunya. El CatSalut i el model sanitari català. 2018. Disponible a: <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/model-sanitari-catala/>

1.2.

El Pla de Salut de Catalunya

ORIOI GARCIA, EULÀLIA MASACHS

1.2.1. El marc normatiu

El Pla de Salut és l'instrument estratègic i marc de referència per a totes les actuacions públiques en matèria de salut dins l'àmbit de la Generalitat de Catalunya. El pla integra i dona coherència a les polítiques de salut i de serveis sanitaris, sociosanitaris i de salut pública. Defineix un conjunt de línies estratègiques adreçades a introduir canvis en el sistema amb l'objectiu de millorar la salut i la qualitat de vida de la població en un horitzó temporal determinat.

El Pla de Salut el regula la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC, articles 62-64).¹ Actualment, s'elabora per períodes de cinc anys i l'aprova el Consell Executiu a proposta del titular de la Conselleria de Salut. La LOSC estableix que cada regió sanitària del CatSalut ha d'elaborar un pla de salut propi amb les seves especificitats. Per a l'aprovació del Pla de Salut de Catalunya és preceptiva l'aprovació prèvia dels plans de salut de les regions sanitàries. Un cop és aprovat pel Govern, el Pla de Salut es remet al Parlament perquè en tingui coneixement.

1.2.2. El rol del Pla de Salut com a eix vertebrador del sistema de salut

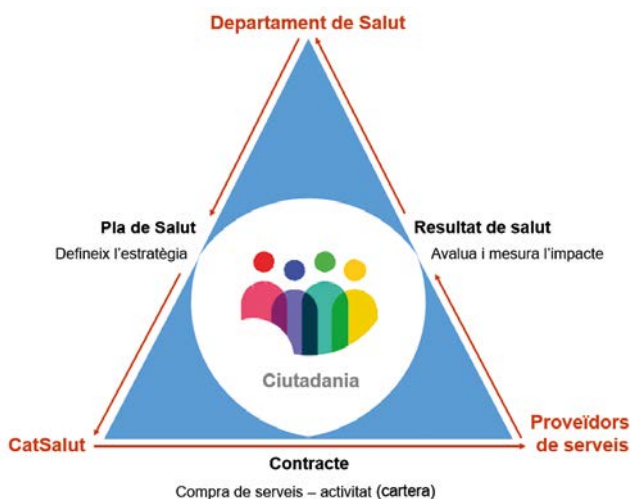
L'arquitectura institucional del sistema sanitari català es caracteritza per una separació de les funcions de direcció política estratègica i d'autoritat sanitària en el Departament de Salut —planificació, inspecció i regulació—, i de les funcions d'asseguradora pública en el CatSalut —finançament, compra de serveis i planificació operativa. La prestació dels serveis en els diferents àmbits (sanitaris, sociosanitaris i de salut pública) es fa efectiva a través de múltiples

entitats proveïdores, d'acord amb la definició d'una cartera de serveis i la seva contractació.

En la seva funció de planificació estratègica, el Pla de Salut és un element clau en l'articulació dels actors del sistema, ja que exerceix de brúixola que n'orienta la direcció i en defineix la visió comuna a llarg termini, tot tenint en compte els principals reptes de salut que té la nostra societat. El Departament de Salut lidera aquest rol de planificació estratègica a llarg termini i el CatSalut, a través de la compra de serveis, canalitza aquestes propostes cap a les entitats proveïdores, que són les responsables de la prestació final dels serveis.

Així per exemple, a partir de l'objectiu general de guanyar anys de vida mitjançant la reducció de la càrrega de les malalties de l'aparell circulatori, s'estructura un model assistencial que pot incloure aspectes com el codi infart o el control dels factors de risc vascular a l'atenció primària. A partir d'aquestes propostes s'estipulen objectius contractuals específics per als proveïdors de serveis sanitaris, com ara la correcta prescripció d'hipolipemiants.

Figura 1. Rol del Pla de Salut en l'estructura institucional del sistema de salut



Font: elaboració pròpia

1.2.3. El cicle de la planificació i els objectius de salut

El cicle del Pla de Salut és el de la planificació de polítiques, i comporta la detecció i l'anàlisi de les problemàtiques de salut existents, la definició de les prioritats i les estratègies per fer-hi front, la promoció de la seva implementació, i l'avaluació dels resultats i els impactes assolits, que alimentaran el nou cicle. En les diferents fases del cicle, cal garantir que s'actua:

- De forma **transversal**, comptant amb tots els actors i els agents implicats en l'assoliment dels objectius (Departament de Salut, CatSalut, Agència de Salut Pública de Catalunya i Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries, així com altres departaments i administracions, si s'escau), amb una visió del conjunt del sistema.
- A partir del **coneixement** científic, epidemiològic i social, i amb la **participació**, tant de persones expertes de dins i fora del sistema sanitari com de la ciutadania.
- Respectant els **principis** d'universalitat, equitat, accessibilitat, qualitat i sostenibilitat del sistema públic de salut.

Figura 2. Cicle de planificació

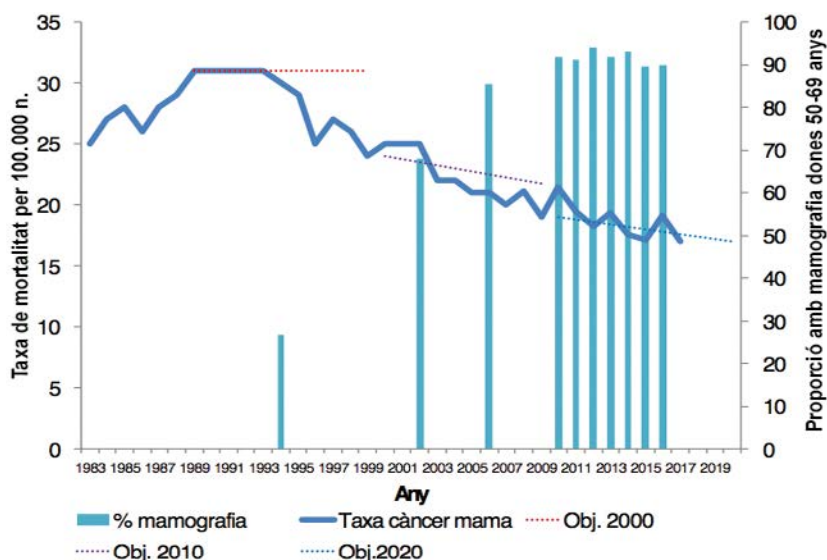


Font: elaboració pròpia

Els plans de salut tenen com a element central la definició d'objectius de salut poblacionals i plantegen les estratègies que cal fer operatives per assolir-los. Els objectius de salut es quantifiquen i monitoren, i se'n ret comptes al final de cada període de planificació.²⁻⁴

La figura 3 mostra l'exemple de com ha evolucionat la mortalitat per càncer de mama, que era la primera causa de mort entre les dones de mitjana edat en fer el primer Pla de Salut de Catalunya (1993). Els plans de salut successius han definit objectius de reducció progressiva de la mortalitat per a aquest càncer, en consonància amb l'expansió del programa de cribratge poblacional i les millores en el diagnòstic i el tractament.

Figura 3. Taxa de mortalitat per càncer de mama en dones, objectius dels plans de salut i pràctica de mamografia en el grup diana de 50 a 69 anys (en %). Catalunya, 1983-2017



Font: registre de mortalitat de Catalunya 1983-2017. Enquesta de Salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010-2017

1.2.4. L'evolució dels plans de salut de Catalunya

La transferència de les competències de Salut a Catalunya (1981) va suposar la introducció de diverses accions, com la creació del primer mapa sanitari, l'inici de la reforma de l'atenció primària o la creació de la xarxa hospitalària d'utilització pública.⁵

La LOSC (1990) estableix el CatSalut com a servei autonòmic de salut i asseguradora pública, i el Pla de Salut com a document estratègic. Aquesta llei

va coincidir amb l'adopció, per part del Departament de Salut, de l'Estratègia de l'oficina regional europea de l'OMS «Salut per a tothom l'any 2000»,⁶ que orienta la planificació cap a objectius de salut. En els tres primers plans de salut predomina l'orientació a la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut, amb molt d'èmfasi en l'atenció primària. També suposen un esforç de millora dels sistemes d'informació sanitària.^{7,8}

Durant el període 2000-2010, al voltant del Pla de Salut es creen els plans directors, com per exemple el de càncer o el de salut mental; es fa un nou mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública, i s'introdueixen amb més èmfasi aspectes com el compromís intersectorial amb la salut, l'acció comunitària o els professionals. El Pla de Salut 2011-2015 s'orienta a millorar els serveis sanitaris centrats en la persona. Es reordena l'atenció terciària, i s'hi inclouen l'acreditació de la qualitat dels centres i la seguretat dels pacients. Es creen nous plans, com el Pla Interdepartamental de Salut Pública (PINSAP),⁹ que inclou el programa de salut comunitària COMSalut, o el Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS).¹⁰

El Pla de Salut 2016-2020 centra l'atenció en polítiques de salut transversals i sistèmiques, en consonància amb la importància dels determinants socials en la salut, i reforça la línia estratègica de polítiques interdepartamentals. Al mateix temps, incorpora projectes de transformació del sistema, que van de la salut pública a la salut digital, la participació, la reordenació de serveis, i el medicament o la recerca, entre d'altres.

1.2.5. Principals aprenentatges i línies per al futur

L'any 2019 el Departament de Salut va proposar a l'Oficina de l'OMS per a l'enfortiment dels sistemes de salut, amb seu a Barcelona, de fer una avaluació de l'evolució, els resultats i l'impacte del procés de planificació sanitària, i dels plans de salut que s'han dut a terme al llarg dels darrers trenta anys. L'objectiu d'aquest treball era fer un balanç dels seus punts forts i els febles des d'una perspectiva europea i internacional, i alhora recollir informació i ajustar el disseny del proper cicle de planificació per al període 2021-2025. L'informe final de l'avaluació¹¹ destaca el valor del Pla de Salut per al conjunt del sistema, i el fet que es basa en un mandat legal sòlid i un procés ben regulat. També assenyalava que s'ha desenvolupat de forma coherent al llarg del temps i s'ha adaptat a les necessitats de cada moment, i que el programa del CatSalut n'ha esdevingut l'instrument fonamental d'operativització.

L'informe de l'OMS identifica diversos àmbits de millora en el procés de planificació, com ara la necessitat d'incrementar la participació en totes les etapes del cicle, l'aprofundiment en la perspectiva de gènere, l'enfortiment de l'equitat en salut a través de l'acció intersectorial i interdepartamental, el reforç dels mecanismes d'implementació de les polítiques que van més enllà dels serveis sanitaris, l'establiment de prioritats de despesa i d'assignació de recursos, i l'avaluació de les polítiques quant al seu impacte en la millora de la salut.

Pel que fa als àmbits temàtics a abordar en el futur, es considera que el tabac i l'obesitat continuen sent reptes rellevants a Catalunya, i es proposen aspectes com el canvi climàtic, la resistència antimicrobiana i els determinants socials de la salut. Es recomana una aproximació biopsicosocial, s'apunta a la potenciació de l'atenció primària i comunitària en col·laboració amb la salut pública, a la integració amb els serveis socials i els de salut mental comunitària, i a una transformació del sector hospitalari, adaptant-lo a les necessitats de salut de la població. També es proposa una harmonització més gran dels sistemes d'informació existents, que faciliti una col·laboració intersectorial eficaç i una xarxa de vigilància epidemiològica més efectiva.

La planificació en salut necessita evolucionar contínuament per fer front als nous reptes. En l'era dels objectius de desenvolupament sostenible, el futur Pla de Salut de Catalunya haurà tenir una mirada més estratègica i abordar de manera decidida la millora de la salut, tot tenint en compte els seus determinants i parant una atenció especial als col·lectius més vulnerables. Caldrà avançar en la transformació del sistema per promoure una visió integral de l'atenció, la qual situï la persona al centre i afavoreixi l'autonomia de les persones des d'una perspectiva salutogènica.

Per assolir aquests propòsits, és imprescindible assegurar la governança en l'àmbit de l'acció intersectorial i interdepartamental, garantir el desenvolupament de les tecnologies necessàries, i establir una dinàmica de participació dels professionals i de la ciutadania en tot el cicle de planificació.

Bibliografia

1. Acord GOV/24/2014, de 18 de febrer, pel qual s'aprova el Pla Interdepartamental de Salut Pública de 2014-2015. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 6566, (20/02/2014).
2. Acord GOV/28/2014, de 25 de febrer, pel qual es crea el Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS). Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 6571, (27/02/2014).
3. Garcia O, Masachs E, Medina-Bustos A, Saltó-Cerezuela E, Tresserras-Gaju R. Assolint fites: avaluació dels objectius de salut i de disminució de risc del Pla de salut de Catalunya 2011-2015. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut; 2015.
4. Global strategy for Health for all by the year 2000. Geneva: World Health Organization; 1981.
5. Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 1324 (30/07/1990).
6. Medina C. Pla de salut de Catalunya. Avaluació de l'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010. Barcelona: Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris; 2012.
7. Medina-Bustos A, Garcia-Codina O, Alcañiz M, Guillén M, Mompert A, Brugulat-Guiteras P, et al. L'enquesta de salut de Catalunya: una eina per al seguiment actiu de la salut poblacional. Butll Epidemiol Catalunya. 2014; 35 (4): 46-54.
8. Salleras L, Tresserras R. Resumen de la evaluación de los objetivos de salud y de disminución de riesgo para el año 2000 del Plan de Salud de Cataluña. Med Clin (Barc). 2003; 121 (1): 1-142.
9. Seculi E, Brugulat P, Martínez V, Medina A, Juncà S, Martínez D et al. La planificació de la salut en Catalunya 1990-2000. Algunas claves para afrontar el futuro. Med Clin (Barc). 2003; 121 (1): 4-9.
10. Ordre de 23 de novembre de 1990, de regulació de l'informe clínic d'alta hospitalària i el conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària. (Correcció d'errades en el DOGC núm. 1401, pàg. 493, de 1.2.1991). Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 1379, (12/12/1990).
11. WHO Regional Office for Europe. Thirty-year Retrospective of Catalan Health Planning. Driver of Health System Transformation. Copenhagen: World Health Organization; 2020.

1.3.

Els professionals de la salut

JOSEP ROMA

1.3.1. Introducció

L'espai d'aquest article no permet fer una anàlisi exhaustiva de la situació actual dels professionals sanitaris. En principi, el Departament de Salut va efectuar una revisió del *Llibre Blanc de les Professions sanitàries* l'any 2015.¹ Les dades i la informació que hi consten són encara força actuals, si exceptuem els possibles efectes de la pandèmia, la interpretació de la qual considerem que és encara prematura amb la informació disponible.

Pel que fa a la «producció» de futurs metges des de les universitats, la darrera referència de l'AQU ens diu que el curs 2018-2019 van començar els seus estudis un total de 1.223 estudiants a les vuit Facultats de Medicina. En el cas d'estudiants d'infermeria, van ser 2.192. Les projeccions a mitjà termini (15-20 anys) de necessitats de professionals són difícils de fer per diverses raons. D'una banda, perquè els contingents de professionals en un moment determinat depenen també de les incorporacions estrangeres i d'aquells catalans que marxen a treballar fora del país, dues variables que oscil·len molt d'un any a un altre; i, d'una altra, perquè avui hem d'entendre que el mercat d'estudiants i residents és obert a la globalització, i cada cop és més difícil d'exercir-ne cap mena de control des de les administracions públiques. Els indicadors de metges en pràctica per habitants² situen el nostre país per sobre de la mitjana dels països occidentals (Espanya: 3,9 per mil, Catalunya: 4,8 per mil, i la mitjana de l'OCDE: 3,5 per mil el 2017), i les projeccions a quinze anys tenint en compte el ritme actual d'incorporació de residents i les possibles jubilacions de metges en actiu, més aviat situen els indicadors esmentats encara una mica per sobre dels actuals. Tot això estimant que els metges estrangers que s'han anat incorporant aquests darrers anys romandran al nostre país. El cas d'infermeria és totalment diferent (Espanya: 5,7 per mil, Catalunya: 6,1 per mil, mitjana de l'OCDE: 8,8 per mil el 2017). Els mateixos

indicadors ens diuen que estem molt per sota dels països occidentals amb què ens volem comparar per la semblança entre els respectius sistemes de salut. Com a resum, podem dir per tant que, els propers anys, el nombre d'estudiants de Medicina s'hauria de mantenir i àdhuc disminuir lleugerament, mentre que el d'estudiants d'Infermeria caldria augmentar-lo notablement.

Els professionals mèdics han d'especialitzar-se per poder exercir. Sens dubte, el procés de formació d'especialistes a Espanya ha estat una de les fites d'excel·lència en aquests darrers quaranta anys. Afortunadament, les professionals d'infermeria han entrat també en aquest procés i s'espera que amb el temps es consolidi com un avenç transcendent en la qualitat de l'assistència. La formació d'especialistes ha sofert un canvi important, atesos els efectes de la pandèmia, i trobem just ressaltar-ho. L'oferta de places de formació a Catalunya ha passat de 1.433 l'any 2019 a 1.630 l'any 2020.

Els professionals sanitaris estan obligats a aprendre durant tota la seva vida laboral. La formació continuada ha estat, per tant, una activitat principal per assegurar el manteniment de la qualitat assistencial i l'actualització de competències. En aquest sentit, les activitats formatives s'han multiplicat any rere any, i cada cop han estat més les institucions implicades: Administració, societats científiques, col·legis professionals, universitats, companyies farmacèutiques i de fabricació de tecnologia. Segurament, el fet més important en aquestes darreres dècades relacionat amb aquest tema ha estat la progressiva institucionalització i acceptació del procediment d'acreditació de les activitats formatives. L'any 2019 es van acreditar 1.720 activitats adreçades a metges (d'un total de 2.084 sol·licituds), mentre que l'any 2020 van ser 1.043 (de 1.504). En el cas d'infermeria, l'any 2019 van ser 331 (de 406) i l'any 2020 foren 229 (de 313). L'efecte de la pandèmia és visible amb una disminució d'entre el 30 % i el 40 % de les activitats acreditades.

Un cop feta aquesta introducció, que ens dona una imatge del moment actual de les professions sanitàries, voldríem aprofitar el cos d'aquest article per plantejar el que considerem els reptes més importants de cadascuna de les tres etapes essentades: la formació de futurs professionals, el procés d'especialització i el manteniment i l'actualització de competències.

1.3.2. Formació de grau

La formació de grau té com a objectiu produir els professionals del futur. Actualment, hi ha consens a considerar que el nivell de coneixements dels estudiants que entren a Infermeria i Medicina és molt bo. El sistema de selecció a partir de les PAU i la gran diferència d'oferta i demanda fan que aquests alumnes tinguin una nota molt alta de selectivitat.

El Fòrum de Diàleg de les Professions (FDP) endegat pel Departament de Salut l'any 2018 va tractar, entre molts altres, els aspectes relacionats amb l'entorn universitari. I entre les seves conclusions³ podem destacar la necessitat d'incorporar estudiants de ciències de la salut amb actituds humanístiques que permetin, en el futur, un tracte més empàtic i personal amb els pacients; i lògicament també es proposa parlar una especial atenció a aquestes competències en el desenvolupament curricular durant els estudis de grau.

Són molts els països del món, sobretot en l'òrbita anglosaxona, que des de fa unes dècades demostren preocupació a millorar els perfils relacionals dels seus futurs professionals. En un article recent, Joshi et al.⁴ es postulen clarament a favor d'incorporar les humanitats en els estudis sanitaris. Diuen clarament que la ciència no és suficient per alleujar el patiment físic dels pacients i que justament per això els professionals han de proveir «tractament humà», amb l'habilitat d'interpretar el seu sofriment amb sensibilitat ètica. D'altres autors, com Boudreau et al.⁵ reflexionen sobre la necessitat de tornar a establir ponts de diàleg entre les disciplines científiques i humanístiques per tal de recuperar el sentit aristotèlic de la fronesi, que no és altra cosa que la capacitat d'aprendre de la pràctica i l'experiència professionals, tenint en compte precisament els aspectes relacionals i humans de l'encontre clínic.

Una de les conseqüències de l'FDP ha estat la recent creació de dos grups de treball formats, cadascun, pels degans o les deganes de les facultats de Medicina i d'Infermeria, amb la participació la Direcció General d'Universitats i de la Direcció General de Professionals de la Salut del Departament de Salut. En el cas de Medicina, ja s'està treballant en el disseny d'una prova paral·lela a les PAU que preseleccionarà els candidats a estudiar Medicina en base a les seves actituds de caire humanístic, tal com des de fa temps succeeix a tots els països anglosaxons.⁶⁻⁸ Aquesta iniciativa també ha generat interès en el grup de treball d'Infermeria, de manera que en un futur també es podrà dur a terme en el procés de selectivitat d'aquest grau.

En paral·lel, ambdós grups estan treballant propostes de formació en competències humanístiques i relacionals (que solen anomenar-se «transversals» en l'argot acadèmic) a desenvolupar durant els estudis de grau corresponents. En alguns casos, a més, es planteja la possibilitat de fomentar les activitats interprofessionals entre ambdues disciplines.

1.3.3. La formació sanitària especialitzada

Tal com ja hem avançat, la formació d'especialistes interns i residents (EIR) ha estat probablement un dels èxits del sistema sanitari aquestes darreres dècades. El fet que s'optés per un programa de formació en servei ha estat clau per a aquest èxit. A més, el sistema d'acreditació i auditoria, organitzat des del Ministeri de Sanitat, ha permès la millora progressiva dels equipaments, els recursos humans i els procediments necessaris per impartir una formació de qualitat. El programa serveix no només per generar una bona formació, sinó també per mantenir i millorar la qualitat assistencial dels centres sanitaris responsables d'aquesta formació.

El sistema d'avaluació de residents ha millorat substancialment els darrers anys en aquells aspectes relacionats amb el que entenem com a avaluació formativa. S'han potenciat les trobades entre residents i tutors amb rúbriques avaluatives, el Llibre del Resident ha millorat el seu contingut i permet, en general, fer una correcta valoració de les activitats assistencials realitzades pel resident en període de formació, s'avaluen sistemàticament les rotacions pels diferents dispositius, i també les activitats docents complementàries i de recerca que realitza el resident.

Feta aquesta consideració, podem afirmar que el repte de futur del sistema de FSE és justament implementar una avaluació sumativa i objectiva que valori les competències finals assolides pels residents. Aquesta avaluació ha de ser complementària a la que ja hem comentat que es fa a títol formatiu, però ha de tenir força per ella mateixa.

Cal remarcar que la implementació d'aquesta avaluació objectiva és necessària, perquè al final d'un procés formatiu tan important com aquest cal tenir seguretat quan certifiquem davant la societat que els residents seran bons especialistes, i també per poder avaluar els mateixos programes de formació. És molt difícil saber com podem millorar la formació si desconeixem els resultats d'aprenentatge que assolim.

Les eines i els instruments per avaluar objectivament la formació dels estudiants i els residents són sobradament conegudes en el nostre entorn. Des que Miller⁹ va clarificar com es podien utilitzar eines avaluadores en funció del nivell competencial, s'han organitzat moltes experiències en l'entorn dels graus^{10,11} a Catalunya que poden extrapolar-se fàcilment a la FSE.

Des dels seus inicis, l'avaluació clínica objectiva i estructurada (ACOE)¹² ha estat un dels formats més utilitzats arreu en l'avaluació de residents, tot i que de manera progressiva han anat apareixent eines més relacionades amb la realitat assistencial objectiva. Mini-Cex,¹³ que permet avaluar directament les intervencions davant

de pacients reals, ja va sorgir en el seu moment per valorar residents de medicina interna als EUA i ha estat molt estès. L'ampli desenvolupament dels entorns simulats amb les possibilitats que permet, cada cop més i millor, la tecnologia suggereix noves iniciatives que es poden incorporar als formats avaluatius. En línies generals, podem parlar del moviment entorn de l'anomenat *work-based assessment*^{14,15} que és ple de suggeriments que hauríem de tenir en compte per posar en marxa un sistema seriós d'avaluació de la FSE a casa nostra.

1.3.4. Els professionals en actiu

Els professionals han de mantenir i actualitzar les seves competències durant tota la vida laboral. Treballar amb competència vol dir actuar segons els estàndards de qualitat de cada moment. Per aconseguir-ho, cal seguir formant-se permanentment. La formació continuada ha estat l'estratègia tradicional per assolir aquests objectius. En aquest àmbit, hem de destacar que aquestes darreres dècades s'ha creat i desenvolupat un sistema d'acreditació que ha permès millorar la qualitat de les activitats docents i també donar reconeixement als professionals que les han cursat.

Des de fa uns anys estem assistint a un canvi de paradigma. Hem entès que no sempre que algú segueix una activitat docent millora les seves competències, i també que hi ha moltes maneres d'aprendre i millorar sense necessitat de seguir cursos formals. Per això, cada cop es parla més de *desenvolupament professional continuat*.

Entenem com a desenvolupament el creixement personal que permet aprendre i millorar la pròpia pràctica professional. Per aconseguir-ho, es pot assistir a activitats de formació tradicionals, però també es poden endegar activitats difícilment classificables en aquest apartat, com són l'estudi i la lectura individuals, la revisió de la pràctica professional entre col·legues o amb la participació d'un mentor, la participació en procediments de millora de la qualitat assistencial, etc. En resum, podem afirmar que tot allò que dugui a la reflexió crítica de la pròpia pràctica professional acaba comportant un procés de creixement i desenvolupament.

El repte els propers anys és justament transformar el sistema actual d'acreditació de la formació continuada en un sistema que acrediti el desenvolupament professional.

Des del Departament de Salut es va elaborar una proposta d'acreditació que va ser valorada per col·legis professionals, societats científiques i universitats l'any 2017. D'aquestes valoracions en van sorgir idees noves que es van incorporar al document i que també van ser debatudes posteriorment en l'FDP ja esmentat a la introducció.

La proposta es basa, en bona part, en les experiències d'alguns països anglosaxons que ja porten anys a l'avançada en aquest terreny.^{16,17} El procediment s'inicia amb l'elaboració d'un mapa de competències per part de cada col·lectiu professional. Aquest mapa ha de ser la guia del sistema d'acreditació. Cada professional, de manera individual, ha de fer un diagnòstic de les seves competències a partir de fets evidenciables de la seva experiència, contrastant-ho justament amb el mapa de competències. Conseqüència dels dèficits detectats, elaborarà un pla de desenvolupament personal, endegarà accions concretes per dur-lo a terme i acabarà avaluant el guany de competències aconseguit. Aquest procés, realitzat en un període de temps relativament llarg (tres a cinc anys), serà valorat per un col·lega o *peer* degudament ensinistrat per a la tasca. D'aquesta valoració es desprendran els crèdits aconseguits per cada professional.

1.3.5. Conclusions

En aquest article hem donat una visió genèrica del moment actual dels estudiants, els residents i els professionals de la salut, i hem formulat els reptes més importants que, tal com ho entenem, han d'afrontar els tres col·lectius els propers anys. En el cas dels estudiants, es tracta de millorar les competències humanístiques i relacionals dels futurs professionals; pel que fa als residents, apostem per la introducció d'una prova avaluativa final de caràcter objectiu i sumativa; finalment, pensant en els professionals en actiu, encoratgem el sistema a formalitzar un sistema individual d'acreditació del desenvolupament professional continuat.

Bibliografia

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre blanc [Internet]. Barcelona: Secretaria General; 2004. Disponible a: https://canalsalut.gencat.cat/ca/professionals/professions_sanitaries/llibre_blanc/
2. OECD. Health at a Glance 2019: OECD indicators [Internet]. París: OECD Publishing; 2019. Disponible a: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1625478460&id=id&accname=guest&checksum=04732B7B8F5A-3B821878A89FE15681D6>
3. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Fòrum de Diàleg Professional: Conclusions [Internet]. Barcelona: Direcció General de Professionals de la Salut; 2019. Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/lineas-estrategiques/1r_forum_dialelg_professional/documents/conclusions-forum-dialelg-professional.pdf

1.3. ELS PROFESSIONALS DE LA SALUT

4. Johsi A, Singhal A, Loomba P, Grover S, Badyal DK, Singh T. Humanities in Medical Education. *Journal of Research in Medical Education & Ethics*. 2018; 8 (SI): S3-S9.
5. Boudreau JD, Fuks A. The Humanities in Medical Education: Ways of Knowing, Doing and Being. *J Med Humanit*. 2015; 36 (4): 321-336.
6. Patterson F, Zibarras L, Ashworth V. Situational Judgement Tests in Medical Education and Training: research theory and practice: AMEE guide n°100. *Med Teach*. 2016; 38 (1): 3-17.
7. AAMC. Taking the MCAT Exam [Internet]. Washington: AAMC; 2022. Disponible a: <https://students-residents.aamc.org/applying-medical-school/taking-mcat-exam/>
8. Kelly ME, O'Flynn S. The construct validity of HPAT-Ireland for the selection of medical students: unresolved issues and future research implications. *Adv Health Sci Educ theory Pract*. 2017; 22 (2): 267-286.
9. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med*. 1990; 65 (9): S63-7.
10. Harden R, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *Br Med J*. 1975; 1 (5995): 447-451.
11. Norcini JJ, Blank LL, Arnold GK, Kimball HR. The mini-CEX (clinical evaluation exercise): a preliminary investigation. *Ann Intern Med*. 1995; 123 (10): 795-799.
12. Kronfly E, Ricarte JI, Juncosa S, Martinez-Carretero JM. Evaluación de la competencia clínica de las facultades de medicina de Cataluña, 1994-2006: evolución de los formatos de examen hasta la evaluación clínica objetiva y estructurada (ECO). *Med Clin*. 2007; 129 (20): 777-784.
13. Castro A, Descarrega R, Parra S, Ojeda R, Roma J, Vidal F et al. Las competencias profesionales de los titulados en medicina mejoran con la introducción de un programa de simulación con pacientes estandarizados y MINIC-CEX. *Proc - Soc Behav Sci*. 2015; 196: 25-29.
14. Prentice S, Benson J, Kirkpatrick E, Schuwirth L. Workplace-based assessments in postgraduate medical education: A hermeneutic review. *Med Educ*. 2020; 54 (11): 981-992.
15. Barrett A, Galvin R, Steinert Y, Scherpbier A, O'Shaughnessy A, Horgan M et al. A BEME (Best Evidence in Medical Education) review of the use of workplace-based assessment in identifying and remediating underperformance among postgraduate medical trainees: BEME Guide No. 43. *Med Teach*. 2016; 38 (12): 1188-1198.
16. Royal College of General Practitioners [Internet]. Londres; 2022. Disponible a: <https://www.rcgp.org.uk/training-exams/practice/revalidation.aspx>
17. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Framework of Continuing Professional Development Activities [Internet]. Ottawa; 2022. Disponible a: <https://www.royalcollege.ca/rcsite/cpd/moc-program/moc-framework-e>

1.4.

Les persones en el marc del model sanitari català

XAVIER BURJONS

1.4.1. Introducció

Quan es parla de les persones en el marc del model sanitari català, cal tenir en compte l'evolució que ha fet el concepte els darrers anys. La ciutadania, les persones, conformen un conjunt divers, amb necessitats diferents i expectatives també diversificades que han anat evolucionant. S'ha passat d'un ciutadà i pacient que tenia un paper passiu en tot allò referent a la seva salut, l'evolució de la malaltia i la participació en les decisions, amb una informació unidireccional i de dalt a baix, a una ciutadania activada, amb voluntat de participar conjuntament en les decisions que afecten la seva salut i la seva malaltia, amb una concepció més integral de tot el procés, prioritzant tot sovint la qualitat de vida i exigint informació comprensible, accessible i que ajudi a decidir o codecidir.

Així, en l'àmbit europeu, també hi ha elements que determinen la relació del ciutadà amb el sistema de salut per donar resposta als reptes exposats i que s'identifiquen en avançar en la presa de decisions compartides, la millora de l'experiència en la salut i atenció social, la millora de la comprensió de la informació i accions de prevenció de la malaltia, i la promoció de la salut, el benestar i l'autonomia personal.

1.4.2. Atenció centrada en la persona

En aquest context, s'evidencia la importància del model d'atenció centrada en la persona (ACP) entesa en la definició del PIAISS, tenint en compte la realitat del nostre entorn com «l'atenció que posa la persona al centre del

sistema, amb l'objectiu de millorar la seva salut, qualitat de vida i benestar, respectant la seva dignitat i drets, així com les seves necessitats, preferències, valors i experiències, i comptant amb la seva participació activa com un igual en la planificació, el desenvolupament i l'avaluació en el procés d'atenció».¹

Es considera que l'ACP és un dels factors clau per assolir una qualitat assistencial, sobretot en fer incidència en l'autonomia i el control sobre la salut i el benestar, tenint en compte els principis generals que coincideixen en la definició de l'ACP, tal com ho planteja el Pla Interdepartamental d'Acció i Interacció Social i Sanitària:

- Disposar d'una informació precisa, rellevant, àmplia i comprensible.
- Accés i suport als serveis, els tractaments, les activitats preventives i de promoció de la salut de qualitat, del benestar i de promoció de l'autonomia personal.
- Implicació de la ciutadania en el disseny de les polítiques sanitàries i socials.
- Elecció i poder de decisió de la persona: presa de decisions compartides.
- Respecte a les necessitats, les preferències, els valors, l'autonomia i la independència de la persona.

En aquesta línia, hi ha dos aspectes que cal potenciar en el model sanitari català i que es defineixen en el Pla de Salut 2016-2020, com són *l'autoresponsabilització, l'autocura i el formen de l'autonomia de les persones*, d'una banda, per aconseguir més autonomia i un grau més elevat de compliment, i facilitar la presa de decisions compartides. Els professionals hi han de contribuir i actuar com a facilitadors, alhora que han de potenciar les habilitats comunicatives i els coneixement adreçats a aquest objectiu. L'objectiu final ha de ser que el ciutadà usuari tingui més coneixement sobre la responsabilitat del procés de la malaltia i de la seva curació, i que tingui present com n'és de necessari adoptar comportaments responsables en referència a la seva salut.

De l'altra, cal potenciar la *utilització de les noves tecnologies en la relació entre els professionals i la ciutadania*, per fer més eficients els serveis, l'autocura i la participació, i la implicació. Eines com La Meva Salut, l'eConsulta, el 061 Salut Respon, el projecte Decisions Compartides, o d'altres corresponents a entitats i institucions que conformen el SISCAT, recollides a l'Observatori del Sistema Sanitari de Catalunya o TIC Salut i Social són clau per al nou model d'atenció no presencial que la pandèmia COVID-19 ha posat a prova, i a les quals en molts casos ha acabat donant l'impuls necessari i definitiu per a l'enlairament i la consolidació definitius.

1.4.2.1 Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària

El 2015, el Departament de Salut va aprovar l'actualització de la Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària com una actualització de l'elaborada el 2001.

Figura 1. Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària



Font: Departament de Salut

Aquesta revisió es va fer per donar resposta a l'actual realitat social, marcada, principalment, pel paper cada vegada més actiu de les persones en la salut, i pel canvi en el tipus de relació entre les persones, i entre la ciutadania i les institucions afavorit, sens dubte, per l'evolució de la tecnologia.

La Carta situa les persones com a element central de la salut, amb els principis de llibertat i autonomia, d'igualtat i dignitat de les persones, d'accés a la informació i de compromís cívic com a eixos vertebradors. Hi destaquen el dret a rebre educació en salut, obtenir informació sobre temps d'espera en atenció sanitària, planificar les decisions anticipades, tenir seguretat de

les dades relatives a la salut i rebre una atenció que garanteixi la continuïtat assistencial, entre d'altres.

Aquests drets i deures són aplicables a tots els serveis sanitaris, amb independència del seu nivell i la seva titularitat jurídica. La Carta proposa que tots, ciutadania, professionals i Administració adquireixin un compromís amb el sistema sanitari per fer-ne un ús responsable, i per mantenir uns hàbits de vida saludables, tot participant en les activitats de prevenció, i informant-nos dels nostres drets i deures per tal de contribuir a la seva millora i la seva sostenibilitat.

La Carta recull prop de cent drets i deures estructurats en deu grans àmbits: equitat i no discriminació de les persones, protecció i promoció de la salut i prevenció de la malaltia, accés al sistema sanitari, intimitat i confidencialitat, autonomia i presa de decisions, informació sanitària, documentació clínica i tecnologies de la informació i la comunicació, qualitat i seguretat del sistema, constitució genètica de la persona, i investigació, experimentació i participació.

1.4.3. Participació

Les persones en el model sanitari català, amb la voluntat d'aconseguir que estiguin al centre del sistema amb la consciència de ser-hi, cal que hi puguin participar per expressar les necessitats percebudes i les prioritats, i aconseguir un sistema de salut més proper. Per aquest motiu, la participació com a pacients, usuaris i ciutadans és un principi del model, juntament amb el caràcter universal, equitatiu, públic, de qualitat, vinculat a la recerca i a la innovació, transparent i sostenible.

Per aquest motiu, l'any 2018 es va presentar el marc de participació ciutadana en salut, elaborat per la Secretaria d'Atenció Sanitària i Participació del Departament de Salut,² que inclou, a més dels àmbits de participació comunament considerats com a tals, com a eina per incorporar de manera ordenada i transparent les persones i la societat civil en el procés de prendre decisions públiques, també la participació individual dels ciutadans en la pròpia salut i la relació directa amb els professionals del sistema que els presten l'atenció sanitària.

Amb el marc de participació s'han posat les bases per dotar el sistema sanitari d'uns criteris de participació i les característiques que aquesta ha de tenir, tot considerant la voluntat de deliberació aprofundida i amb un temps llarg, la diversitat de visions, que els decisors públics no han d'eludir la responsabilitat en la decisió darrera tenint en compte el coneixement, els arguments i les prioritats per poder prendre decisions més intel·ligents, i la voluntat que hi hagi acció transformadora.

Podem afirmar que la participació no ha de defugir cap tema per complexitat ni a causa del seu contingut, entenent que ha de respectar una adequada definició metodològica, tenir sempre present l'evidència científica i el marc normatiu, i el respecte als principis ètics, assegurar que el resultat no comportarà un empitjorament de les condicions de col·lectius determinats, com ara vulnerables o minoritaris i, en darrer terme, treballar per la preservació i la sostenibilitat del sistema sanitari públic.

Les experiències en participació es donen, en aquests moments, en els tres nivells que estableix el marc, com són el micro, el meso i el macro. El nivell macro, que comprèn un àmbit de participació en polítiques de salut, planificació i avaluació es dona, per exemple, en consells de salut nacional o territorial en la regió sanitària, comissions o temes concrets, com han estat l'elaboració del Pla Estratègic de la Regió Sanitària de Girona el 2017, el Pla Nacional d'Urgències de Catalunya, el Pla Estratègic del Sector Sanitari Alt Maresme i Selva Marítima, o la cartera de serveis de l'AP aquest mateix 2021, entre molts altres.

El nivell meso és el que correspon a la participació de pacients, entitats, associacions i pacients experts. En la Regió Sanitària de Girona, entre d'altres, cal destacar el Consell de Participació de l'SSIBE, el Consell d'Amics de l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta, i la participació d'entitats i associacions en salut comunitària, especialment en l'atenció primària.

El nivell micro és l'expressió de la participació del pacient en la salut individual i es manifesta, en la relació professional-pacient, en la presa de decisions compartides en tot allò que afecta la malaltia i el procés de curació.

1.4.4. Universalització

En el marc del model sanitari català, un dels aspectes substancials ha estat garantir l'accés de tots els ciutadans als serveis sanitaris independentment de la situació administrativa en el territori de Catalunya. Després d'intents de retornar a l'obligatorietat de la vinculació amb l'afiliació a la Seguretat Social per tenir dret a l'assistència sanitària, el Parlament de Catalunya va aprovar la Llei 9/2017, del 27 de juny, d'universalització de l'assistència sanitària amb càrrec a fons públics per mitjà del Servei Català de la Salut, l'any 2017, que establia amb caràcter universal el dret a l'assistència sanitària a Catalunya, si bé ha estat recorreguda i modificada pel Tribunal Constitucional.³

1.4.5. Aspectes clau

La ciutadania, en el marc del model sanitari català, està experimentant un canvi substancial en la seva relació amb els professionals i el sistema entès com un tot. En aquest canvi, els professionals i les organitzacions han d'orientar-se a l'atenció centrada en la persona, amb la base dels drets i els deures exposats, tenint en compte l'autoresponsabilització, l'autocura i el forment de l'autonomia de les persones, la participació, la transparència i la rendició de comptes, i la implantació de les TIC per assolir-ho. Al mateix temps, el sistema sanitari ha de garantir l'accés de tots els ciutadans al sistema sanitari, que ha de ser just, equitatiu i de qualitat.

Bibliografia recomanada

Fòrum de participació de l'Institut Català de la Salut: Dissenyem el Futur Junts «L'atenció Centrada en la Persona un Objectiu Comú». Abril de 2015.

III Jornada del Consell Consultiu de Pacients de Catalunya. Compartir per Avançar: «Fent Salut Junts, Construïm el Futur». Octubre de 2015.

V Jornada del Pla de Salut de Catalunya. Grup de treball 3: «El rol del ciutadà». Novembre de 2015.

Lopez A, Marín A, de la Parte JM. La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con respecto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica. Rev Siglo Cero. 2004; 35 (210): 45-55.

Martínez T. La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia [Internet]. Donostia-San Sebastián: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2011 [consultat novembre de 2015]. Disponible a: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiatenciongerontologiacentradaenlapersona.pdf>

National Voices. A narrative for person-centred coordinated care [Internet]. Londres: NHS England Publication Gateway; 2013 [consultat novembre de 2015]. Disponible a: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/05/nv-narrative-cc.pdf>

National Voices. Patient centred care 2020: calls and contributions from health and social care.

Charities [Internet]. Londres: NHS England Publication Gateway; 2014 [consultat novembre de 2015]. Disponible a: <http://www.nationalvoices.org.uk/person-centredcare-2020-calls-and-contributions-health-and-social-care-charities>

Picker Institute [Internet]. Oxford: Picker Institute Europe. Principles of patient-centered care; [consultat novembre de 2015]. Disponible a: http://cgp.pickerinstitute.org/?page_id=131925

Rodríguez P. La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. Madrid: Informes Portal Mayores [Internet]. 2010; (106) [consultat novembre de 2015]. Disponible a: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pilar-atencion-01.pdf>

Martí J. La Participació Ciutadana en Salut i Sanitat [Internet]. Disponible a: https://www.caps.cat/images/stories/La_Participaci%C3%B3_Ciutadana_en_salut_i_Sanitat_CSC_6.pdf

Bibliografia

1. Generalitat de Catalunya. Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2016. Disponible a: https://xarxanet.org/sites/default/files/gene_atencio_centrada_en_la_persona_gener_2016.pdf
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Marc de la participació ciutadana en salut. Secretaria d'Atenció Sanitària i Participació [Internet]. Barcelona: Servei Català de la Salut. 2018. Disponible a: <https://www.oidp.net/docs/repo/doc399.pdf>
3. Llei 9/2017, del 27 de juny, d'universalització de l'assistència sanitària amb càrrec a fons públics per mitjà del Servei Català de la Salut [Internet]. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 7401 (29/06/2017). Disponible a: <https://portaljuridic.gencat.cat/ca/document-del-pjur/?documentId=791144#artfragment-5-0>

II.

La salut i els seus determinants

2.1.

Salut i benestar

CARLA CASALS, DOLORS JUVINYÀ

2.1.1. Els conceptes de *salut* i de *benestar*

El concepte de *salut* s'ha definit i transformat, al llarg de la història, a partir de diferents aproximacions, teories i models. Des de temps antics, la salut de les persones i l'atenció a la salut ja eren un objectiu que tenien present els dirigents de les societats. Així, les primeres definicions de la salut les trobem en la medicina grega, que abordava la salut com el resultat de l'equilibri harmònic de les diferents parts que formaven l'organisme, i com l'harmonia entre la persona i el seu entorn. Aquestes idees, relacionades amb la salut, continuen vigents, amb matisos, en algunes de les definicions que compartirem a continuació.

La salut, sovint, ha estat definida en contraposició a la malaltia, considerant que la salut és l'absència de malaltia, i deixant de banda altres aspectes útils per definir-la de manera més global i integral. Aquesta dualitat entre salut i malaltia també ha estat present al llarg dels anys. Thomas Clifford Albutt, en el seu tractat sobre medicina (1896-1898), feia la següent reflexió:

La malaltia és un estat d'un organisme vivent, un balanç de funcions més inestable que el que nosaltres denominem salut. Les causes d'aquesta inestabilitat poden ser adquirides o degudes a un defecte inherent al sistema. Sigui com sigui, la malaltia en si mateixa és un trastorn que no té elements essencialment diferents dels de la salut, però que es presenten en un ordre diferent i de menys utilitat.

Si ens situem en temps més contemporanis, trobem que l'afany de definir la salut ens aporta diversitat de definicions i reflexions entorn del tema. Algunes són importants de tenir en compte, ja que van aportar, en la seva època, aspectes novedosos que van contribuir a l'aproximació positiva de la salut. El 1940,

H. Sigerist va definir la salut com «una actitud joiosa i una alegre acceptació de responsabilitats», apuntant la importància del paper actiu de la persona en la gestió de la seva salut i considerant que la salut va molt més enllà de l'absència de malaltia, ja que va lligada a l'actitud que adopta la persona en relació amb la seva salut.

L'any 1946, l'Organització Mundial de la Salut (OMS), en el preàmbul de la constitució de la organització, hi va fer constar que

[...] La salut és un estat complet de benestar físic, mental i social, i no només l'absència de malaltia [...]. El grau màxim de salut de què és pot gaudir és un dels drets fonamentals que tenen les persones sense distinció per raça, religió, ideologia política, nivell econòmic o social [...]. Els governs tenen la responsabilitat de la salut dels seus pobles, la qual només es pot complir adoptant mesures sanitàries i socials adequades [...].

Aquesta definició va implicar un canvi de mirada, ja que la salut deixava d'estar supeditada a la malaltia i a la simptomatologia física, obrint la porta a considerar l'àmbit mental i el social com a aspectes de la salut, i avançar cap a una definició holística de salut. A la vegada, la mateixa definició introduïa la idea de la salut com a dret que s'acabaria enfortint amb l'enfocament de drets i la idea de responsabilitat col·lectiva lligats a la salut, una idea que es veuria reforçada a la Carta d'Ottawa de Promoció de la Salut del 1986 i en els enfocaments que se'n derivarien.

Amb la Declaració dels Drets Humans del 1948, pren força la conceptualització de la salut com a dret, ja que s'introdueix la idea de forma explícita a l'article 25 de la declaració: «Tota persona té dret a un nivell de vida adequat que li asseguri, així com a la seva família, la salut i el benestar [...]». Amb aquesta declaració, la idea de la salut com a dret compta amb un marc universal de referència, que tindran en compte la promoció de la salut i la salutogènesi, entre d'altres.

La importància de l'entorn i de la relació de la persona amb el seu entorn, on desenvolupa la seva vida diària, també s'incorpora en les definicions de salut. Podem destacar la definició que va fer R. Dubos el 1956, amb la qual considerava la salut com «l'estat físic i mental raonablement lliure d'incomoditat i dolor que permet a la persona funcionar efectivament el màxim temps possible en l'ambient on es troba», incorporant la idea que l'estat de salut està relacionat amb la manera de funcionar en l'entorn on viu la persona.

Seguint amb aquesta conceptualització de la salut, val la pena conèixer la definició d'Alessandro Sepilli (1976), qui defineix la salut com «una condició d'equilibri funcional, tant mental com físic, que condueix a una integració dinàmica de l'individu en el seu ambient natural i social», i que ens recorda a les primeres aportacions fetes per la medicina grega.

El 1959, Herbert L. Dunn defineix la salut a partir de quatre idees: alt nivell de benestar, dimensions física, psicològica i social, bona salut i benestar. En aquesta definició es defineix, per primera vegada, el benestar lligat a la salut, idea que s'incorporarà a diferents corrents i definicions futures.

Amb l'enriquiment de les definicions de salut i el trencament de considerar la salut només com una absència de malaltia, van començar a aparèixer enfocaments basats en una aproximació positiva de la salut. L'any 1986 es va celebrar la primera conferència mundial de promoció de la salut a Ottawa. Aquest fet és important, ja que se'n va derivar que la salut és «un dret de tots els éssers humans que ha de ser sostingut per la societat. La salut és una responsabilitat col·lectiva» (Carta d'Ottawa per a la Promoció de la Salut, 1986). Aquesta definició recull la conceptualització de la salut com a dret, i la uneix a la idea de la responsabilitat i el paper actiu de la persona, ja apuntades en definicions fetes uns anys abans.

Continuant amb aquesta aproximació positiva de la salut, el 1975 Milton Terris va apuntar la idea que la salut no implicava, necessàriament, l'absència de malaltia, i la va definir com «un estat de benestar físic, mental i social, i una capacitat per funcionar, i no solament l'absència de malaltia o incapacitat». Aquesta idea es va veure reforçada amb la teoria salutogènica que considera la salut com «un procés actiu i dinàmic d'autoregulació, i el caos i l'estrès són part de la vida i les condicions naturals» (Antonovsky, 1979, 1987).

Com es pot veure, la idea de la salut com a procés dinàmic en el qual la persona té un paper actiu i molt important apareix de manera recurrent en les definicions més contemporànies. El 1976, el 10è Congrés de Metges i Biòlegs en Llengua Catalana va definir la salut com «la manera de viure cada vegada més autònoma, solidària i joiosa», posant èmfasi en el lligam existent entre la salut, la persona i l'entorn.

Precisament aquesta conceptualització que comentem es veu clarament reflectida en l'objectiu definit als Objectius de Desenvolupament Sostenible promoguts pel Programa de les Nacions Unides per al Desenvolupament impulsat el 2015: «garantir una vida sana i promoure el benestar per a tots a totes les edats», on queda clar que la salut implica el desenvolupament de la vida diària en un entorn concret al llarg de la vida.

Però els darrers anys han aparegut nous conceptes lligats a la salut que es basen en les capacitats de les persones, la funcionalitat, la justícia social, i reforcen la idea de la responsabilitat individual i col·lectiva.

Així, la salut també es defineix com un estat en el qual la persona pot desenvolupar de manera satisfactòria les seves capacitats des d'una visió holística i integral de la salut, partint de l'abordatge de les deu capacitats (Nussbaum i Sen, 1993). Aquesta visió de la salut reforça la concepció del paper actiu de la

persona en la seva salut i de la importància de l'entorn. Aquesta perspectiva es basa en la idea que les persones són moralment responsables de les seves eleccions a partir de les seves capacitats. Així, les eleccions que es prenen dependran de les opcions que es tenen, que a la vegada estan determinades pels condicionants biològics, físics i socials (Ventakapuram, 2011).

Seguint amb aquesta aproximació, és indispensable incloure en la definició de la salut els conceptes de *dignitat, responsabilitat, funcionalitat i justícia* que són indispensables, a la vegada, per poder parlar de la salut com a dret.

Garantir que la persona pugui desenvolupar-se funcionalment en la seva vida diària implica que pugui participar com a ciutadana, de forma plena, en totes les esferes de la vida social (Daniels, 2001). Aquesta idea manté un lligam estret amb les definicions de la salut que parteixen d'una aproximació positiva de la salut basades en la persona com a subjecte actiu en la gestió de la seva pròpia salut.

Cal tenir en compte, també, la importància del gènere en la conceptualització de la salut i l'impacte per a la salut de les persones. Així, de forma resumida, podem afirmar que gènere i salut poden relacionar-se de tres maneres:¹

- Visualització de la salut de les dones, i per tant, de les especificitats i les diferències lligades al gènere.
- Existència de desigualtats de gènere en salut.
- Tenir en compte l'anàlisi de gènere com a determinant social de la salut.

Com hem vist anteriorment, un altre concepte que al llarg de la història ha aparegut repetidament lligat a la salut, i que l'OMS va explicitar en la seva definició, és el concepte de *benestar*. Aquest concepte, com el de la salut, ha anat evolucionant i ha estat influenciat per diferents disciplines. L'Oficina Regional de l'OMS, el 2012, va impulsar un estudi centrat en el benestar. D'aquest es va concloure, entre d'altres, que:

- El benestar és multidimensional.
- El benestar es pot considerar com a determinant de la salut, però a la vegada com a resultat.
- El benestar inclou elements objectius i subjectius.
- El benestar contribueix a la salut, i la salut contribueix al benestar.

Veient la complexitat plantejada del concepte de benestar, queda clar que manté un lligam en la contribució i la gestió de la salut. A la vegada, també és important comentar que parlar de benestar ha derivat, a vegades, a parlar de qualitat de vida. Incorporar la perspectiva de la qualitat de vida a la salut implica, a més d'incorporar el concepte de *benestar subjectiu*, els següents aspectes:²

- Permet incorporar una perspectiva positiva en el camp de la salut, influenciat sovint per conceptes negatius lligats a la malaltia.
- Permet articular allò individual amb allò social, ateses les connexions entre benestar personal i dinàmiques relacionals, organitzacionals i comunitàries.

2.1.2. Aspectes clau

Recordar que «la salut és bàsicament una estructura social: es crea a través de la interrelació entre les persones i els seus entorns en el procés de la vida diària: on les persones viuen, estimen, aprenen, treballen i juguen» (Kickbusch, 1997), ens obliga a parlar de persones, comunitat i vida diària, i a tenir en compte que els entorns on es desenvolupa aquesta vida diària tenen un paper fonamental en la salut de les persones i de la població. Partir d'aquesta idea comporta considerar els determinants socials de la salut a l'hora d'abordar la salut de les persones i de les comunitats, tot ampliant, així, el concepte de *salut*.

Bibliografia recomanada

- López V. Género y salud en un mundo cambiante. A: López V, Padilla J, coordinadors. SALUBRISMO O BARBARIE. Un mapa entre la salud y sus determinantes sociales. Sevilla: Atrapasueños editorial; 2017. p. 20-41.
- Casas F. Bienestar Subjetivo: Motor y promotor de la salud. A: Juvinyà-Canal D, coordinador. Pilares de la promoción de la salud. 30 años después de Ottawa. Girona: Documenta Universitaria. Publicacions de la Càtedra de Promoció de la Salut, 16; 2019. p. 33-44.

2.2.

Els determinants socials de la salut

CARLA CASALS, DOLORS JUVINYÀ

L'enfocament dels determinants socials de la salut, basat en la idea que els determinants són «conjunt de factors personals, socials, econòmics i ambientals que determinen **l'esperança de vida en bona salut de les persones i les poblacions**»,¹ i que tenim present quan volem referir-nos a la salut de les persones, està influenciat per algunes investigacions pioneres que és interessant tenir presents, ja que van marcar l'inici de l'estudi de les desigualtats en salut.

L'any 1967 van tenir lloc, a Londres, els estudis de Whitehall I, liderats per M. Marmot, sobre l'impacte dels entorns de treball altament jerarquitzats en la mortalitat i la morbiditat dels funcionaris britànics. Aquests estudis van posar de manifest l'existència d'una correlació inversa entre el grau d'ocupació i la mortalitat, tot aportant evidència que, com menor era el grau en la jerarquia laboral, més morbiditat i conductes de risc es patien. Uns anys més tard, amb els estudis de Whitehall II, es va tornar a posar de manifest que ocupar els llocs de treball de la part més baixa de la jerarquia produïa efectes nocius per a la salut i l'esperança de vida (Marmot et al., 1978).

Els resultats d'aquestes investigacions ens porten a conceptes com el *gradient social en salut* i la *síndrome de l'estatus*, que han influenciat i transformat l'estudi de les desigualtats en salut i els determinants socials. Entenem per gradient social el fet que, en totes les societats, a mesura que baixem en la classe social augmenten els problemes de salut i disminueix l'esperança de vida. O, dit d'una altra manera, la classe social és un determinant clau per a la salut de les persones i es coneix com la síndrome de l'estatus (Marmot, 2000).

Una altra data rellevant és el 1974, quan Marc Lalonde, ministre de Salut i Benestar del Govern del Canadà, va impulsar un estudi per identificar la contribució potencial de diferents factors en la reducció de la mortalitat de la

població, per així poder fer una distribució adequada dels recursos. Els resultats, recollits a l'informe Lalonde, van posar de manifest, entre d'altres aspectes rellevants, que un 73 % dels factors que contribuïen a reduir la mortalitat de la població estaven lligats als estils de vida, els serveis de salut i l'entorn, i, per tant, eren factors modificables que s'havien de tenir en compte en les polítiques de salut.²

Uns anys després, el 1980, al Regne Unit es va impulsar un estudi conegut com a informe Black, on es demostrava que el risc de mort abans dels 65 anys era més alt en classes socials menys afavorides, i, per tant, tornava a posar de manifest que la classe social era un determinant social de la salut i confirmava, novament, la importància de tenir en compte aquesta evidència en les polítiques públiques.

2.2.1. L'abordatge de les desigualtats en salut: els models de determinants socials

La influència d'estudis com els anteriors es veu reflectida en el model de determinants socials de la salut, de Dahlgren i Whitehead, del 1991 (figura 1). En aquest model, la persona ocupa l'espai central amb una sèrie de factors personals que no són modificables. A continuació trobem diferents capes que en un principi són modificables, sobretot a partir de l'acció de les polítiques. En un primer moment, trobarem els factors relacionats amb les conductes i els hàbits de les persones. A continuació, tots aquells factors que impliquen la interacció de la persona amb el seu entorn i la seva comunitat, i les influències que se'n deriven. Seguidament, hi hauria els factors relacionats amb les condicions de vida i treball, que com hem anat veient influeixen en la capacitat de la persona de mantenir la seva salut. Per últim, hi hauria les influències de les condicions socioeconòmiques, culturals i ambientals. Com es pot veure, aquest model posa l'èmfasi en les interaccions entre els diferents factors de cadascuna de les capes.³

A partir d'aquest model, han aparegut nous models revisats que incorporen nous determinants de la salut, i que volen oferir una explicació a les desigualtats en salut per tal de comprendre-les i poder actuar.

El 2010, la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España va publicar un model basat en el model de la Comissió de Determinants Socials de l'OMS (2008), on s'organitzen els determinants entre estructurals i intermedis, i s'estableixen les interrelacions entre ells per poder explicar les desigualtats en salut (figura 2).

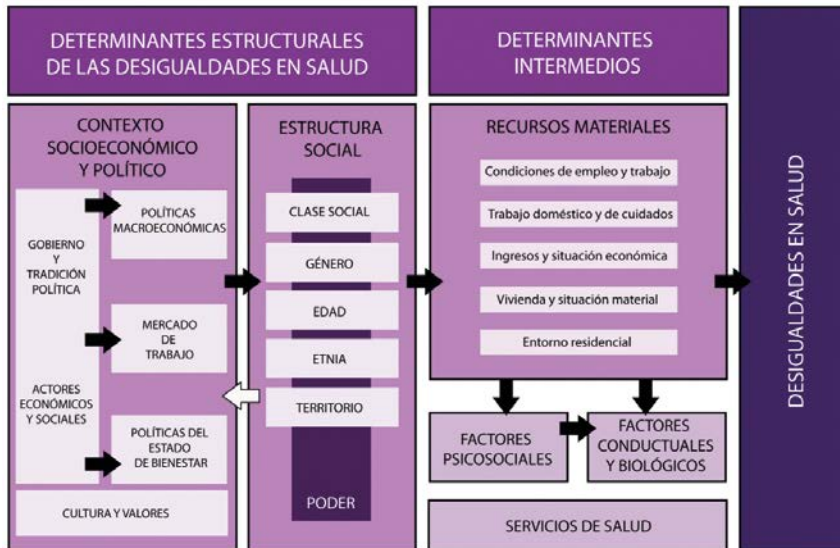
2.2. ELS DETERMINANTS SOCIALS DE LA SALUT

Figura 1. Model de Dahlgren i Whitehead



Font: Whitehead M, Dahlgren G. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1991

Figura 2. Marc conceptual dels determinants de les desigualtats socials en salut, 2010



Font: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015)

En el model, els determinants estructurals, definits com a «aquells que generen estratificació i divisió social de classes en la societat i que defineix la posició

socioeconòmica individual dins de les jerarquies de poder, prestigi i accés als recursos» (OMS, 2007), engloben el context socioeconòmic i polític amb aquells factors que afecten l'estructura social i la distribució de poder, al mateix temps que repercuteixen sobre les polítiques.

Pel que fa a l'estructura social, s'hi inclouen els eixos de desigualtat que determinen les jerarquies de poder i les oportunitats de tenir una bona salut. Aquesta estructura social determina desigualtats en els determinants intermedis, que a la vegada determinen les desigualtats en salut. Entre els determinants intermedis, hi ha una sèrie de recursos materials que influeixen sobre els factors psicosocials, i els conductuals i biològics. A part hi trobem els serveis de salut que, tot i que contribueixen poc en la generació de desigualtats, sí que hi ha evidència que l'accessibilitat i la qualitat dels serveis pot repercutir en els grups més desfavorits.⁴

Incorporar l'enfocament dels determinants socials de la salut ens facilita informació valuosa per conèixer les causes de l'estat de salut de les persones i els grups, més enllà de l'herència genètica i dels estils de vida. Són les condicions socials i econòmiques les que influeixen en les diferències individuals i col·lectives pel que fa l'estat de salut: el context socioeconòmic i polític, l'estructura social, la classe social, l'ètnia, el gènere, l'educació, les condicions laborals o els serveis de salut, entre altres. Considerar els serveis de salut com un determinant obre la porta a una nova orientació sobre el paper dels serveis de salut en la millora de la salut de les persones, que va més enllà del control i la prevenció de la malaltia (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2015).

L'enfocament de determinants socials de la salut parteix de la idea que les condicions de vida de les persones influeixen en el seu estat de salut i que les desigualtats en salut estan presents entre països, i dins d'un mateix país. L'any 2008, la Comissió de Determinants Socials de la l'OMS va publicar l'informe «Subsanar las desigualdades en una generación», amb l'objectiu de facilitar directrius per al treball amb els determinants de la salut a partir de:⁵

- Millorar les condicions de vida de les persones mitjançant la inclusió de l'equitat com a principi en les polítiques i les accions, i procurant d'impulsar i treballar per construir entorns saludables per a la població, defensar i garantir pràctiques justes en matèria de treball i treball digne, oferir protecció social al llarg de tota la vida i garantir una atenció universal de la salut.
- Lluitar contra la distribució desigual del poder, els diners i els recursos, tot garantint l'equitat sanitària en les polítiques, els sistemes i els programes, aconseguint un finançament equitatiu, treballant per l'equitat de gènere i per una governança eficaç.

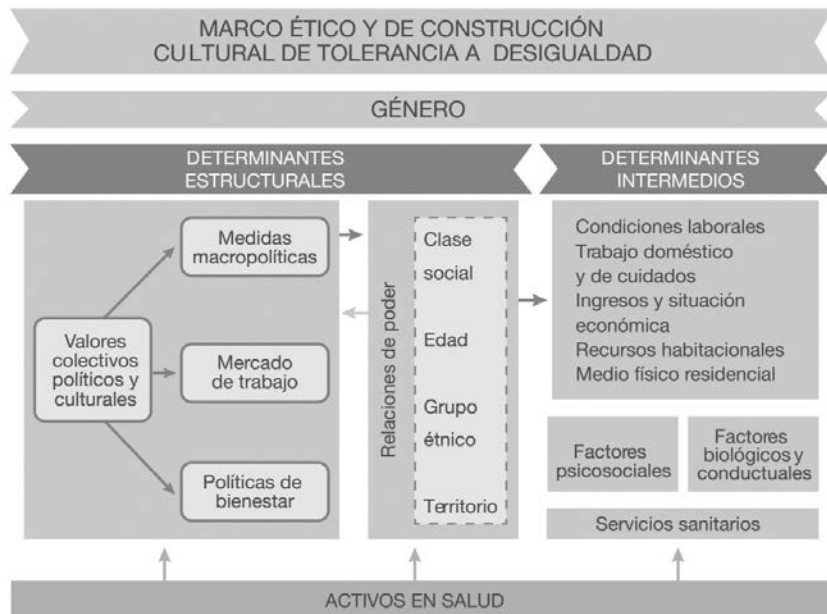
2.2. ELS DETERMINANTS SOCIALS DE LA SALUT

- Mesurar la magnitud del problema, analitzar-lo i avaluar els efectes de les intervencions potenciant la formació, la investigació i el seguiment, i implicant tots els actors en l'objectiu de la millora de la salut i l'equitat.

Aquests models que s'han presentat tenen en comú que expliquen les desigualtats en salut a partir de les interaccions entre els determinants, basant l'acció d'aquests determinants en la persona. Trobem interessant una adaptació d'aquests models basada en una construcció col·lectiva i comunitària de la salut que parteix d'una concepció de la salut com a constructe cultural i històric, resultat de múltiples processos de socialització, influenciada de forma transversal pel gènere (López et al., 2017).

Aquest model (figura 3), com a aspectes innovadors, pretén incloure les teories que conceben la comunitat com a generadora de salut i consideren els moviments socials com a determinants estructurals. A més, incorpora el gènere, la salutogènesi i l'ètica com a marcs per enquadrar els determinants i interpretar les interaccions. La principal aportació del model és que analitza els determinants de salut de les poblacions des d'una dimensió col·lectiva i emancipadora.⁶

Figura 3. Model Determinants Socials de la Salut, definit pel Colectivo Silesia



Font: López y Padilla (2017)

Endinsar-se en les desigualtats en salut implica, forçosament, partir dels determinants socials de la salut i les seves interaccions a l'hora d'explicar la salut de les persones i, per tant, ens obliga també a parlar de distribució i redistribució. Així, aquesta visió de la salut ens ofereix un marc de treball que guia, i ens obliga a replantejar i reorientar moltes de les pràctiques i els serveis que es duen a terme en l'àmbit de la salut.

2.2.2. Aspectes clau

Com hem pogut veure, treballar des de l'òptica dels determinants de la salut implica treballar per la disminució de les desigualtats en salut i contribuir a l'equitat. Partir de models basats en determinants socials i tenir-los en compte en el disseny de polítiques, en els serveis de salut i en l'atenció a les persones contribueix a l'equitat en salut, entesa per l'OMS com «l'absència de diferències injustes, evitables o remeiables entre grups de població definits social, econòmica, demogràfica o geogràficament».

El repàs fet sobre l'abordatge de les desigualtats en salut il·lustra la complexitat del tema, i recordar les paraules d'Amartya Sen (2002), que ens diu: «l'equitat en salut no pot preocupar-se únicament de la desigualtat en la salut o en l'atenció sanitària, i ha de tenir en compte com es relaciona la salut amb altres característiques a través de l'assignació de recursos i dels acords socials», és una bona manera d'exemplificar-ho.

Bibliografia

1. World Health Organization. Health promotion glossary of terms 2021. Gènova: World Health Organization; 2021.
2. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Canada: Gouvernement du Canada; 1974.
3. Dahlgren G, Whitehead M. Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población. Parte 2. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid; 2015.
5. Organització Mundial de la Salut. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Ginebra: OMS; 2009.
6. López V, Padilla J, coordinadors. SALUBRISMO O BARBARIE. Un mapa entre la salud y sus determinantes sociales. Sevilla: Atrapasueños editorial; 2017.

2.3.

La promoció de la salut

CARLA CASALS, DOLORS JUVINYÀ

2.3.1. Què entenem per promoció de la salut?

En el manual *Aprendiendo a promover la salud* (Werner et al., 1990) es parla de l'educació en salut centrada en la persona, reconeix que la salut de les classes més desfavorides és el resultat d'un sistema social que afavoreix els més forts i descriu que la seva meta principal «no és canviar als pobres, sinó ajudar-los a adquirir la comprensió i les habilitats necessàries per canviar les condicions que causen pobresa i mala salut».¹ Aquest tipus d'educació treballa pel canvi social i entén que les persones actuen sobre el sistema i el món que les envolta.

Precisament aquesta concepció és la que es recull a la Carta d'Ottawa per a la Promoció de la Salut de 1986, on es defineix la promoció de la salut com «un procés que permet a les persones incrementar el control sobre la seva salut per millorar-la», i que constitueix un procés polític i social que engloba accions per enfortir les habilitats i les capacitats de les persones, i accions per modificar les condicions socials, ambientals i econòmiques amb l'objectiu de disminuir les desigualtats en salut i millorar-la. Aquesta definició es va gestar durant la I Conferència Mundial de Promoció de la Salut, celebrada a Ottawa el 21 de novembre de 1986, com a resposta a la demanda creixent d'una nova concepció de la salut i per aconseguir un nou moviment per a la salut pública al món.

En la mateixa conferència, es parteix de considerar la salut «com un recurs per a la vida diària, no com l'objectiu de viure. La salut és un concepte positiu que emfatitza els recursos socials i personals, així com les capacitats físiques». Per tant, queda clar que la promoció de la salut és una responsabilitat col·lectiva que va més enllà del sector sanitari i dels estils de vida. Així s'afirma que la millora de la salut requereix uns requisits previs i bàsics, com pau, habitatge, educació, alimentació, ingressos, ecosistema estable, recursos sostenibles, i justícia social i equitat.²

Com hem comentat anteriorment, la promoció de la salut va molt més enllà dels estils de vida, els factors de risc i els comportaments individuals. La conceptualització de la promoció de la salut passa, obligatòriament, per incorporar l'enfocament de drets humans, els determinants socials de la salut i una aproximació positiva de la salut. O, dit d'una altra manera, acceptar que la promoció de la salut està relacionada amb les polítiques, amb la generació d'entorns saludables, amb la millora de les condicions de vida, l'abordatge dels determinants socials de la salut i amb posar les coses fàcils a les persones per tal que prenguin bones decisions per al seu benestar.³

La promoció de la salut ofereix un enfocament integral útil per a la capacitació de les comunitats i les persones per tal que adoptin respostes eficaces davant reptes per a la salut i el benestar com la pandèmia de la COVID-19. Davant dels efectes d'aquesta pandèmia i les mesures restrictives, una resposta de promoció de la salut s'ha de basar en augmentar el control que les persones tenen sobre la seva salut, afavorir la cohesió social i la solidaritat, generar confiança en els ciutadans i potenciar la responsabilitat col·lectiva, orientat, a millorar la salut i el benestar. Així, des d'aquesta perspectiva, la promoció de la salut està lligada a la intersectorialitat, la sostenibilitat, la capacitació i participació pública, l'equitat i la perspectiva al llarg de la vida.⁴

2.3.2. Recorregut històric de la promoció de la salut

Han passat 35 anys des de la publicació de la Carta d'Ottawa per a la Promoció de la Salut del 1986. Durant aquests anys, s'han esdevingut diferents fites que han contribuït a consolidar el moviment de promoció de la salut. Val la pena tenir presents algunes de les fites més importants que es descriuen a continuació.

Després de la Conferència d'Ottawa es van anar succeint, de forma periòdica, conferències mundials de promoció de la salut. En cadascuna es va posar el focus en un tema o aspecte rellevant que marcava els reptes i el treball per la promoció de la salut fins a la celebració de la següent conferència.

Durant l'abril del 1988 es va celebrar, a Adelaide, la II Conferència Internacional sobre Promoció de la Salut, centrada en una política pública saludable. Es va partir del repte d'avançar cap a una salut pública basada en la justícia i la igualtat social, centrada en la defensa i la mediació com a processos per aconseguir-la. Com a àmbits d'actuació, es va donar suport a la salut de les dones, l'alimentació i la nutrició, la prevenció contra el tabac i l'alcohol, i la creació d'entorns saludables. La declaració de la conferència va suposar una

nova directiva per a les polítiques de salut, posant l'èmfasi en la inclusió de les persones i la cooperació entre sectors.

Tres anys després, el juny de 1991, es va publicar, fruit de la tercera conferència, el Comunicat de Sundsvall sobre entorns de suport a la salut. En aquest es feia una crida a la participació activa en la creació d'ambients orientats a la salut. Es descrivien les dimensions social, política i econòmica com a característiques d'aquests ambients, a la vegada que es reconeixien i es posaven en valor els coneixements i les habilitats de les dones en la gestió de la salut. En aquesta ocasió, es va posar el focus en l'advocacia a través de l'acció comunitària, l'educació i l'empoderament, i la creació d'aliances i equitat com a estratègies per aconseguir-ho.

La IV conferència es va celebrar a Jakarta el juliol de 1997, amb el lema «Nous actors per a una nova era - el lideratge de la promoció de la salut al segle XXI», i va suposar una reflexió entorn de les lliçons apreses i l'anàlisi dels determinants socials de la salut, i la identificació d'estratègies i directrius per afrontar la promoció de la salut al segle XXI. Per guiar l'acció, es van marcar les següents prioritats: promoure la responsabilitat social per a la salut, augmentar les inversions en salut, consolidar i augmentar les aliances, ampliar les capacitats de les comunitats i consolidar infraestructures per a la promoció de la salut.

L'any 2000, amb el Comunicat Ministerial de Mèxic per a la Promoció de la Salut, es va posar l'èmfasi a aconseguir més equitat entre països i dins dels països, posant de manifest el compromís d'incorporar la salut a l'agenda política dels països i desenvolupar estratègies de promoció de la salut. El tema de l'equitat i de l'acció dels determinants de la salut es va continuar treballant en les conferències consecutives, celebrades a Bangkok el 2005 i a Nairobi el 2009.

Durant el juny de 2013 es va celebrar, a Hèlsinki, la VIII Conferència Mundial de Promoció de la Salut amb el lema «Salut a totes les polítiques». Es va definir l'estratègia de salut a totes les polítiques com «un enfocament per a les polítiques públiques de tots els sectors que, de manera sistemàtica, té en compte les implicacions que tenen per a la salut les decisions que es prenen, busca sinèrgies i evita impactes perjudicials per a la salut amb la fi de millorar la salut de la població i l'equitat en salut» (Carta de Hèlsinki, 2013). Aquesta estratègia va suposar una eina per al treball en salut i l'equitat des de les polítiques públiques.

L'última conferència celebrada va tenir lloc a Shanghai el 2016, i ens marca el full de ruta fins avui (figura 1). Identifica la governança en salut, l'alfabetització en salut i les ciutats saludables com a reptes per a la promoció de la salut dirigits a l'assoliment dels objectius de desenvolupament sostenible, i que impliquen una acció coordinada entre tots els sectors i actors partint d'una responsabilitat col·lectiva.

Figura 1. IX Conferència Mundial de Promoció de la Salut



Font: Organització Mundial de la Salut. Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Ginebra: OMS; 2016

2.3.3. Àrees d'acció per a la promoció de la salut

Per assolir els seus objectius, la promoció de la salut incorpora cinc àrees d'acció (OMS, 2009): establir polítiques saludables, crear entorns saludables, enfortir l'acció comunitària, desenvolupar habilitats personals i reorientar els serveis de salut. Aquestes, descrites des d'un inici a la Carta d'Ottawa, han anat evolucionant amb les aportacions de les conferències mundials i altres iniciatives impulsades per organismes internacionals. Aquestes són:

- Crear polítiques públiques saludables: consisteixen a posar la salut a l'agenda política de forma transversal i intersectorial. Una política pública saludable «es caracteritza per una preocupació explícita per la salut i l'equitat en totes les àrees de la política, i per una responsabilitat sobre el seu impacte en la salut» (Conferència Adelaide, 1988).

2.3. LA PROMOCIÓ DE LA SALUT

- Crear entorns de suport a la salut: centrats a crear vincles entre les persones i els entorns, conservant i protegint els recursos naturals i generant condicions de vida i treball dignes. «Els entorns de suport a la salut ofereixen a les persones protecció davant les amenaces, i els permeten ampliar les seves capacitats i desenvolupar l'autonomia respecte a la seva salut» (Declaració de Sundsvall, 1991).
- Enfortir l'acció comunitària: basada en l'empoderament de la comunitat i el reforçament de la participació comunitària. «L'acció comunitària per a la salut es refereix als esforços col·lectius de les comunitats per incrementar el control sobre els determinants socials de la salut i, en conseqüència, per millorar la salut» (OMS, 1998).
- Desenvolupar aptituds personals: centrada en els aprenentatges al llarg de la vida en diferents entorns. Podem entendre aquestes aptituds com: «Les habilitats per a la vida són les capacitats per adoptar un comportament adaptatiu i positiu que permeti les persones d'abordar amb eficàcia les exigències i els reptes de la vida quotidiana» (Declaració de Shanghai, 2016).
- Reorientar els serveis de salut: basada a orientar els serveis de salut cap a la salut, centrats en la persona i impulsant canvis organitzatius i culturals. Un hospital promotor de la salut no ofereix només serveis integrals mèdics i d'infermeria d'alta qualitat. També desenvolupa una identitat corporativa que engloba els objectius de promoció de la salut, i una estructura i una cultura organitzatives de promoció de la salut que inclou la participació dels pacients i tots els membres de la comunitat. Es converteix en un entorn físic que promou la salut i coopera activament amb la seva comunitat (OMS, 1998).

El treball d'aquestes àrees d'acció no està exempt de dificultats quan es trasllada la seva aplicació a la pràctica, ja sigui per l'existència de barreres que dificulten el canvi, com per l'existència d'idees pròpies de paradigmes contraris a la promoció de la salut. Algunes d'aquestes dificultats poden resumir-se a partir de les paradoxes següents, que ens conviden a reflexionar: pacient *vs.* persona, individu *vs.* col·lectiu, professionals de la malaltia *vs.* professionals de la salut, indicadors de malaltia *vs.* indicadors de la salut, i la salut com a despesa *vs.* la salut com a inversió.⁵

Si assumim que les persones són responsables de la seva salut i que la salut és un dret que hem de sostenir com a societat, tal com es recull a la Carta d'Ottawa, és imprescindible que els serveis i els professionals de la salut s'aproximin a la salut des d'una mirada positiva i àmplia, i reorientin la seva pràctica des de la mirada de la promoció de la salut reincorporant conceptes com *salutogènesi*, *actius per a la salut* i *salut comunitària* que enriqueixin, de ben segur, les àrees d'acció descrites anteriorment.

2.3.4. Aspectes clau

Si assumim que les persones són responsables de la seva salut i que la salut és un dret que hem de sostenir com a societat, tal com es recull a la Carta d'Ottawa, és imprescindible que els serveis i els i les professionals de la salut s'aproximin a la salut des d'una mirada positiva i àmplia, que vagi molt més enllà de la malaltia i la seva cura.

Reorientar els serveis i la pràctica professional des de la mirada de la promoció de la salut implica incorporar conceptes com *salutogènesi*, *actius per a la salut* i *salut comunitària*, i a la vegada creure que el canvi és possible, orientar-se a les solucions, fer èmfasi en les fortaleces i, sobretot, apostar per un treball en xarxa.

Bibliografia

1. Werner D, Bower B. Aprendiendo a promover la salud. 2a edició. Berkeley, CA: Hesperian; 1990.
2. Fites en la promoció de la salut: comunicats de conferències en l'àmbit mundial / Organització Mundial de la Salut; [traducció de: Fernando Marquès]. Girona: Documenta Universitaria; 2011.
3. Colomer C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. Barcelona: Elsevier Masson; 2000.
4. Saboga-Nunes L, Levin-Zamir D, Bittlingmayer U, Contu P, Pinheiro P, Ivassenko V, et al. Orientación a la promoción de la salud: mantengamos el caballo de Troya fuera de nuestros sistemas sanitarios. ¡Promovamos la salud para TODOS en tiempos de crisis y más allá! EUPHA-HP, IUHPE, Càtedra UNESCO en Salud y Educación Mundiales. Traducció Càtedra de Promoció de la Salut. Universitat de Girona; 2020 [consulta 17 de maig de 2021]. Disponible a: https://www.iuhpe.org/images/IUHPE/Advocacy/COVID19_HealthPromotion_es_.pdf
5. López-Dicastillo O, Canga-Armayor N, Mujika A, Parvadilla-Belio MI, Belintxon M, Serrano-Monzó I, et al. Cinco paradojas de la promoción de la salud. Gac Sanit. 2017; 31 (3): 269-272.

2.4.

La salutogènesi

CARLA CASALS, DOLORS JUVINYÀ

2.4.1. La teoria salutogènica

L'aproximació positiva de la salut es desenvolupa amb força després de la II Guerra Mundial. Les conseqüències de la guerra i els horrors viscuts van propiciar la defensa dels drets de les persones, que es va culminar amb la Declaració dels Drets Humans de l'any 1948. Aquest mateix any es crea l'Organització Mundial de la Salut, amb l'objectiu de garantir que tots els pobles assolissin el nivell de salut més elevat possible. Aquests fets coincideixen, també, amb la definició de salut de l'OMS del mateix any, que com sabem trenca amb la idea preexistent que salut implica absència de malaltia.

Aquesta definició de salut va xocar amb el model biomèdic, present en l'època, que no podia explicar els efectes de les polítiques, les condicions de vida o les conductes de les persones amb el seu estat de salut i va impulsar l'estudi de la salut des d'una nova perspectiva, donant lloc al model biopsicosocial de la salut (Engel, 1977).

Aquests fets, comentats anteriorment de manera molt breu, ajuden a comprendre l'ambient en què es va iniciar l'estudi de la salutogènesi, obrint la porta a un nou model de la salut que va influir en el pensament científic de l'època.

Ens hem de situar als anys setanta, a Israel, de la mà d'Aaron Antonovsky, un metge sociòleg que va servir a les tropes americanes durant la II Guerra Mundial. Aquest autor va començar un estudi centrat en els efectes que produïa la menopausa en un grup de dones sotmeses a situacions molt estressants, algunes de les quals eren supervivents dels camps de concentració. Els resultats van posar de manifest que les dones d'aquest grup, comparades amb les del grup control, patien més estrès i més simptomatologia relacionada amb la menopausa.

Tot i això, Antonovsky es va fixar en un petit grup de dones que, tot i haver patit situacions extremes, vivien la vida i l'afrontaven tan bé com les dones

del grup control. Aquest descobriment va despertar l'interès d'Antonovsky per saber què tenien aquestes dones que, tot i haver sobreviscut a l'Holocaust, eren capaces d'estimar, mantenir bones relacions socials, tenir una família i viure de manera totalment funcional. El mateix autor va dir: «Encara que només hagués estat una dona, també hauria estat important investigar per què!». Començava, així, l'estudi del model salutogènic.¹

A partir d'aquest estudi, Antonovsky va centrar la seva investigació a conèixer com dones que havien sobreviscut a condicions tan extremes podien mantenir-se saludables. Va plantejar-se donar resposta a les següents preguntes, que serien un aspecte clau en el desenvolupament de la seva teoria:²

- Per què les persones es mantenen saludables tot i haver estat exposades a tantes influències perjudicials?
- Com ho feien per recuperar-se de la malaltia?
- Què tenien d'especial les persones que no emmalaltien tot i la pressió més extrema?

A grans trets, la teoria salutogènica vol respondre a la pregunta: «Què crea salut?». Així, la base d'aquesta teoria és descriure la salut en el contínuum benestar-malaltia, situant en un extrem l'absència total de salut (S-) i, a l'altre, la salut total (S+). En aquest contínuum, les persones estem exposades a estressors que ens poden portar a l'esfondrament, o bé a recuperar la nostra salut a partir de diferents recursos. La salutogènesi correspon a la direcció cap a l'extrem de salut total (S+). Aquesta situació es repetiria múltiples vegades al llarg de la vida, variant així la nostra situació en aquest contínuum (figura 1).¹

Figura 1. Contínuum de la salut «benestar-malaltia»¹



© Bengt Lindström, Monica Eriksson, Peter Wikström

Font: Lindström i Eriksson (2011)

2.4. LA SALUTOGÈNESI

Aquesta concepció, com s'ha comentat anteriorment, implica canvis importants en relació amb el model biomèdic que considera la salut a partir de la comprensió de la malaltia i el risc. Per explicar el canvi de paradigma i entendre què proposa la salutogènesi, podem recórrer a la metàfora de la salut en el riu de la vida (Eriksson i Lindström, 2008), que ens diu que quan naixem caiem en un riu que flueix en direcció a la vida. En aquest riu hi ha una cascada, que simbolitza la malaltia, i una sèrie de riscos i recursos. Al llarg de la nostra vida nadem en diferents estadis d'aquest riu, essent el més important la nostra orientació, aprenentatges i experiències, que marcaran l'habilitat d'identificar i utilitzar recursos per gaudir d'una salut i una vida millors (figura 2).

Figura 2. Salut en el riu de la vida¹



© Bengt Lindström, Monica Erikson, Peter Wikström

Font: Lindström i Eriksson (2011)

Queda clar, amb aquesta metàfora, que la salutogènesi se centra en els recursos per a la salut i tot el que genera salut, i per tant podem dir que es basa en els processos promotors de la salut. O bé, com deia el mateix Antonovsky: «Hem de mirar allò que crea salut més que les limitacions i les causes de la malaltia».

2.4.2. Sentit de coherència i recursos de resistència generalitzada

Els recursos per a la salut que planteja la teoria són el sentit de coherència (SOC) i els recursos de resistència generalitzada (GRR).

El sentit de coherència (SOC) es defineix com:

[...] una orientació global que expressa fins a quin punt es té la sensació de seguretat dominant y duradora, tot i que dinàmica, que (1) els

estímuls provinents del nostre entorn intern i extern en el curs de la vida estan estructurats, són predictibles i manejables; (2) els recursos estan disponibles per afrontar les demandes que exigeixen aquests estímuls; i (3) aquestes demandes són desafiaments que mereixen l'energia i compromís invertits. (Antonovsky, 1987).

El SOC està conformat per tres dimensions: la comprensibilitat, que correspondria al component cognitiu que donaria forma a la comprensió de la situació concreta que viu la persona; la manejabilitat, equivalent al component conductual que guiaria el maneig de la situació; i la significativitat, entesa com el component motivacional que donaria sentit a la situació.² Aquestes tres dimensions estan relacionades i interactuen entre elles, fent del SOC una estratègia d'orientació a la vida més que una simple estratègia per afrontar l'estrès (Antonovsky, 1993).

Tenir un SOC fort permet a la persona veure la vida de manera coherent, comprensible, manejable i amb significat, tot aportant confiança i seguretat per identificar recursos d'un mateix o de l'entorn. A la vegada, implica una forma de pensar, de ser i d'actuar que va més enllà d'una opció individual i que es basa en la interacció amb l'entorn.

Els recursos de resistència generalitzada (GRR) són un conjunt de factors biològics, materials i psicosocials que faciliten a la persona percebre la seva vida com a coherent, estructurada i comprensible, i que són efectius per evitar i combatre una àmplia varietat d'estressors. Aquests recursos es poden trobar en les persones o en el seu entorn més immediat.

El que és important és que aquests GRR proporcionen un prerrequisit per al SOC. S'ha identificat que, per desenvolupar un SOC fort, cal que hi hagi disponibles, com a mínim, les activitats significatives, els pensaments existencials, el contacte amb sentiments interiors i les relacions socials.¹ Cal tenir clar que, més enllà de disposar de molts recursos, el que és clau és saber-los utilitzar de manera promotora de la salut i que el SOC és flexible (Antonovsky, 1993).

Antonovsky va desenvolupar una eina per mesurar el SOC, coneguda com a Qüestionari d'Orientació a la Vida, consistent en 29 ítems que mesuraven les tres dimensions del SOC. L'any 1987 va crear una versió reduïda del mateix qüestionari, basada en 13 ítems i coneguda com a SOC-13. Tot i que l'ús de les versions originals és manté en l'actualitat, hi ha investigacions sobre el tema i noves eines de mesura que han anat emergint.

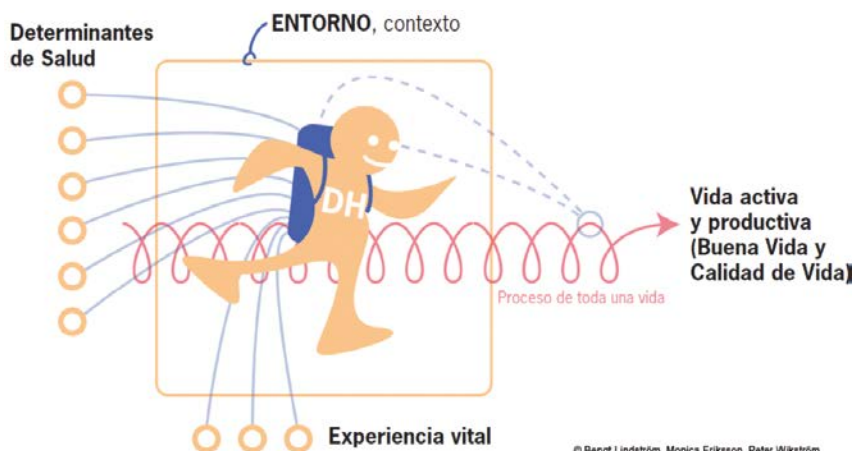
2.4.3. Model salutogènic i promoció de la salut

Com hem vist, el model salutogènic parteix d'una aproximació positiva de la salut que pretén explicar el procés de creació de la salut i a la vegada el manteniment de la salut. Aquesta idea manté una estreta relació amb la conceptualització i la definició de la promoció de la salut.

Segons l'OMS (2009), els elements clau de la promoció de la salut són: la concepció de la salut com un procés continu al llarg de la vida; la salut està influenciada pels determinants socials de la salut; l'empoderament és clau per augmentar el control sobre la salut per millorar-la, i la qualitat de vida com a garantia d'una vida activa i productiva.

Partint d'aquesta idea i amb l'afany d'incloure l'essència de la salutogènesi, podem entendre la promoció de la salut com «el procés que permet a les persones guanyar control sobre els seus determinants de salut i així millorar la seva salut per poder portar una vida activa i productiva» (Lindström, Eriksson i Wikström, 2010). Aquesta concepció de la promoció de la salut es basa en la idea que la persona és activa i participativa en el seu procés de salut. Aquesta definició, a més, ens ofereix una integració dels aspectes més rellevants de la Carta d'Ottawa, els drets humans, l'enfocament dels determinants socials de la salut, l'enfocament de salut al llarg de la vida, i els aprenentatges i les experiències viscudes (figura 3), tot oferint un marc d'actuació per a la salut pública basat en la promoció de la salut.

Figura 3. El nucli de la Carta d'Ottawa. L'individu com a subjecte actiu i participatiu¹



Font: Lindström i Eriksson (2011)

El model salutogènic també manté vincles amb el model d'actius per a la salut (Morgan i Ziglio, 2007). Alguns autors proposen una integració dels dos models partint de la base que hi ha una relació mútua i dinàmica entre els actius per a la salut i el SOC, tot afirmant que el SOC facilita l'ús i la conscienciació dels actius, i que l'ús dels actius té un impacte sobre el SOC. Seguint amb aquesta proposta, els actius per a la salut obtinguts per la persona amb l'ajuda del SOC estarien dipositats a la motxilla que les persones portem al llarg de la nostra vida (figura 3), i disponibles per ser utilitzats a favor de la salut i el benestar de la persona.³

Podríem dir que l'estudi i el desenvolupament del model salutogènic està en evolució, i que van sorgint, a diferents països del món, nous estudis que complementen la teoria inicial d'Antonovsky i aporten informació sobre l'aplicació d'aquesta a diferents àmbits. Des del 2000, s'han publicat nombrosos articles i llibres sobre diferents temes relacionats amb la salutogènesi, a la vegada que s'han impulsat nombroses tesis doctorals centrades en diferents aspectes del model.⁴ Hem d'esperar, per tant, que aquestes investigacions serveixin per consolidar el model salutogènic i motivin la seva incorporació a la planificació de les polítiques públiques de salut i la reorientació dels serveis, apropant-nos a un nou model de salut.

2.4.4. Aspectes clau

La teoria salutogènica va revolucionar el pensament i el model de salut vigent en l'època que Aaron Antonovsky va desenvolupar els seus estudis. Posar el focus en allò que crea salut i no en el que crea malaltia, assumint que la persona té un paper actiu en el seu procés de salut, comporta una nova pràctica en l'àmbit de la salut. Tenir en compte que les persones tenen un SOC que es va construint al llarg de la vida i uns recursos de resistència generalitzada implica una oportunitat, si ho tenim en compte a l'hora d'atendre i treballar aspectes de salut amb les persones.

Com hem vist, la salutogènesi i la promoció de la salut són enfocaments totalment complementaris, ja que se centren a facilitar eines i estratègies a les persones per tal que aquestes augmentin el control sobre la seva salut i els seus determinants. Incorporar-les a la pràctica ens ofereix una gran oportunitat de treballar la salut des d'una aproximació positiva, posant la persona al centre de l'acció.

Bibliografia

1. Lindström B, Eriksson M. Guía del autoestopista salutogénico. Camino salutogénico hacia la promoción de la salud. Girona: Documenta Universitaria. Publicacions de la Càtedra de Promoció de la Salut; 2011.
2. Hernán M, Morgan A, Mena A, editors. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Serie Monografías EASP N°51 [Internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010 [consultat 19 de maig de 2021]. Disponible a: <https://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
3. Pérez - Wilson P, Marcos-Marcos J, Morgan A, Eriksson M, Lindström B, Álvarez-Dardet C. 'A synergy model of health': an integration of salutogenesis and the Health assets model. Health Promot Int. 2021; 36 (3): 884-894. DOI: 10.1093/heapro/daaa084
4. Mittelmark M, Sagy S, Eriksson M, Bauer G, Pelikan J, Lindström B, editors. The Handbook of Salutogenesis. Suïssa: Springer; 2017.

III.

Salut comunitària

3.1.

Introducción a la salud comunitaria

JAVIER SEGURA

3.1.1. Un término polisémico

La salud comunitaria es un concepto, una orientación, un área de trabajo y un modo de acción, dentro de la salud colectiva, que es escurridizo y polisémico, pues se ha utilizado para denotar ideas y prácticas muy diversas. Desde la simple práctica clínica con una mirada contextualizada sobre el vecindario y las condiciones de vida del paciente, hasta los complejos proyectos de desarrollo comunitario de base participativa, orientados a la mejora de la salud de un territorio.

Como veremos, la propia historia del término aboca a la confusión. Muchos textos sitúan su origen en la Conferencia de Alma Ata de 1978 que enunció el concepto de *atención primaria de salud* (APS),¹ por lo que frecuentemente esta no se discrimina de la salud comunitaria. Tampoco de la promoción de la salud, que igualmente invoca la mayoría de los principios y enfoques de la salud comunitaria. Sin embargo, la realidad es que el término fue enunciando y usado muchas décadas antes de 1978 o 1986 (Carta de Ottawa de promoción de la salud).

A veces, la salud comunitaria era un mero sinónimo de salud pública, higiene social o medicina social. Otras, fue usada para nombrar a la atención sanitaria de base territorial, vecinal o incluso, simplemente: «extrahospitalaria». Sin embargo, a partir de la década de 1940 se fueron incorporando a las acciones de mejora de la salud colectiva ciertos conceptos y métodos de la sociología y del trabajo social (organización comunitaria), del desarrollo económico y la cooperación internacional (desarrollo comunitario), de la pedagogía social (educación comunitaria; pedagogía crítica o emancipadora) o de ciertos movimientos políticos que reivindicaban una mayor participación social y el derecho a la salud, como parte de los derechos humanos.

Este déficit en la formación histórica sobre la genealogía del término y de su uso dificulta que el alumnado de las ciencias de la salud que se acerca al concepto de *salud comunitaria* pueda tener el conocimiento suficiente sobre los contextos sociales, políticos e históricos en los que ha ido apareciendo. Ni de las razones por las que, a cada periodo de auge, le ha seguido un periodo de declive, como consecuencia de las reacciones de resistencia y oposición que provocan algunas de estas acciones comunitarias en ciertos actores profesionales, sociales y políticos que tienen un concepto muy diferente de las prácticas de salud.

3.1.2. Un campo de acción conflictivo

Por ello, adelantamos que la salud comunitaria es un enfoque y campo de acción conflictivos, en la medida que busca el cambio social para mejorar la salud; por lo que, bien ejercida, acaba impugnando el *statu quo* del reparto de la riqueza y el poder en un territorio. O, mejor dicho, busca el cambio de los determinantes sociales de la salud, que previamente ha identificado en la fase de análisis, y reducir la brecha de las desigualdades en salud.

Con esto no queremos decir que el o la que se dedique a la salud comunitaria tenga que ser una revolucionaria, sino que tiene que estar preparada para bregar con el conflicto social, y que probablemente (como en cualquier práctica de salud, pero aquí más) tenga que poner en juego sus valores ideológicos sobre la igualdad y la equidad.

Aunque, como hemos dicho antes, también se denominan salud comunitaria las prácticas clínicas que se limitan a conocer alguna información del contexto social del paciente para modular el diagnóstico o el tratamiento clínico, sin considerar que sea de su incumbencia intervenir sobre este contexto.

Asimismo, se bautiza a veces como salud comunitaria la provisión de servicios de salud pública orientados a las personas que viven en un territorio, organizados en programas de prevención de enfermedades (tuberculosis, malaria, ETS, cáncer, obesidad, etc.) o de protección de la salud de grupos vulnerables (embarazadas, mujeres, infancia, escolares, etc.). Muchos de estos programas y actividades tienen un débil componente participativo, se limitan a dar servicios estandarizados y protocolizados (vacunación, exámenes de salud, derivaciones, consejos sanitarios) y apenas impugnan el contexto social de los problemas de salud que quieren prevenir.

3.1.3. La noción de comunidad

Tampoco es extraña esta polisemia, pues las dos palabras que la conforman, salud y comunidad, son igualmente de difícil acotamiento y precisión definitoria. En eso, precisamente, está su atractivo. No obstante, intentaremos acercarnos a una definición operativa, aunque siempre con la conciencia de que no saturaremos nunca ni atraparemos todos sus posibles campos semánticos.

Podríamos hacerlo a partir del concepto de *salud* y del concepto de *comunidad*. El primero ya se ha desarrollado en otros capítulos, por lo que no vamos a detenernos aquí. Nos remitimos a la definición de salud que contiene el primer punto de la declaración de Alma Ata.¹ Respecto al concepto de comunidad, remitimos a varios artículos,²⁻⁴ pero a efectos de síntesis diremos que la mayoría coincide en que la comunidad es un conjunto de personas que habitan un territorio, donde se desarrollan relaciones, vínculos sociales y conductas, determinadas por pautas culturales, valores sociopolíticos y condiciones de vida, que pueden acabar generando un sentimiento de pertenencia (sentimiento de comunidad) y que tienen una importante implicación para el bienestar y la salud de esas personas.

La definición de comunidad que figura en el glosario de promoción de la salud de la OMS⁵ es muy similar:

Grupo específico de personas que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas.

Es decir, la definición de comunidad tiene elementos sociológicos (relaciones sociales, organización social), antropológicos (culturales, usos y costumbres), psicológicos (sentimiento de pertenencia, emociones asociadas al espacio), geográficos (el territorio),* urbanísticos (las infraestructuras presentes), ecológicos

* Se pueden encontrar definiciones de comunidad que no consideran necesario el compartir un territorio. Es decir, es un conjunto de personas que se definen por sus lazos comunes (incluidos sus problemas de salud, en el caso de comunidades o grupos de ayuda mutua de pacientes o familiares), no por el territorio que habitan. En nuestro caso, consideramos que la territorialidad es un elemento fundamental, pues concreta el contexto geográfico e histórico en el que se desarrollan los fenómenos de salud y enfermedad, y sus determinantes sociales.

(interrelaciones de los seres vivos con el medio que habitan), históricos (la historia de ese territorio y sus gentes) y políticos (relaciones de poder y distribución de la riqueza, condiciones de vida).

La salud comunitaria busca analizar colectivamente todos estos elementos, asociarlos a los riesgos y problemas de salud prevalentes, identificar (entre estos elementos constitutivos) aquellos que son o pueden ser activos en salud, y convertir este conocimiento en dinámicas, estrategias y proyectos para la mejora de la salud.

3.1.4. Los límites de la comunidad

Los límites de esa unidad socioterritorial pueden ser muy variados, pero elementos fundamentales para esa delimitación serían: el sentimiento de pertenencia de sus pobladores (la unidad significativa), el lugar donde se realizan las interacciones sociales con una cierta densidad (la unidad de máximo intercambio social significativo) y el objeto de acción comunitaria del equipo de salud (la unidad operativa).

Respecto al primero, decir que, en las ciudades, los barrios definidos administrativamente, a veces, no son los territorios sentidos como «mi comunidad» por sus gentes, que por ejemplo se definen como pertenecientes («yo soy de...») a unidades más pequeñas (colonias, vecindarios, urbanizaciones, comunas, etc.). Probablemente, debido a que son los lugares donde más densidad de relaciones significativas ha tenido en su biografía. Lo mismo ocurre a título rural.

Es decir, una comunidad podría estar limitada por un barrio o un pueblo, pero también por unidades más pequeñas o más grandes (ciudad, comarca, región, nación, etc.), dependiendo del sentimiento de pertenencia, que puede ser múltiple, de sus gentes, y del ámbito de interrelación más pertinente para la acción de salud.

Es importante resaltar que la comunidad no es un sistema autónomo y cerrado, sino, en todo caso, un subsistema de otros sistemas (el barrio respecto a la ciudad, esta con respecto a la nación, y esta respecto a la globalidad, etc.) que lo determinan. Eso supone que cualquier análisis o intervención en la salud de una comunidad debe tener en cuenta los límites y las oportunidades de ese contexto, es decir, en salud comunitaria debemos tener una perspectiva *glocal* (actuar localmente, pero pensar globalmente).

Como hemos mencionado antes, los límites también van a estar determinados por las fronteras del ámbito de la actividad o del proyecto de salud del equipo que actúa en ese territorio, definidos por una demanda social o por un encargo

institucional. Nos referimos al territorio que es significativo no solo para sus habitantes, sino para el objeto de trabajo profesional. Desde ese punto de vista, nuestro ámbito de acción comunitaria puede ser la zona básica de salud de un centro de salud, pero también un pueblo, un barrio o una colonia, donde se está desarrollando una acción comunitaria o desde donde se ha demandado la ayuda del equipo de salud. O bien puede ser un distrito municipal o comarca desde donde la institución está impulsando un proyecto de desarrollo o participación comunitaria.

3.1.5. Homogeneidad, diversidad y cooperación

A veces, pensamos en comunidades como entidades social y culturalmente homogéneas, como son las comunidades definidas por la etnia (comunidad indígena, comunidad gitana) o por el origen migratorio (barrio chino, barrio italiano —*Little Italy*—, etc.). Sin embargo, la heterogeneidad es la norma en casi todos los grupos sociales y territorios, independientemente de las dinámicas homogeneizadoras, o de negación o exclusión de la diversidad. Precisamente, por el origen inmigrante de casi todas nuestras ciudades, forjadas a golpe de sucesivas oleadas históricas, y a pesar de las dinámicas urbanísticas de segregación social y territorial, la diversidad es un elemento fundamental de nuestras comunidades urbanas.

Y, como veremos, uno de los objetivos centrales de la salud comunitaria es buscar la cooperación entre desiguales, lo que el sociólogo británico Richard Sennet⁶ llamó la *cooperación exigente*, pues es bastante más difícil de conseguir que la cooperación entre iguales, que se construye a partir de la diferenciación con el otro y su exclusión. Ejemplos de cooperación entre iguales son las organizaciones de inmigrantes, pero también lo son los exclusivos clubs de campo o casinos, donde las élites sociales se relacionan entre ellas, se acuerdan favores mutuos y facilitan uniones matrimoniales. Otro ejemplo son las despensas organizadas por los grupos ultranacionalistas o sectarios para dar alimentos solo a los «pobres de aquí», o a los que abrazan determinada religión o fe.

Mediante la cooperación entre desiguales conseguimos acumular lo que el sociólogo estadounidense Robert Putnam⁷ llamaba *capital social puente* (*bridging social capital*). Por el contrario, la cooperación entre iguales genera el *capital social cohesivo* (*bonding social capital*) y se basa en la exclusión del diferente (por eso, Sennet denomina *cooperación destructiva* a esta forma de cooperación).

Lo que es importante, volviendo a los conceptos anteriores, es que el sentimiento de pertenencia a un territorio (algunos lo llaman *barrionalismo* o patriotismo de barrio)⁸ se ha generado por los vínculos sociales establecidos y vividos. Y, a veces, las emociones comunes en relación con el mismo espacio son un buen instrumento para favorecer la cooperación entre desiguales que habitan en ese territorio y que tienen intereses comunes en mejorarlo.

Estos elementos de cooperación entre iguales o desiguales tiene una especial importancia en la salud comunitaria, si incluimos en sus objetivos y orientación el análisis de las desigualdades sociales en salud en ese territorio, y la acción para reducir la brecha social que genera esas desigualdades en salud. En este caso, la reducción de la brecha pasa por remover los mecanismos de discriminación social (por clase social, género, etnia, orientación sexual, identidad de género, origen migratorio, etc.) que tienen un notable coste en salud.

Lo cual requiere potenciar la empatía entre grupos sociales: el reconocimiento del otro y la otra, y ponerse en su lugar. En resumen, educar en la diversidad y contra todas las fobias (xenofobia, aporofobia, LGTBI-fobia) que están en el origen de la exclusión y discriminación social.

3.1.6. Un intento de definir la salud comunitaria

Desde estas definiciones de lo que es salud y lo que es comunidad, podríamos aproximarnos a que la salud comunitaria se interesa por las dinámicas del proceso de salud y enfermedad en ese territorio, cómo están determinados social y ambientalmente los problemas y las oportunidades de salud, y cuáles son las acciones a emprender para mejorar, promocionar y proteger la salud colectiva en ese territorio, con el mayor protagonismo posible de la propia comunidad.

Como hemos dicho al principio, la salud comunitaria es a la vez un concepto, una orientación, un área de trabajo y un modo de acción dentro del campo de la salud colectiva. Se acerca a las definiciones de salud pública y de promoción de la salud, pero tiene características propias, relacionadas con la territorialidad y el enfoque participativo.

Debemos advertir que, en los últimos años, han aparecido definiciones de salud comunitaria que se han empeñado en diferenciar la salud comunitaria como fin (resultado de salud o bienestar), del sentido de la acción para conseguirlo (medio). Así se reserva el propio término de salud comunitaria solo para el primero y se usa «acción comunitaria en salud» para designar el esfuerzo colectivo y el conjunto de las metodologías (dinamización de redes sociales) para alcanzar ese fin. Se basan en que en el glosario de promoción

de la salud de la OMS no figura el término de salud comunitaria, sino el de *acción comunitaria para la salud* (traducción de *Community health action*): «La acción comunitaria para la salud se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud».⁵

Así, en la recién publicada guía del Ministerio de Sanidad, *Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida*⁹ encontramos estas dos definiciones en el glosario final:

- Acción comunitaria en salud: dinamización de las relaciones sociales de cooperación entre las personas de un determinado *ámbito* o espacio de convivencia con una triple función transformadora: mejorar las condiciones de vida, reforzar los vínculos y la cohesión social y potenciar las capacidades de acción individual y colectiva.
- Salud comunitaria: expresión colectiva de la salud individual y grupal de una capacidad definida, determinada por la interacción entre las características individuales y familiares, el medio social, cultural y ambiental, así como los servicios de salud y la influencia de factores políticos y globales.

Por nuestra parte, consideramos que esta distinción aporta poco a la comprensión del concepto y puede confundir más, al renunciar a usar un término que ya se ha acuñado y consolidado para definir un campo de acción social y profesional como el de la salud comunitaria (que semánticamente puede abarcar tanto el fin como el medio, es decir, la expresión y el esfuerzo). Como ya lo hace el concepto de salud pública.**

Por otra parte, cuando nos encontramos con los términos *medicina comunitaria*, *enfermería comunitaria*, *psicología comunitaria* o *psiquiatría comunitaria*, lo coherente sería definirlos como los profesionales de esas ramas que tienen la salud comunitaria como marco conceptual, referencial y operativo. Es decir, que practican la salud comunitaria desde sus respectivas funciones y conocimientos profesionales.

** La OMS define la salud pública como: «El arte y la ciencia de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y mantener la salud mental, física y social, además de la rehabilitación ocupacional a través de esfuerzos organizados de la sociedad en sus varios niveles para el saneamiento del ambiente, control de las enfermedades transmisible, educación en higiene personal, organización de servicios médicos y de enfermería y el desarrollo de la maquinaria social para asegurar a cada ciudadano un estándar de vida adecuado para el mantenimiento de la salud. Se focaliza primariamente en la salud de las poblaciones más que en individuos y acepta la responsabilidad social».⁵

Sin embargo, en la realidad no siempre es exactamente así y es otro ejemplo de la polisemia de la salud comunitaria. Así, con frecuencia, la enfermería comunitaria es casi indistinguible de la enfermería de salud pública, tal como la medicina comunitaria lo es de medicina social o salud pública. Igualmente, se utiliza *psiquiatría comunitaria* para nombrar a psiquiatras que trabajan fuera del hospital psiquiátrico.

3.1.7. Lo contrario de salud comunitaria

Podríamos también intentar una definición operativa a partir de sus antónimos, partiendo de lo que no es la salud comunitaria. Desde ese punto de vista, lo contrario de salud es enfermedad, y lo contrario de comunidad podría ser individuo. Es decir, con la salud comunitaria nos referiríamos a una mirada y una acción que se centra más en la salud que en la enfermedad, y cuyo sujeto de trabajo, no son las personas de una en una, sino en relación con los vínculos que establecen con otras personas y grupos sociales (familia, vecindario, amigos, colegas de trabajo, etc.), en un territorio y un momento histórico preciso. Y la relación que tienen estos vínculos, este territorio y estas formas y condiciones de vida con su salud colectiva.

Pasar de operar de la enfermedad a la salud y del individuo a la comunidad es alejarse del modelo de la medicina clínica o la enfermería clínica, que es el referente principal de nuestra formación médica y de enfermería. Esta es una de las razones por las que es tan difícil trabajar la salud comunitaria: requiere dominar habilidades y métodos (también conceptos) que no son los que hemos aprendido en nuestra formación pregraduada, generalmente, muy centrada en el método clínico.

3.1.8. Voluntarismo comunitario

También, frecuentemente, las instituciones sanitarias en las que trabajamos están más orientadas a la atención a la demanda clínica que a la salud comunitaria. Esta, aunque es enunciada entre los valores y orientaciones (¿cuántas veces se ha mencionado e invocado la conferencia de Alma Ata en los capítulos iniciales de los planes y estrategias!), por desgracia no suele formar parte de las prioridades centrales del sistema de salud. El primer indicador que confirma esto es el tiempo disponible en un centro de salud para desarrollar actividades comunitarias, no dependientes de la atención a la demanda.

Por ello, frecuentemente queda como un campo de acción marginal que se delega en los equipos a los profesionales que tienen «más vocación comunitaria», generalmente enfermeras y trabajadoras sociales, como si fuera una cuestión de afición personal más que un modelo de análisis e intervención asumido por la institución. Con esto no queremos decir que la salud comunitaria sea incompatible con la práctica clínica. Todo lo contrario; de hecho, consideramos¹⁰ que la atención primaria de salud fue un intento de introducir la mirada salubrista y comunitaria dentro de la atención sanitaria. De acercar la salud pública a la sanidad asistencial.

3.1.9. Hibridar la clínica con la salud pública

El concepto de *salud comunitaria* es muy anterior a la conferencia de Alma Ata y fue usado, especialmente, en los países anglosajones como un sinónimo de salud pública, higiene social o medicina social. Áreas de trabajo que se diferenciaban de la práctica clínica individual, generalmente en la sanidad privada. Es decir, la salud pública ponía la mirada en la salud colectiva de la población y en las características de su territorio (ciudad, barrio, aldea, nación), y la clínica se limitaba a la persona, sus síntomas y sus órganos. Una era una mirada macro o *zoom out*, es decir, abriendo el foco (de lo particular a lo general o social). Y la otra una mirada micro o *zoom in*, esto es, cerrando el foco (de lo personal a lo orgánico, microscópico, tisular, fisiológico y genético).

¿Podían hibridarse las dos miradas? Ese fue el intento de Alma Ata. Y eso explica el carácter híbrido de la salud comunitaria, en el que pretendemos atender los problemas de salud, pero a la vez contextualizarlos en sus dimensiones sociales y comunitarias, para entender los elementos comunes que favorecen el riesgo de enfermar o la muerte prematura en esa comunidad. Pero también aquellas oportunidades y activos en salud que hay en ese territorio que protegen o promocionan la salud. Y una vez analizados, identificados y entendidos estos determinantes sociales de la salud de esa comunidad, poder abordarlos. Bien sea minimizando o eliminando los riesgos, o bien potenciando los activos en salud.

3.1.10. Salud y bienestar

Acabamos esta introducción señalando que cualquier acción de salud comunitaria es parcial si no considera a otros agentes ajenos al sistema sanitario y la importancia de otros bienes, además de la salud, generadores de bienestar e interrelacionados entre sí. Lo importante, como dice el consultor social vasco Fernando Fantova, es que:

[...] cuando se hable de salud comunitaria o de acción comunitaria en salud, haya un claro reconocimiento de la influencia de otros bienes (la vivienda, el empleo u otros) en el bien «salud» y un reconocimiento de otras tradiciones y campos (los servicios sociales, por ejemplo) en o desde los que se hace también acción comunitaria. Cabría añadir que, contra la definición canónica de salud, el bienestar es justamente la resultante de disfrutar de esos bienes (salud, vivienda, empleo y otros) y que los bienes de los que se ocupan otros agentes (como los servicios sociales, los de seguridad o los de transporte) pueden ser tan importantes como la salud. Es coherente que una médica diga que la vivienda es un determinante de la salud (que tener una buena vivienda es bueno para tener salud), como lo es que una orientadora laboral diga que la salud es un determinante del empleo (que tener buena salud es bueno para tener empleo). Una mayor conciencia de la parcialidad de la aportación del sistema sanitario haría al personal del sistema de salud más consciente de cuál es el punto en el que, en la acción comunitaria y en general, toca a otro agente o toca a varios agentes.***

Bibliografía

1. OMS. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud [Internet]. Alma-Ata: URSS (6-12 de septiembre de 1978). Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
2. OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [Internet]. Ottawa: Canadá. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
3. Carvajal A. Sobre el concepto de comunidad. En: Carvajal A. Apuntes sobre desarrollo comunitario [Internet]. Málaga: Eumed.net, Universidad de Málaga; 2011. p. 8-25. Disponible en: http://biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/elibros_internet/55714.pdf
4. Segura J. La noción de comunidad y el equipo de salud. Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales. 1995; (2): 33-45.
5. OMS. Promoción de la Salud. Glosario [Internet]. Ginebra: OMS; 1998. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
6. Sennet R. Juntos: rituales, placeres y políticas de cooperación. Barcelona: Anagrama; 2012.
7. Putnam RD. Bowling alone: The Collapse and Revival of American Community. Nueva York: Simon & Schuster; 2001.

*** Correspondencia personal con Fernando Fantova, 28 de agosto de 2021.

3.1. INTRODUCCIÓN A LA SALUD COMUNITARIA

8. de la Cruz L. Barrionalismo. Decordel; 2018.
9. Ministerio de Sanidad. Acción Comunitaria para ganar Salud...o cómo trabajar en común para mejorar las condiciones de vida. Madrid: Ministerio de Sanidad, Secretaría General Técnica; 2021.
10. Segura J. Salud pública, atención primaria y salud comunitaria: tres ramas del mismo árbol. Gac Sanit. 2021; 35 (2): 107-108. DOI: 10.1016/j.gaceta.2020.07.004

3.2.

Principios y dimensiones de la salud comunitaria

JAVIER SEGURA

3.2.1. Introducción

Intentaremos en esta sección aprehender mejor la salud comunitaria a partir de describir algunos principios, valores, ideas y dimensiones que están detrás de su práctica. Es un ejercicio de deconstrucción para que cada una mire las piezas separadas y las arme como le convenga en su área de acción.*

3.2.2. La atención a la salud basada en la demanda tiene unos límites

La salud comunitaria surge de la reflexión sobre los límites que tiene la atención a la salud basada en la demanda. La imagen de una consulta individual, protagonizada por la relación médica-paciente, es la que nos resultará más familiar al pensar en los servicios de salud. Sin embargo, esta consulta tiene unas limitaciones, que se resumen en tres puntos:

- a. Las personas que consultan no son siempre las que más lo necesitan, es decir, hay una diferencia entre demanda y necesidad.
- b. Los problemas de salud individuales están relacionados con el contexto familiar, comunitario y laboral.

* Texto basado en su mayor parte en la ponencia presentada en el Foro Internacional sobre la Soledad, la Salud y los Cuidados, organizado por el Ayuntamiento de Madrid y celebrado en Madrid, entre el 21 y 23 de noviembre de 2018.

- c. Las enfermedades y los riesgos en salud están determinados socialmente, por lo que las soluciones no pueden estar solo basadas en los medicamentos y los consejos individuales, instrumentos más a mano del profesional, sino que también tienen que ser sociales.

3.2.3. Las desigualdades sociales en salud como objeto de trabajo

Esta determinación social de la enfermedad da lugar a diferencias en salud injustas y evitables, que se denominan desigualdades sociales en salud y que habitualmente quedan escondidas. Afloran en mapas como el que refleja una diferencia en esperanza media de vida de más de nueve años entre los barrios más ricos y más pobres de Madrid, o en gráficos como los resultantes del análisis de la Encuesta Nacional de Salud, que muestran un gradiente según clase social, en la prevalencia de los principales problemas crónicos de salud (hipertensión, colesterol alto, artrosis, diabetes, depresión crónica, etc.). Solo si tenemos en cuenta estas desigualdades sociales en salud en nuestra práctica, podremos ser eficaces en disminuir la carga de enfermedad y las muertes prematuras del territorio o la comunidad que atendemos.

3.2.4. De las batas a las botas

Este lema «de las batas a las botas» sintetiza la «Estrategia Barrios Saludables»¹ desarrollada en el municipio de Madrid por los dieciséis centros municipales de salud, cuyos profesionales, de vez en cuando, desvían su mirada de la sala de espera (la demanda), *se quitan la bata*, prenda que simboliza el referente médico-clínico, y *se ponen las simbólicas botas* para salir a la comunidad, patear y conocer el barrio (su necesidad), encontrarse y aliarse con otros actores al servicio de la salud de esos barrios. Como veremos luego es un cambio de mirada, pero también un cambio de los encuadres y escenarios habituales de trabajo propios de la clínica.

Este cambio de mirada supone un importante proceso de cambio en el que hay que operar con nuevos conceptos como *barrio*, *vida cotidiana*, *malestares*, *activos en salud*, etc., pero también reconocer los límites de la acción desde el sector sanitario.

3.2.5. La necesidad de alianzas

El profesional sanitario no puede ni debe aspirar a que va a conseguir ciertos objetivos de salud comunitaria solo (o sola), y desde su exclusivo saber profesional o sector sanitario. Aunque cualquier impulso voluntarista tiene mérito, mal dimensionado aboca a la frustración, la ineficiencia, y al aumento de la legión de profesionales quemados y desilusionados con la salud comunitaria que pueblan nuestros centros de salud, hospitales y oficinas. Los cambios que pretende la salud comunitaria son cambios psicológicos, sociales, culturales y ambientales de una gran complejidad y que, además, desafían los privilegios de potentes enemigos.

Se necesita la confluencia de saberes de diferentes disciplinas y profesiones, además de conseguir la complicidad de múltiples actores y actrices que habitan o tienen importantes influencias en un territorio. Por eso, cualquier proyecto de salud comunitaria necesita: (desde lo profesional) equipos multiprofesionales e interdisciplinarios; (desde lo institucional) transversalidad intersectorial (sectores sociales, sanitarios, educativos, urbanísticos, medioambientales, deportivos, consumo, etc.); (desde lo político) un espacio participativo y democrático que tenga en cuenta la mayoría social y sus prioridades, junto con el respeto de las minorías. En estos espacios se deben trabajar, a la vez, los conflictos de poderes y las resistencias al cambio, encontrando la ventana de oportunidades que identifique el cambio posible en ese momento y ese contexto.

La realidad es que es muy difícil que nos encontremos de inicio con todos estos elementos de interdisciplinariedad, intersectorialidad y participación social. Lo cual no debe paralizarnos, sino empujarnos a buscar las alianzas que sean accesibles y, a partir de ellas, ampliarlas. Por ejemplo, puede que no haya educadoras sociales, mediadores socioculturales, artistas, nutricionistas, técnicos deportivos o arquitectos en nuestro equipo de salud o institución, pero podemos articular nuestra acción con otras instituciones u organizaciones donde tengan presencia estos profesionales. Asimismo, lo más probable es que no haya espacios vecinales institucionalizados de gobernanza participativa, pero seguro que hay pequeñas experiencias de asociaciones o redes vecinales con vocación comunitaria que debemos identificar y potenciar.

3.2.6. El barrio¹ como escenario básico del proceso salud y enfermedad

Hablar de comunidad en una ciudad es hablar de barrio. El barrio es el territorio significativo para quien lo habita, fronterizo entre el mundo privado y el público, donde se desenvuelve la vida cotidiana y se construyen las relaciones y los vínculos sociales. En el barrio es donde se forjan las conductas más importantes

para la salud (relacionadas con la alimentación, la actividad física, la sexualidad, el ocio, las adicciones, etc.). En el barrio es donde se pueden desvelar las desigualdades en salud determinadas por clase social, género, etnia, situación migratoria, laboral, orientación sexual, etc., y donde se puede intervenir sobre ellas. Intervención facilitada cuando la significación de este territorio para sus habitantes genera un sentimiento de pertenencia (*barrionalismo*) y solidaridad, especialmente entre los diferentes (*cooperación exigente*), como dijimos antes.**

La práctica de salud comunitaria hace imprescindible el conocimiento en profundidad de ese escenario: conocer bien la geografía, la historia y la sociología de ese barrio, más allá del conocimiento parcial que se obtiene con las visitas domiciliarias.

El otro escenario fundamental para la salud es el ámbito laboral. Es el lugar donde se trabaja, se pasan muchas horas, se establecen importantes vínculos sociales y sobre el que se construye una identidad social. Trabajo, tiempo, vínculos e identidades que tienen importantes implicaciones para la salud. Aunque la acción en el ámbito laboral (prevención de riesgos laborales y promoción de la salud laboral) generalmente está separada de la salud comunitaria,³ siempre tiene que tenerse en cuenta, pues son las mismas personas las que transitan cotidianamente entre el ámbito residencial y el laboral.

3.2.7. El valor de la vida cotidiana

De ser expertos, como profesionales sanitarios, en lo que rompe la normalidad, en lo extraordinario (una enfermedad o un brote epidémico), pasamos como profesionales de la salud comunitaria a interesarnos por lo ordinario, lo repetitivo, lo normal: los modos y las condiciones de vida del vecindario. Es decir, la vida cotidiana.¹

Los hábitos (nocivos o positivos) de salud se generan en la vida cotidiana del barrio, tanto en el espacio privado (la casa), como en el público (la calle). La mayoría de los hábitos están asociados a los cuidados y, por lo tanto, a ese mundo reproductivo femenino. En casa aprendemos las pautas de alimentación y de higiene, incluido el sueño y la limpieza corporal (ducha, lavado de manos,

** Como hemos dicho antes, la «unidad territorial significativa» sobre la que operamos en salud comunitaria puede ser diferente al barrio: en el medio rural, puede ser un pueblo o una comarca, en el medio urbano, puede ser una colonia, urbanización o barrio que no coincide con el barrio administrativo. Por eso, al leer el texto, se debe sustituir la palabra «barrio» por la que proceda.

cepillado de dientes, etc.).^{***} Aprendemos a familiarizarnos con los signos y los lenguajes del cuerpo enfermo: a tomar la temperatura, a bajar una fiebre, a abordar un problema digestivo: a aplicar los remedios caseros antes de «ir al médico». Sabiduría y remedios transmitidos de madres a hijos e hijas, y de estas últimas, a sus hijos e hijas.

También se aprende cómo cuidar a las personas mayores y discapacitadas, a lavarlas, a cambiarles de postura, a alimentarlas, a darles la medicación, etc. Este conocimiento del cuidado sin embargo se transmite fundamentalmente de madres a hijas (cuidadoras) y mucho menos de madres a hijos. En la calle, sin embargo, aprendemos otros hábitos y habilidades para la vida, especialmente a juntarnos y relacionarnos con otros y otras.⁴

Los problemas y las preocupaciones de la vida cotidiana tienen un gran potencial de generar vínculos y dinámicas participativas para resolverlos. A partir de estas dinámicas, enfocadas a resolver problemas cotidianos concretos (alimentación, vivienda, educación, crianza, trabajo, etc.), pueden surgir reflexiones sobre los determinantes sociales de los mismos y cómo abordarlos. Esto es especialmente importante en el caso de las mujeres, que siempre son atraídas más fácilmente a procesos participativos centrados en preocupaciones ligadas «al espacio propio» de la reproducción y la cotidianidad, determinados por su rol de género.⁵

Sin embargo, la vida cotidiana no suele ser objeto de atención de los dispositivos de salud, a pesar de la importancia que tiene en el desarrollo de esas habilidades para la vida y, por lo tanto, para la salud, o en la generación de vínculos de apoyo mutuo. En el caso de la salud comunitaria, es imprescindible tener una mirada antropológica sobre sus ritmos, escenarios y guiones.

3.2.8. De los riesgos a los activos en salud

Asimismo, debemos pasar del enfoque clásico de la salud pública, centrado en los riesgos y déficits de salud (es decir, de ver la comunidad como un vaso medio vacío), a interesarnos por los activos en salud (a verla como un vaso medio lleno). Es decir, complementamos el conocimiento que nos enseñaron de la *patogénesis* (cómo se produce la enfermedad), con el de la *salutogénesis* (cómo se genera y conserva la salud). Se concreta en la pregunta: ¿qué es lo

^{***} Frecuentemente, no coincide el lugar de residencia (la comunidad) con el lugar de trabajo.

que hace esta comunidad (barrio) *más sana y más fuerte* y en el instrumento de los mapas de activos de salud? La salud comunitaria combina el uso de mapas de riesgo y vulnerabilidad con mapas de activos en salud.

3.2.9. De las enfermedades a los malestares de la vida cotidiana

Pero incluso cuando abordamos los problemas de salud, también tenemos que cambiar la mirada: de las enfermedades a los malestares de la vida cotidiana. Mirta Cucco los define como «los malestares que la gente sufre y habitualmente no analiza ni cuestiona porque los considera normales, por lo que no generan demanda explícita ni intervención específica, quedando la mayor parte de las veces en tierra de nadie».⁵

Frecuentemente, se manifiestan más intensamente en los momentos críticos vitales (crianza, adolescencia, pareja, separación, jubilación, desempleo, nido vacío, final de vida, duelo, etc.). Identificarlos en ese momento permite un abordaje eficiente desde el punto de vista preventivo, no solo para la salud mental, sino también para la salud física y el bienestar social.

3.2.10. De las pautas de conducta al cruce de saberes

El cambio no solo es de mirada, sino de forma de intervenir: pasar de dictar las pautas de conducta (sobre hábitos higiénicos) a favorecer el *cruce de saberes*, es decir, abrir espacios donde se confronta nuestro saber profesional con el saber del vecino o la vecina, expertos en los límites que pone la vida cotidiana al cambio de conductas, y como fruto de esta dialéctica de saberes surgen nuevas alternativas de cambio en el barrio.

3.2.11. Las personas y sus comunidades deben ser las protagonistas del cambio

La salud está determinada social, psicológica y culturalmente, pero las personas y las comunidades tienen la posibilidad de modificar esa determinación con el esfuerzo individual y colectivo. Sin embargo, frecuentemente necesitan ayuda (profesional e institucional) para iniciar y completar este cambio.

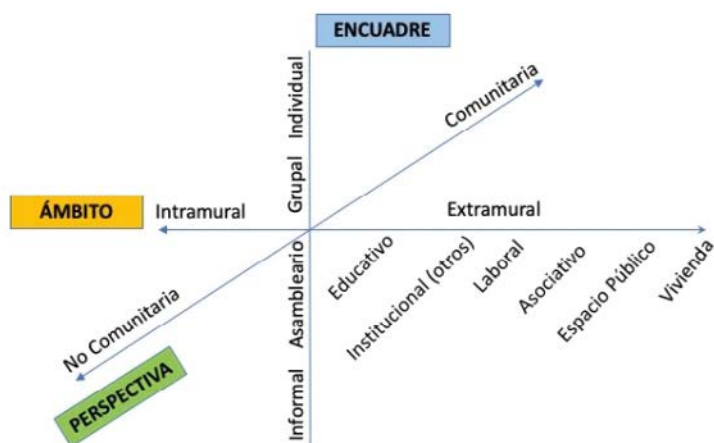
La práctica de la salud comunitaria se basa en lo que Mike Newell, uno de los ideólogos de las conferencias de Alma Ata de APS, denominó «ayudar a la gente a ayudarse a sí misma». ⁶ Favorecer y escuchar la expresión local de la necesidad, aprovechar al máximo los recursos locales existentes y guiarse por las prioridades decididas por la propia comunidad en función de ese conocimiento cotidiano que posee debe ser el patrón de acción en la salud comunitaria, en vez de imponer prioridades y soluciones.

Esta escucha y respeto al saber, la autonomía y la soberanía de la gente se debe ejercer en todos los niveles y encuadres de la salud comunitaria: desde la consulta individual o los talleres grupales hasta los procesos de organización comunitaria.

3.2.12. Perspectiva, ámbito y encuadre: las tres dimensiones de la salud comunitaria ⁷

¿Cómo definimos el trabajo comunitario? ¿Qué es y qué no es «comunitario»? ¿Es todo aquello que no es individual ni grupal? ¿«Comunitario» es lo que se hace fuera del centro de salud? ¿Hay actividades individuales que pueden considerarse comunitarias? ¿Hay actividades fuera del centro de salud que no se pueden considerar comunitarias? ¿Cuándo se puede considerar comunitaria una actividad grupal? ¿Cuándo se realiza fuera del centro de salud?

Figura 1. Lo «comunitario» según el esquema tridimensional (perspectiva-encuadre-ámbito)



Fuente: elaboración propia

Como alternativa a la categorización de individual, grupal y comunitaria, de amplio uso en la salud comunitaria y el trabajo social comunitario, consideramos más operativo un esquema nuevo a partir de tres dimensiones: perspectiva, encuadre y ámbito, que definen respectivamente la **mirada**, las **reglas** y el **lugar** de la acción.

- a. La **perspectiva** se refiere al tipo de **mirada** utilizado a la hora de trabajar en un encuadre y un ámbito determinados, analizar un problema u oportunidad de salud y proponer una acción para abordarlo. Determina en qué elementos se fija y en cuáles no. La mirada está relacionada con el referente epistemológico, con la concepción de salud y enfermedad, con lo que se considera procedente o improcedente en la práctica profesional, con su modelo ético y con la magnitud del campo de decisión que se deja al no profesional (personas usuarias o del vecindario). Cada perspectiva tiene un tipo de herramientas o metodologías de análisis e intervención asociadas. Asimismo, ciertas perspectivas privilegian encuadres y ámbitos de trabajo específicos.

En lo que nos atañe, diferenciaremos principalmente dos tipos de perspectivas:

- Perspectiva comunitaria: contextualiza los problemas, conductas u oportunidades de salud, aunque se presenten como individuales o grupales, en la realidad de la comunidad donde viven o trabajan las personas, y en sus determinantes psicosociales y ambientales. Tiene en cuenta este contexto a la hora de analizar el problema o la situación, así como a la hora de proponer soluciones o acciones para mejorar la salud. Es una mirada holística que evita el reduccionismo (médico, psicológico o social) y especialmente la medicalización de lo social, aunque pretenda proponer soluciones concretas y específicas a la persona que demanda.
- Perspectiva no comunitaria: apenas considera el contexto de la persona o el grupo que atiende. Tiene como referente epistemológico la historia natural de la enfermedad: los problemas son individuales, universales y fundamentalmente biológicos. Hay que encontrar qué ha fallado en el sistema anatomofisiológico del cuerpo de una persona. Los remedios también son individuales, biológicos y universales. Es una visión asocial y abiográfica que no considera la determinación social de la enfermedad o la historia y las características de la persona, más allá del interés por sus antecedentes familiares (en busca de explicaciones genéticas), sus conductas de salud y la capacidad para entender los consejos dictados para cambiarlos.

- b. El **encuadre** es definido por las **reglas** espaciotemporales que determinan la relación del profesional con la población que atiende. Define quién o quiénes se juntan con quién o quiénes, dónde, durante cuánto tiempo y cuántas veces, para hacer qué. Los encuadres formales más claros (más reglados) son los individuales y los grupales. Pero existen otros encuadres que no son individuales ni grupales, bien por abarcar un número de personas que superan un grupo, que podríamos denominar *encuadre asambleario*, bien por su informalidad (encuadres informales). Trabajar en la informalidad es muy importante en la acción comunitaria: saber organizar y acompañar en un paseo saludable, saber acercarse a un banco para ganarse la confianza de los jóvenes allí sentados, saber trabajar en una plaza, un parque, un mercado o en una fiesta local. Es decir, acercarse con otros lenguajes y actitudes a los espacios de la vida cotidiana del barrio. Trabajar en la informalidad no implica no usar un método. El arte se mueve muy bien en la informalidad al desafiar lo procedente, usar lenguajes universales inclusivos y estimular la creatividad y la innovación social.
- c. El **ámbito** se refiere al **lugar** o el escenario donde se lleva a cabo la actividad. Una de las confusiones más frecuentes es considerar que lo comunitario es todo lo que no es ni individual ni grupal (lo que no se hace en una consulta ni en un grupo o taller), y especialmente lo que se hace fuera del centro. Se confunde, pues, perspectiva (comunitaria) con encuadre (el que no sea individual ni grupal) y con ámbito (extramural). Este eje del ámbito tendrá, por lo tanto, dos categorías básicas: ámbito intramural y ámbito extramural.
 - **Ámbito intramural:** es el del centro de salud o dispositivo donde trabajamos y desde donde ofrecemos nuestros servicios. Es «el adentro» en relación con un «afuera» que se mueve con otras lógicas. Es un espacio, en principio, diseñado para facilitar nuestro trabajo: lugar para la recepción, lugar para la espera, lugar para la consulta, lugar para la reunión, etc.
 - **Ámbito extramural:** se define simplemente por ser «el afuera»; por ello, abarca ámbitos muy diversos que debemos diferenciar. Es un espacio menos controlado por nosotros y nosotras, no se rige por nuestras normas ni nuestros tiempos. No es del dominio de nuestra institución. No es el espacio que *nos inviste* (con la bata y la autoridad correspondiente). Estamos en territorio ajeno, incluso a veces lo sentimos como hostil. Nos sentimos vulnerables. Pero el afuera no siempre es la calle. Podemos diferenciar entre:
 - **Ámbitos institucionales:** educativo (formal e informal), laboral, penitenciario, de otras instituciones (socio sanitarias, deportivas o culturales).

- Ámbitos asociativos (los lugares del vecindario organizado).
- Ámbitos de coordinación (cruce de saberes profesionales) o de participación (cruce entre saber lego y saber profesional).
- Ámbitos del espacio público (calle, plaza, parque, etc.).
- Vivienda y portal (ámbito privado).

El entrecruzamiento de estas tres dimensiones nos da una rejilla sobre la cual podemos situar las principales actividades y configurar una cartografía comunitaria o, mejor dicho, una cartografía de lo comunitario y lo no comunitario. Por ejemplo, una «charla» en un aula de colegio, con enfoque de «instrucción sanitaria», es una actividad en un ámbito extramural, con encuadre grupal, pero probablemente sin perspectiva comunitaria.

Podemos concluir que, aunque es cierto que el trabajo comunitario también puede ser ejercido en encuadres individuales y ámbitos intramurales (siempre usando una perspectiva comunitaria), esto no es suficiente. Hay que dar un salto que implica cuatro cuestiones: salir a la comunidad, un *con quién* (trabajar con otros y otras), un *cómo* (escucha activa y protagonismo de la ciudadanía) y, sobre todo, un *para qué* (aumentar el control colectivo de la salud). Y esto es lo que pretende precisamente significar el lema «de las batas a las botas».

Limitarse a trabajar fundamentalmente en ámbitos intramurales con perspectiva comunitaria es lo que define algunos servicios públicos con orientación comunitaria (incluidos, algunos centros de APS, de salud mental o de atención social primaria) y, aunque no deja de ser un trabajo valioso, los diferencia de aquellos que abarcan ámbitos y manejan encuadres más variados y complejos, incluso dinamizan o se implican en procesos de desarrollo u organización comunitaria, a partir de sus saberes y habilidades en salud.⁸

Bibliografía

1. Segura J [Internet]. El video resumen «De las batas a las botas» (proceso de reorientación comunitaria de los CMSc de Madrid, 2008-2019). Salud Pública y otras dudas; marzo 2020. Disponible en: <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2020/03/07/el-video-resumen-de-las-batas-a-las-botas-proceso-de-reorientacion-comunitaria-de-ls-cmsc-de-madrid-2008-2019/>
2. Heller A. Sociología de la vida cotidiana. Barcelona: Península; 2004.
3. Segura J [Internet]. El barrio de los cuidados (2.ª parte): hábitos de salud y vida cotidiana. Salud Pública y otras dudas; febrero 2019. Disponible en: <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2019/02/12/el-barrio-de-los-cuidados-2a-parte-habitos-de-salud-y-vida-cotidiana/>

3.2. PRINCIPIOS Y DIMENSIONES DE LA SALUD COMUNITARIA

4. Fassin, D. Más allá de los mitos: la participación política de las mujeres de sectores populares en Ecuador. En: Menéndez EL, Spinelli H, coord. Participación Social ¿Para qué? Buenos Aires: Lugar editorial; 2006. p. 165-180.
5. Cucco M. Intervención sobre los malestares de la vida cotidiana. Nuevos escritores; 2010.
6. Lisios S. Kenneth Newell: el comadrón de la atención Primaria de Salud. Medic Soc. 2021; 14 (1): 29-38.
7. Segura J. Individual, grupal y comunitario: revisando un esquema de la Salud Comunitaria [Internet]. Comunidad. 2019-2020; 21(3):1. ISSN: 2339-7896. Disponible en: <https://comunidad.semfyc.es/individual-grupal-y-comunitario-revisando-un-esquema-de-la-salud-comunitaria/>
8. Segura J. Perspectiva, Encuadre y Ámbito. Un esquema alternativo para operar en Salud Comunitaria [Internet]. Tres Cantos: Ediciones Salud Publica y otras dudas; 2020. Disponible en: https://saludpublicayotrasdudas.files.wordpress.com/2020/06/perspectiva-encuadre-y-c3a1mbito_libro_jun-2020.pdf

3.3.

Participación comunitaria

JAVIER SEGURA

3.3.1. La prueba del algodón

El concepto y el ideal de práctica de la salud comunitaria siempre ha ido asociado al concepto de participación, nombrada tanto como participación social o participación comunitaria. Ha sido siempre *la prueba del algodón* para diferenciar una acción de salud pública (que suele organizarse con una racionalidad y enfoque «de arriba abajo») de una acción de salud comunitaria (donde la participación y la búsqueda de la máxima horizontalidad son principios básicos). Sin embargo, en la realidad pocos profesionales han participado en procesos estructurados de participación comunitaria, por lo que esta se ha convertido a veces en un ideal inalcanzable que abocaba a la frustración del profesional y del equipo de salud; y, a veces, a su rechazo como un ideal utópico. Otras veces, se ha hecho pasar por participación comunitaria a dinámicas institucionales de simple consulta a usuarios o personas no profesionales.

La conferencia de APS de Alma Ata (1978) consolidó la idea de participación comunitaria en salud y pretendió convertirlo en un modelo universal asociado a los servicios de salud. Sin embargo, como ocurre con la salud comunitaria, el concepto de participación comunitaria es muy anterior, y lo único que hizo Alma Ata es ligar las concepciones y metodologías de organización comunitaria y desarrollo comunitario, en los que el componente participativo (en sus diferentes expresiones) estaba implícito, a la reorganización de los servicios sanitarios o médicos.

Para entender los límites y oportunidades de la participación comunitaria en el presente y los diferentes enfoques implícitos, necesitamos tener una perspectiva histórica de este entrelazamiento y convergencia entre conceptos como *organización comunitaria*, *desarrollo comunitario* y *salud comunitaria*, y su relación con la salud pública y la atención primaria de salud.

3.3.2. Salud comunitaria, organización comunitaria, desarrollo comunitario: historia de una convergencia

La expresión salud comunitaria la podemos encontrar ya a finales del siglo XIX y principios del siglo XX para designar centros de salud que trabajaban en los vecindarios (*community health* o *neighborhoods health centers*)¹ de las grandes ciudades de Estados Unidos. Eran herederos de los dispensarios caritativos,² que también se llegaron a denominar *comunitarios*, para significar que daban atención sanitaria fuera del hospital (como se ha dicho antes, a veces *comunitario* es un mero sinónimo de *extrahospitalario*). Eran dispositivos que surgen para satisfacer las necesidades de las masas populares inmigrantes de las ciudades industriales. Es decir, para atender la llamada *cuestión social*.

Como tal, surgen en paralelo a los propios servicios de salud pública, que acaban combinando actuaciones sobre el medio (saneamiento) con actividades preventivas dirigidas a las personas. Frecuentemente, estas actuaciones sobre las personas (vacunaciones, campañas contra enfermedades infecciosas, educación sanitaria, etc.) se proveían desde estos dispensarios o centros de salud comunitarios.

La cuestión social también dio como resultado los centros sociales comunitarios y el propio trabajo social, que en países como Estados Unidos adquirieron una importante influencia, merced a movimientos como el *Settlement*, y figuras como Jane Addams^{3,4} y Marie Ellen Richmond, consideradas las pioneras del trabajo social comunitario y de caso, respectivamente. La acción social y la acción sanitaria frecuentemente se entrelazaban y confundían, como ocurre en el caso de Lilian Wald,⁵ a su vez considerada la madre de la enfermería comunitaria y perteneciente al mismo movimiento *Settlement*.

El elemento participativo de estos centros generalmente se limitaba a tener en cuenta las características culturales de las comunidades de inmigrantes que habitaban estos barrios y practicar una relación empática que tuviera en cuenta su dignidad, diversidad y sus condiciones de vida, preparándolas para ser buenos ciudadanos que conocieran y proyectaran los valores de la democracia norteamericana, mientras se mejoraba a través de las reformas sociales.

Sin embargo, hay iniciativas pioneras de participación comunitaria en salud más ambiciosas a cargo de profesionales y activistas ligados a movimientos políticos y sindicales. Una muestra es el Plan de la Unión Social de Milwaukee (1911) a cargo del matrimonio Wilbur y Elsie Phillips,⁶ pioneros del partido socialista de Estados Unidos, que pusieron en práctica un modelo de acción comunitaria que combinaba la atención materno-infantil con la organización vecinal por manzanas,

y que rápidamente fue yugulado al cambiar la administración política de la ciudad. En la década de 1930, merced a las reacciones políticas y corporativas, estos centros vecinales quedaron reducidos a la mera atención sanitaria.

Sin embargo, fuera del sector sanitario, en el periodo de entreguerras (entre las dos guerras mundiales) van surgiendo propuestas de organización comunitaria muy relevantes, que, como veremos, posteriormente (de los años 50 hasta la conferencia de Alma Ata de 1978) serían adoptadas por el propio sector sanitario.

Para autores como el sociólogo peruano Giovanni Bonfiglio,^{7*} hay dos líneas y tradiciones en las concepciones de acción comunitaria: una es que se organiza alrededor del concepto de *organización comunitaria*, promovida por los servicios sociales, principalmente estadounidenses, y aplicada al mundo urbano desarrollado desde los años 20 del siglo pasado. La segunda es el *desarrollo comunitario*, promovido por los administradores coloniales, principalmente británicos (Oficina Colonial británica), para designar técnicas de organización y dinamización del mundo rural de los países subdesarrollados, que adquirieron aún más vigencia como modelo de administración del periodo poscolonial.

Después de la II Guerra Mundial, el modelo de desarrollo comunitario es incorporado por las organizaciones internacionales, reforzado por las concepciones imperantes de desarrollo económico y humano, que pasan a formar parte de su vocabulario y planes. Son arrastradas hasta la conferencia de Alma Ata de finales de los 70, donde impregnan la propuesta de APS.

La diferencia entre organización comunitaria y desarrollo comunitario es difícil de distinguir. Llegan a usarse indistintamente, especialmente, en el periodo de los 60 y 70, cuando convergen con las aspiraciones de los movimientos nacionalistas y revolucionarios del llamado Tercer Mundo, que reivindican la liberación de la dominancia económica y cultural del colonialismo y un desarrollo social y económico respetuosos con las tradiciones locales, adaptado a los recursos propios y enfocado a una mayor justicia social. Es una época que, en el caso de Latinoamérica, recibe bastantes influencias de la revolución cubana, la revolución china (médicos descalzos), la teología de la liberación, los movimientos cristianos de base, las ideas de la pedagogía social crítica, como las de Paolo Freire⁸ en Brasil, y de la antropología social y cultural. De alguna forma, recogen la tradición antes mencionada de los movimientos políticos urbanos del siglo XIX (socialismo y anarquismo principalmente), que consideraban la participación social como un instrumento para la revolución social.

* Muchos de los que habían aplicado estas ideas de organización comunitaria al campo de la salud, tampoco pueden participar en la Conferencia de Alma Ata, reunión que pretendía da a conocer ejemplos de buenas prácticas que justificaran el nuevo modelo.

En este contexto surgen nuevos desarrollos teóricos y metodológicos de organización comunitaria, como los de Investigación-Acción-Participación⁹ que debemos a los colombianos Fals Borda y Camilo Torres,¹⁰ y la aplicación del desarrollo comunitario a este contexto, como los del argentino Ezequiel Anders-Egg y sus propuestas de animación sociocultural.¹¹ Aunque también son fertilizadas por reflexiones del mayo francés de 1968 sobre el poder-saber, las organizaciones sociales y las instituciones.

La mayoría de las experiencias latinoamericanas que surgen de estos enfoques son abortadas por las sangrientas dictaduras militares que surgen a lo largo de la década de los 70 en ese continente, y muchos de sus impulsores son asesinados o tienen que exiliarse. Así llegan a Europa y a España muchas de estas ideas, métodos y pensadores en un momento histórico (finales de 1970 y 1980) en que la recién recuperada democracia española está haciendo la reforma de los servicios de salud, muy influida por las ideas de la Conferencia de Alma Ata (1978).

Un ejemplo es la fértil aportación del trabajador social italiano Marco Marchioni,¹² del antropólogo argentino exiliado en México Eduardo Menéndez¹³ o del psiquiatra argentino Armando Bauleo.¹⁴ Formaron durante la década de los 80 y 90 a cientos de profesionales y equipos de salud, trabajo social y educación social en procesos comunitarios, enfoques antropológicos y dinámicas grupales y contrainstitucionales. Había una demanda profesional e institucional de desarrollar el mandato de participación comunitaria de APS, que difícilmente podía ser satisfecha desde la academia española.

Sin embargo, en muchas otras ocasiones las concepciones de participación comunitaria han sido asumidas e importadas como «tecnologías» en los servicios sociales y de salud, sin conocer bien sus orígenes y lógicas históricas y, por ello, tampoco sus contradicciones y dificultades de aplicación.

Además de la organización comunitaria y el desarrollo comunitario hay una tercera tradición de acción colectiva local que es la de la propia salud pública o medicina social, cuyos orígenes ya hemos descrito antes y que en países como Reino Unido llega a cambiar de nombre por *medicina comunitaria* a mediados del siglo xx, para huir de la temida asociación del adjetivo «social» a socialismo. La enfermería de salud pública también había hecho su transición a la *enfermería comunitaria*.

Desde el periodo de entreguerras, hay iniciativas por parte de la Fundación Rockefeller y de la Liga de Naciones para desarrollar en países pobres proyectos piloto de servicios médicos básicos, no dependientes de la medicina privada, adaptados a los recursos y necesidades locales y con aspiración de convertirse en un modelo de servicio nacional de salud.¹⁵

Con la descolonización y las dinámicas que siguieron a la posguerra, las renovadas organizaciones internacionales (ONU, Unicef, Unesco, OMS, OIT, BM) retoman su interés por encontrar modelos sanitarios alternativos al costoso modelo clínico basado en la disponibilidad de sofisticada tecnología sanitaria y farmacéutica, inasumibles para las nuevas naciones y con pobres resultados en términos de salud pública. Ahí se funden progresivamente el desarrollo comunitario con la salud pública. También sus orientaciones de la participación comunitaria aplicada a la salud.

Basta recordar que los ideólogos de Alma Ata habían trabajado en países del Tercer Mundo. El director general de la OMS, Halfdan Mahler, había trabajado en Ecuador y luego en el programa antituberculoso de la India, donde el desarrollo comunitario tuvo la máxima expresión durante el gobierno de Nehru de 1950 y en el que el componente sanitario era muy fuerte. Similares conexiones con experiencias de desarrollo comunitario las encontramos en Mike Newell, el llamado «comadrón de Alma Ata».¹⁶ Después de Alma Ata, la Carta de Ottawa acaba por consolidar la llamada a la participación en todas las acciones de promoción de la salud.

En resumen, el modelo de participación comunitaria en salud, como enfoque y como metodología, que tenemos asociado a la salud comunitaria y a la atención primaria de salud es muy anterior a Alma Ata y bebe de cuatro tradiciones, tres de las cuales son ajenas al sector sanitario: a) de la sociología y el trabajo social (organización comunitaria); b) de la descolonización, el desarrollo económico y la cooperación internacional (desarrollo comunitario); c) de los movimientos populares anticoloniales y en pro de la justicia social (emancipación comunitaria) y d) de la aplicación del enfoque salubrista a la atención clínica (salud comunitaria).

Las cuatro tradiciones acaban entrelazándose, confundiéndose, incluso, contradiciéndose. Basta decir que la participación comunitaria puede ser una tecnología de doble filo: puede servir tanto para que los estados o instituciones que la impulsan consigan una mayor adhesión a sus programas por parte de la población movilizada o «dinamizada» como para que organizaciones revolucionarias consigan movilizar a la misma y «emanciparla» frente a los poderes dominantes. Sirven tanto para consolidar una administración poscolonial vinculada a la metrópolis, como para facilitar la rebelión anticolonialista. En el campo de la salud, puede servir tanto para conseguir una mayor captación y adhesión a un programa o meta de salud, y, por lo tanto, la legitimización de la institución sanitaria que la impulsa, como para que tome conciencia esa comunidad de la falta de equidad en salud y reivindique otras políticas públicas a esos poderes.

3.3.3. Principios de la participación comunitaria

Hay múltiples documentos que enuncian los principios básicos en los que se basaría este enfoque de participación comunitaria o social. Vamos a seleccionar los cuatro principios básicos que considera Marco Marchioni:

- a. Nunca se podrá hacer un verdadero cambio si no es a través de la plena participación de las personas interesadas.
- b. Autodeterminación de los individuos y de las colectividades para elegir su propio camino de desarrollo.
- c. El ritmo de desarrollo no debe ser impuesto desde el exterior.
- d. La acción social deberá favorecer la maduración colectiva a través de la toma de conciencia de los problemas y la participación de la comunidad en el proceso de mejoramiento de la situación.¹³

3.3.4. Modelos de participación comunitaria

Didier Fassin¹⁷ distingue dos modelos de participación comunitaria que no son incompatibles: como movilización y por delegación.

1. Participación como movilización

Busca ligar directamente a la población a actividades de desarrollo comunitario con interés para la salud, sin la intervención de ningún intermediario (agente de salud, consejos de salud). Puede ser un programa de vacunación, de lucha antipalúdica o de saneamiento, o cualquiera de los «clásicos» programas de prevención y promoción de la salud. Para tener éxito no solo tiene que aplicar técnicas de dinamización grupal o asamblearia y de búsqueda del consenso, sino también tener en cuenta las normas culturales y sociales locales, las estructuras de poder y liderazgo local y considerar que los deseos de cambio pueden chocar con las pautas y prioridades tradicionales.

2. Participación por delegación

Se basa en el principio de delegación, por el que se utilizan agentes intermedios entre la institución y la población. A su vez, Fassin distingue dos submodelos, dependiendo si es una delegación técnica (se delega el saber) o una delegación política (se delega el poder). En uno se busca la *desprofesionalización* y en el otro la *representación*:

a) Delegación técnica: los agentes comunitarios de salud

La inspiración original fue el modelo de médicos descalzos de la China revolucionaria, por el que se formaban a miembros de la sociedad en rudimentos de medicina y salud pública. Como dice Fassin, buscaban contrarrestar el pensamiento elitista de los médicos chinos, que como clase profesional no tenía interés en atender a las poblaciones rurales desfavorecidas. En otros contextos, se aplicó para contar con el saber de personas que conocían bien las dinámicas locales y pueden mediar con la institución al recibir una formación mínima que les acerca a sus lenguajes, saberes y lógicas tecnoinstitucionales. Más que sustituir a los profesionales sanitarios, los complementan y ayudan. Aunque frecuentemente acaba profesionalizándose. Por ello, un elemento crítico es cómo se eligen los agentes comunitarios de salud que van a legitimarse y formarse para esa función; y cómo se les remunera o compensa.

A veces estos agentes de salud son usuarios o grupos de usuarios (generalmente, usuarias) de un centro de salud y de sus actividades y proyectos comunitarios (por ejemplo, de grupos de paseos saludables o de talleres de empoderamiento de mujeres u hombres), que quieren quedar vinculadas al mismo (a modo de «club de fans» del centro o programa) y contribuyen voluntariamente a la difusión y mejora de los mismos. Gracias a su doble saber: el saber comunitario lego, como miembros del vecindario, y el saber profesional adquirido como consecuencia de la formación y experiencia en esa actividad, pueden ser incorporadas al proceso de evaluación y reformulación del proyecto.

Fassin advierte contra la tentación de considerar que los agentes de salud comunitarios son un fin en sí mismo, más que un medio. Es decir, países en los que «la puesta en práctica de la APS se haya limitado esencialmente a la formación de trabajadores rurales con la enseñanza de algunas tareas estereotipadas de prevención y promoción de la salud», sin considerar el resultado de su acción, y sin implementar otros servicios. Por eso, considera que una de las causas de los fracasos para ser aceptados en algunas comunidades rurales africanas con pobre acceso a la atención médica, es que sus conocimientos, eminentemente de prevención y promoción de la salud, no incluían saberes curativos, que eran considerados prioritarios por las comunidades, ni disponían de medicamentos.

b) Delegación política: los consejos o comités de salud

En este caso la participación se hace por representación de un grupo de miembros de la comunidad que son elegidos para representar sus creencias e intereses en la administración de un centro, de un programa o de un fondo. Estos consejos o comités de salud se convierten en los interlocutores con los administradores de los centros o fondos.

Cuando representan a los usuarios de un centro de salud pueden a veces actuar como contrapoder de los intereses de los profesionales de ese centro. De hecho,

el consejo de salud frecuentemente se limita a ser un espacio de diálogo de los representantes del vecindario con los gestores y con los profesionales sanitarios. En pocas ocasiones tienen no solo voz, sino voto en las decisiones estratégicas y operativas tomadas desde la institución. Es decir, estas formas de participación suelen consistir en una delegación de poder muy limitada. En España, los consejos de salud tuvieron un desarrollo muy modesto, a pesar de estar reconocidos en varias normativas estatales y autonómicas.

A veces la participación comunitaria de interés para la salud no se desarrolla en el ámbito sanitario, como los consejos de salud, sino en espacios de participación vecinal, como lo son los casos en que un ayuntamiento delega la decisión sobre el destino de una parte de sus presupuestos en la decisión vecinal. Son los llamados *presupuestos participativos* que van asociados a la creación y dinamización de consejos vecinales que recojan las necesidades sentidas de la comunidad y se consensúe y priorice el destino de esos presupuestos.

Según Antonio Ugalde,¹⁷ muchas de las experiencias de participación comunitaria en salud de Latinoamérica fracasaron cuando el vecindario comprobó que la institución que los impulsó no respondía a sus demandas sociales, o cuando se acabaron los fondos a administrar de un programa. La participación comunitaria es un proceso político, y como tal, dependerá del sistema político donde se desarrolla, que determinará los límites y posibilidades de las experiencias locales. Lo que Ugalde concluye es que no debe ser organizada por gobiernos y agencias internacionales, para satisfacer sus propias necesidades políticas.

3.3.5. Metodologías de dinamización de los procesos de acción y participación comunitaria

En los últimos años, se han editado muchas guías que intentan acercar a los profesionales de la salud a las metodologías para movilizar o dinamizar las redes comunitarias hacia metas de salud. No vamos a reproducir ni sintetizar aquí sus contenidos, limitándonos a dar algunas referencias para las personas interesadas en las mismas:

No específicas de salud comunitaria:

- Ajuntament de Barcelona. Guia operativa d'acció comunitària (IGOP). Barcelona: Acció social i Ciutadania. Disponible en: <https://bcnroc.ajuntament.barcelona.cat/jspui/bitstream/11703/91427/1/2577.pdf>
- Ganuza E, Olivari L, Paño P, Buitrago L, Lorenzana C. La democracia en acción. Una visión desde las metodologías participativas. Barcelona:

Antígona Procesos Participativos; 2010. Isbn: 978-84-96453-52-4. Disponible en: https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2016/11/12/organizar-la-participacion/_lademocracia-en-accion-metod-participativas/

Orientadas a la salud comunitaria:

- Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid; 2021. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf. Es un documento muy completo con muchas referencias a otros recursos, entre ellos los que figuran a continuación, cuyos enlaces hemos obtenido de este documento.
- semFYC ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? Madrid: semFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Disponible en: <https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/recomendacionesPACAP1.pdf>
- Departamento de Salud. Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria. Departamento de Salud, Gobierno Vasco (Osakidetza); 2016. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/guia-metodologia-esp.pdf
- Observatorio de Salud en Asturias. Guía para trabajar en Salud Comunitaria. Observatorio de Salud Asturias; 2017. Disponible en: <https://obsaludasturias.com/obsa/guia-de-salud-comunitaria/>
- Artazcoz L, Calzada N, Colell E, Daban F, Díez E, Fernández A, et al. Barcelona Salut als Barris. Com desenvolupar l'estratègia de salut comunitària. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2017. Disponible en: https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2017/11/Barcelona_Salut_als_Barris_Com_desenvolupar_estrategia_salut_comunitaria_2017.pdf
- Sastre M, Benedé CB, coord. Orientación comunitaria: hacer y no hacer en Atención Primaria. semFyC; 2018. Disponible en: <https://e-documentossemfyc.es/orientacion-comunitaria-hacer-y-no-hacer-en-atencion-primaria/>
- Casseti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ, por el Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS. Participación comunitaria: Mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Zaragoza: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2018. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_579_Guia_Adapta_Participacion_-Comunitaria.pdf

- Serie Guías XarxaSalut. Conceptos de Salud para escucharnos y comprendernos. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. 2018; (2). Disponible en: <http://www.soneja.es/sites/L01121068/files/2020-10/2.%20Conceptos%20de%20salud.pdf>
- Serie Guías XarxaSalut. Caja de herramientas Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. 2018; (3). Disponible en: http://www.alianzasaludcomunitaria.org/wp-content/uploads/2019/02/XarxaSalut_3.pdf
- ATD Cuarto Mundo España. Tejiendo Salud. Guía para la Acción Colectiva desde Realidades de Pobreza. Madrid: Madrid Salud; 2018. Disponible en: https://madridsalud.es/publicaciones/saludpublica/Guia_Tejiendo_Salud.pdf

3.3.6. Las múltiples expresiones de la participación comunitaria

Acabaremos esta sección diciendo que la *prueba del algodón* puede tener diferentes expresiones. Es decir, si entendemos la participación comunitaria como elemento que legitima o proporciona el necesario «pedigrí» para que una actividad de salud comunitaria pueda considerarse como tal, la participación puede ser atendida y ejercida de muy diferentes formas y no solo aprendiendo y aplicando una tecnología de movilización grupal y social.

Bajo nuestro enfoque, tenemos que entender que promover la participación es, sobre todo, escuchar, reconocer al otro u otra (sea o no profesional), sus saberes, respetar su diferencia y dignidad, atender sus ritmos, sostener sus procesos, favorecer su autonomía y ayudarla a decidir. Eso puede desarrollarse en diferentes ámbitos y encuadres y tener diferentes expresiones:

1. La escucha en las consultas, dando conocimientos, herramientas y habilidades para que la persona tome sus propias decisiones (clínicas, de cambio de hábitos de salud, de cambios vitales).
2. Favorecer procesos grupales, tanto en los equipos profesionales de salud, como en los grupos de personas cuidadas por el equipo de salud. Procesos que permitan aclarar la tarea del equipo o grupo, identificar las contradicciones entre el encargo institucional y la tarea, aprender o desvelar lo oculto (Aletheia), y acabar definiendo un proyecto propio en función de las motivaciones y contextos de las personas que forman estos grupos.
3. Apoyar procesos de democracia participativa en el vecindario desde el saber técnico de los profesionales de salud, respetando los ritmos

y prioridades de la comunidad. Reconociendo, como dice Eduardo Menendez,¹⁸ las dinámicas de continuidades y discontinuidades en los procesos de participación comunitarios. Eso significa: primero, considerar que ha habido procesos participativos previos a que nosotros llegáramos a esa comunidad, que fueron interrumpidos y que convendría recuperar y conocer para aprender de ellos. Y que cuando el proyecto de participación comunitaria en el que ahora estamos implicados llegue a su fin, la comunidad seguirá existiendo y generando otros en el momento oportuno.

Bibliografía

1. Rosen G. El primer movimiento de los centros vecinales de salud. Su auge y su caída. En: Rosen G. De la Policía Médica a la Medicina Social. México: Siglo XXI editores; 1985. Os podéis descargar el artículo original (en inglés) de 1971 [Rosen, G. The First Neighborhood Health Center Movement-Its Rise and Fall. American Journal of Public Health, vol 61, num 8, 1620-1637 (1971)] aquí: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1530197/pdf/amjph00743-0151.pdf>
2. Rosenberg CE. Social class and medical care in nineteenth-century America: the rise and fall of the dispensary. J Hist Med Allied Sci. 1974; 29 (1): 32-54. DOI: 10.1093/jhmas/xxix.1.32. PMID: 4589725.
3. Addams J. 20 years al Hull-House. [S.L.]: Empire Books; 2011.
4. Addams J. Hull House: el valor de un centro social. Madrid: Ediciones Paraninfo y Consejo General del Trabajo Social; 2013.
5. Wald L. The House on Henry Street. HardPress Publishing; 2012.
6. Wilbur P. Adventuring for Democracy. Nueva York: Social Unit Press; 1940.
7. Bonfiglio, G. Los orígenes del “desarrollo de la comunidad”. Lima: Instituto del Perú; 2019. Disponible en: <http://institutodelperu.pe/wp-content/uploads/2019/04/Los-origenes-del-desarrollo-de-la-comunidad.pdf>
8. Freire P. Pedagogía del oprimido. México: Siglo XXI editores; 2011.
9. Colectivo IOE. Investigación acción participativa: propuesta para un ejercicio activo de la ciudadanía. Córdoba: Encuentro de la Consejería de Juventud; junio 2003. Disponible en: <https://www.colectivoioe.org/uploads/89050a31b85b9e19068a9beb6db3dec136885013.pdf>
10. Fals O, Rodriguez C. Investigación Participativa. Montevideo: Ed. de la Banda Oriental; 1987.
11. Anders-Egg E. Metodología y práctica de la animación sociocultural. Madrid: Editorial CCS; 2000.
12. Marchioni M. Planificación social y organización de la comunidad. Madrid: Editorial Popular; 1987.

13. Menendez E. Poder, estratificación social y salud. Tarragona: Publicacions URV; 2018.
14. Bauleo A. Contrainstitución y grupos. Madrid: Editorial Fundamentos; 1977.
15. Weinding P. La Fundación Rockefeller y el organismo de salud de la Sociedad de Naciones: algunas conexiones españolas. Rev. Esp. Salud Pública. 2000; 74 (monográfico).
16. Lisios S. Kenneth Newell: el comadrón de la atención Primaria de Salud. Medic Soc. 2021; 14 (1): 29-38.
17. Fassin, D. Entre ideología y pragmatismo. Ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud. En: Menéndez EL, Spinelli H, coord. Participación Social ¿Para qué? Buenos Aires: Lugar editorial; 2006. p. 117-143.
18. Ugalde A. Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica. En: Menéndez EL, Spinelli H, coord. Participación social ¿Para qué? Buenos Aires: Lugar editorial; 2006. p. 19-49.
19. Menéndez EL. Las múltiples trayectorias de la participación social. En: Menéndez EL, Spinelli H, coord. Participación Social.

3.4.

Actius en salut

MARTA VILANOVA

3.4.1. Introducció

Parlar d'actius en salut és parlar de salut des de la positivitat, mirant el què ens genera salut i no malaltia. Es tracta d'un enfocament que implica les persones i les comunitats per a la millora de la salut i el benestar de manera efectiva i adequada perquè està demostrat que les comunitats apoderades responen millor a les adversitats, a les noves situacions i, davant situacions de crisi, tenen la capacitat de respondre de manera positiva.

Així doncs, incorporar els actius en salut a les intervencions de promoció de la salut i de salut comunitària facilita el treball intersectorial, posa la mirada en la salut positiva, promou la participació comunitària, l'equitat en les intervencions i reforça l'orientació en els determinants de la salut.

Són diverses les definicions d'actius en salut que es troben a la bibliografia^{1,2} essent una de les més acceptades la que defineix actiu en salut com «qualsevol factor o recurs que millora la capacitat de les persones, de les comunitats i de les poblacions per mantenir i preservar la salut i el benestar». Des d'una perspectiva històrica, emmarcada en el Sistema Nacional de Salut, l'orientació ha estat la protecció i atenció de la malaltia, dirigida a la solució de problemes de salut i no posant el focus en la promoció de la salut. En definitiva, un model centrat en la manca, en el dèficit i no en les capacitats i potencialitats de les persones i les comunitats, i emmarcat en la promoció de la salut.

3.4.2. Model d'actius: una evolució en el temps

El model d'actius està relacionat amb la promoció de la salut, els models de desenvolupament comunitari i el model salutogènic d'Antonovsky, essent el punt de partida en tots ells la salut positiva de les persones i la comunitat.

Va ser als anys noranta que s'inicià el desenvolupament del model d'actius en salut per part de John McKnight i John Kretzman³ amb la publicació de *Desenvolupament comunitari basat en actius*. L'objectiu és fer visibles els recursos, les capacitats i les habilitats de què disposa una comunitat i que poden incidir de manera positiva en la salut de les persones. Aquest model proposa identificar els actius de les comunitats elaborant mapes d'actius, essent les mateixes persones de la comunitat les que identifiquen les característiques i els recursos físics, personals, individuals i comunitaris, que les fan fortes i resilients. Aquest procés d'identificació d'actius permet a la comunitat prendre consciència de la capacitat i responsabilitat que té per orientar la vida, en el terreny individual i comunitari, cap a un sentit o altre. Descobrir actius potencials o ocults i crear noves relacions i possibilitats és una de les bases per al treball.

Es tracta d'un enfocament cap al desenvolupament sostenible basat en la comunitat, que vincula els microactius al macroentorn, partint de la premissa que són les mateixes comunitats les que poden impulsar el procés de desenvolupament, identificant els actius i mobilitzant-los. L'objectiu final és crear una millora social en l'àmbit local i, alhora, un desenvolupament econòmic.⁴

Alguns dels principis globals d'aquest model són:

- Se centra en els factors de protecció i promoció de salut positiva.
- Ajuda a reconstruir el coneixement existent i a reunir un nou coneixement per facilitar la promoció d'enfocaments per a la salut positiva, el benestar i el desenvolupament.
- Promou un enfocament del curs vital per comprendre els actius clau en cada fase de la vida.
- Se centra en la necessitat d'implicar joves i comunitats en tots els aspectes del procés de desenvolupament de la salut.
- Reconeix que molts dels actius clau per generar salut es troben en contextos socials de la vida de les persones i, per tant, pot contribuir a reduir les desigualtats en salut.

En la majoria de bibliografia consultada,¹⁻³ l'enfocament del model d'actius es compara amb el del model del dèficit. Aquest model ubica a la base el problema i té per objectiu trobar la solució en un professional; en canvi, en el model d'actius són les habilitats, el talent i les capacitats les que s'hi ubiquen. El que

pretén aquest model és potenciar l'autoestima, l'empoderament, sentir-se amb capacitat per resoldre les situacions que la vida va plantejant.

3.4.3. Identificació d'actius

El model d'actius comunitaris es basa en una metodologia que comporta el desenvolupament de polítiques i activitats que es basin en les capacitats, les habilitats i els recursos de les persones i la mateixa comunitat.⁵

La identificació d'actius pot tenir diferents perspectives: la individual, la de la comunitat o la de l'organització i institució, i es fa necessària la potenciació de les tres per afavorir la promoció de la salut, permetent l'elaboració del mapa d'actius i fortaleces de la persona o comunitat, de manera que les capacitats individuals, col·lectives o de l'entorn siguin descobertes. Es tracta de posar la mirada en la positivitat: el talent, les habilitats, els interessos i les experiències individuals i col·lectives.

La identificació d'actius, com a primera fase, és un procés que comporta l'empoderament, la participació, la capacitació i la responsabilitat, entre altres, tant de les persones com les entitats, associacions i espais públics. No es tracta d'un mapa de recursos sinó d'aquells factors que la persona i la comunitat identifiquen per a la millora de la salut i el benestar i la consegüent reducció de desigualtats, posant la mirada en la positivitat com el talent, les habilitats, els interessos i les experiències individuals i col·lectives.⁶

En una segona etapa, la fase d'acció, s'inicia el full de ruta dels actius en salut protectors i un plantejament de com els actius identificats es poden integrar per assolir la consecució de resultats positius. Es recomana realitzar la identificació dins l'àmbit comunitari mitjançant processos de visibilització i mobilització, i inclou la realització d'un mapatge d'actius. En la tercera fase es documenta per què les accions participatives han tingut èxit.

3.4.4. Metodologia per al mapatge d'actius

Les fases de la metodologia per al mapatge d'actius són:^{5,6}

1. Presentació als agents locals.
2. Delimitació del mapatge.
3. Treball inicial amb els agents del terreny.
4. Treball de camps amb la comunitat.

5. Visibilització a la web.
6. Transferència als agents locals i a la població.

Fase 1. Presentació als agents locals

S'entén per agents locals aquelles persones de la comunitat que són líders de la mateixa comunitat; també ho són l'Ajuntament i les entitats i les associacions. En aquesta fase es comparteix l'estratègia de participació i el perfil de salut i els seus determinants i s'exposa la metodologia del mapatge d'actius als agents locals.

Com a exemple dels agents locals poden ser els clubs esportius, entitats culturals i socials, persones líders comunitàries, regidora de salut, tècnica de salut, bibliotecària, etc.

Fase 2. Delimitació del mapatge

En aquesta fase es delimita la zona on es realitzarà el mapatge. Imaginem per exemple un nucli de població amb diferents colònies tèxtils als afores. Caldrà decidir: només al nucli?, incorporem les colònies tèxtils?

Fase 3. Treball amb els agents del terreny

Es crea un grup motor que serà el que guiarà el procés del mapatge i es delimita la figura d'una persona informant clau, entesa com aquella o aquelles persones que coneixen bé la comunitat, alguna persona que es considera pròpiament un actiu o persones que representen a membres minoritaris de la comunitat.

Fase 4. Treball de camp a la comunitat

En aquesta fase s'exploren els diferents actius de la comunitat mitjançant els informants clau i es localitzen els actius en diferents àmbits treballant amb metodologia de participació comunitària.

Les tècniques més habituals són:

- **Entrevistes en profunditat.** Es tracta d'una tècnica qualitativa que permet aprofundir en la «vida de l'altre» conèixer amb detall les seves il·lusions, les seves tristeses, el motiu de les decisions preses; es construeix la vida

de l'altre de manera minuciosa i pas a pas. Són reunions orientades a comprendre la perspectiva de l'altre pel que fa a les seves experiències.

- **Grups de discussió.** Converses en un grup petit i homogeni de persones dissenyades per obtenir informació d'un tema d'interès comú, amb un guió de preguntes i el suport d'una persona moderadora.
- **Mapping party.** Trobada de persones que es troben per realitzar una «fotografia» de determinats espais de manera col·lectiva. Obert a qui hi vulgui participar.
- **Photovoice.** Permet descriure i intercanviar impressions utilitzant fotografies de la comunitat i reflexionant i discutint sobre elles.
- **Storytelling.** Es tracta descriure les històries que comparteixen les persones convidades respecte d'un tema concret.
- **Tertúlia de cafè.** Es genera conversa a través d'un tema concret. Un grup de cinc o sis persones, amb una persona moderadora, parlen entre si d'un tema concret. En un temps determinat, vint minuts aproximadament, es canvien de grup i segueixen la discussió amb altres persones. Al final es redacta un document amb l'opinió de totes.

Fase 5. visualització a la web

Els actius identificats es visualitzen a una pàgina web creada per a l'ocasió. Diferents enllaços web on es poden trobar, com a exemple:

Àmbit municipal

- **Barcelona** – <https://mapadactiusensalut.barcelona/>
- **Cardona** – <https://www.facebook.com/watch/?v=220207715409156>
- **Madrid** – <https://madriddsalud.es/mapas-activos/>

Àmbit autonòmic

- **Astúries** – <https://sites.google.com/site/obsasturias/mapasturias>
- **Catalunya** – https://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/Plans-estrategics/pinsap/Accions-eines-i-projectes-relacionats/actius-i-salut/cercador-dactius-i-salut

Fase 6. Transferència a agents locals i població

Amb l'objectiu de visualitzar els actius identificats, es poden compartir en sessions, reunions, publicacions del municipi o altres. És important compartir amb la comunitat el treball realitzat i els actius identificats.

3.4.5. Aspectes clau

Incorporar els actius a les intervencions de promoció de la salut i salut comunitària comporta una mirada de salut positiva, de prendre consciència i identificar, en el terreny individual i col·lectiu, allò que genera salut i fent que la salut passi a ser l'eix vertebrador de la salut individual i de la salut col·lectiva.

Bibliografia

1. Van Bortel T, Wickramasinghe ND, Morgan A, Martin S. Health assets in a global context: a systematic review of the literature. *BMJ Open*. 2019; 9:e023810. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-023810.
2. Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gac Sanit* [Internet]. 2013; 27 (2): 180-183. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.006>
3. McKnight J, Kretzmann J. Building communities from the inside out: A path toward finding and mobilizing a community's assets. Evanston (IL): Institute for Policy Research; 1993.
4. Suarez O, Arguelle M, Alquézar L, Aviño D, Botello B, Calderón S et al. Mapas de actividades comunitarias y activos para la salud: ¿Cómo trabajar con ellos? Cuadernos Pediatría Social [Internet]. 2014; 21 (1): 12-14. Disponible a: <https://saludcomunitaria.wordpress.com/2015/10/14/mapas-de-actividades-comunitarias-y-activospara-la-salud-como-trabajar-con-ellos/4>
5. Cofiño R, Aviño D, Benedé C B, Botello B, Cubillo J, Morgan A et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Ediciones Doyma, S.L. *Gac Sanit*. 2016; 30 (S1): 93-98. DOI: 10.1016/j.gaceta.2016.06.004
6. Hernán M, Morgan A, Mena A, editors. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Serie Monografías EASP N°51 [Internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010. Disponible a: <https://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>

3.5.

Programas y proyectos de salud comunitaria

JAVIER SEGURA

Debemos advertir que no hay programas específicos de salud comunitaria. Cualquier acción programada con el objetivo de mejorar la salud de las personas que habitan un territorio puede considerarse comunitaria, siempre y cuando se cumplan los principios antes aludidos: perspectiva comunitaria, orientada a la equidad en salud y al empoderamiento de la comunidad con relación a su salud; escucha de las necesidades sentidas y del saber de su vida cotidiana (cruce de saberes); aprovechamiento de los activos en salud y recursos locales; mayor o menor protagonismo de las personas y su comunidad en la fijación de prioridades, etc.

Cualquiera de los «clásicos» programas de promoción de la salud podemos ejecutarlo con esta orientación comunitaria: promoción de la salud materno-infantil, salud sexual y reproductiva, salud mental, salud escolar, salud laboral, salud ambiental, envejecimiento activo y saludable, alimentación saludable y ejercicio físico, etc. No los podemos considerar de orientación comunitaria cuando se desarrollan de forma descontextualizada, aplicando las mismas actividades y contenidos en cualquier territorio y momento histórico, basándonos en consejos de salud estandarizados y aplicando una educación sanitaria sin apenas interactividad, en la que domina el saber profesional y se desprecia el saber popular. Y, por lo tanto, las prioridades siempre son marcadas «desde arriba» (la institución y sus profesionales).

Esta pertinencia y coherencia comunitaria no es fácil y exige que los profesionales y equipos que programan y evalúan tengan (al menos en la fase de diagnóstico y fijación de prioridades) espacios que faciliten la escucha de las necesidades sentidas por la comunidad. También el hecho de incorporarla de alguna forma en todo el proceso de evaluación del programa. Y no solo a las personas que se

han beneficiado directamente del programa, sino a aquellas que han podido sufrir barreras para el acceso al mismo o ni siquiera han llegado a saber de su existencia.

A pesar de que se invoque su orientación hacia la equidad en salud en los principios del programa, parece difícil calificar de comunitario un programa de promoción de la salud cuando no se consideran las desigualdades sociales en salud en el diagnóstico, definición de objetivos y población diana, sistema de información (variables sociales) y evaluación (impacto en equidad en salud).

En todo caso, podemos mencionar aquellos proyectos o programas de prevención y promoción de la salud que han demostrado mayor potencial en generar vínculos de solidaridad, cooperación e identidad territorial, alrededor de la salud colectiva y los cuidados comunitarios.

Basándonos en nuestra experiencia profesional y personal en el municipio de Madrid,¹ hemos seleccionado nueve ejemplos que se exponen a continuación. Algunos son proyectos; otros, actividades; y otros, métodos comunitarios de investigación-acción, que pueden entrelazarse entre sí.

3.5.1. Arte y salud

La incorporación de artistas a los equipos de salud permite aprovechar las artes como herramientas que facilitan la expresión de emociones y la generación de vínculos por encima de barreras de edad, etnia, clase social, género, orientación sexual, cultura, etc. (recordemos *la cooperación exigente*).²

El arte no solo es un instrumento de salud mental, aplicado tanto individual como grupalmente (la *arteterapia* es uno de sus desarrollos), sino que facilita la dinamización de las redes comunitarias, la mediación social y la expresión colectiva de las emociones en el espacio público. El embellecimiento participativo de ese espacio público (por ejemplo, cuando se hace un mural de forma participativa), permite generar dinámicas de identidad y cuidado comunitario que tendrán un traslado en términos de salud.³

La aplicación de otras técnicas artísticas, como el teatro o el cine comunitario, no solo tiene valor terapéutico para las personas que participan como protagonistas, sino que permite a los espectadores compartir historias de vida en las que aflora la desvalorizada vida cotidiana de las comunidades, facilitando la toma de consciencia de los problemas y oportunidades comunes para la salud colectiva de esa comunidad.⁴

3.5.2. Prevención de la soledad no deseada

Hay una creciente alarma social por las personas mayores que mueren solas en su domicilio y no son descubiertas hasta meses después por la alerta de sus vecinos. Es solo la punta del iceberg de un fenómeno social que no se limita a las personas mayores, sino que incluso es más prevalente en otros grupos sociales, como las personas con enfermedades mentales o discapacidades, las madres de las familias monomarentales, los inmigrantes en las primeras fases de su proceso migratorio, etc.

Hay muchos estudios⁵ que asocian este sentimiento de soledad a un mayor riesgo de padecer ciertas enfermedades (enfermedades mentales, cardiovasculares, diabetes, etc.). Hay diferentes posturas para entender esta asociación y para identificar el origen de este fenómeno, Dependiendo de cómo lo entendamos, también vamos a aplicar diferentes formas de abordarlo.

Desde nuestra visión de la salud comunitaria, consideramos que la soledad no deseada es un emergente de «No Comunidad». Es decir, que se han debilitado los lazos de buena vecindad y de cuidado comunitario en nuestros barrios y ciudades. O que no se han promovido allí donde apenas existieron. Por ello, las soluciones no pueden ser solo individuales (acompañamiento por personas voluntarias), como predicán algunos enfoques, sino que tiene que ir acompañado por la construcción de «más comunidad» en ese territorio y la promoción de la vinculación de esas personas que se sienten solas con dichas redes comunitarias. Promovido de una forma respetuosa, empática e inteligente: acertando en aquellos deseos y vínculos significativos y placenteros para las personas que queremos cuidar y abordando los determinantes sociales comunes (vivienda, trabajo, renta, discriminación, estigma, barreras arquitectónicas, educación, espacio público, etc.) que se encuentran en el origen de esa soledad.

Desde esta visión y este abordaje, los proyectos de prevención de la soledad no deseada tienen en este momento un gran potencial de desarrollo comunitario, aprovechando ese escándalo social y ese interés institucional (¿es una moda?).^{6,7} Sin embargo, hay que evitar que la soledad no deseada se convierta en otra etiqueta de diagnóstico médico o psicológico, naturalizando e individualizando el fenómeno, incluyéndolo en la taxonomía al uso, y aislándolo de las responsabilidades que tienen los poderes públicos, nuestro sistema socioeconómico y nuestros «estilos de vida» en su generación.

3.5.3. Comunidades compasivas

Otro emergente de «No Comunidad» es la torpeza y las dificultades que tenemos colectivamente para enfrentarnos al final de la vida, la muerte y el duelo. La muerte y el sexo (Eros y Tanatos) siguen siendo los grandes tabúes de nuestra sociedad, lo que se concreta en las dificultades que tenemos para introducir tanto la educación sexual, como la «pedagogía de la muerte» en nuestras escuelas.

Cuando preguntamos a la gente dónde les gustaría morir, la mayoría contestan que en sus casas rodeadas por las personas queridas. Pero la realidad es que al final la mayoría muere en los hospitales rodeada de la frialdad de la tecnología sanitaria y aislada de su entorno vital y comunitario. Esto no solo es debido a los déficits de servicios de cuidados paliativos a domicilio, sino también a los insuficientes cuidados comunitarios. Es decir, procesos y acciones de apoyo y consuelo desde la propia comunidad que faciliten a las familias no delegar por defecto el cuidado del final de vida en los profesionales e instituciones sanitarias. Por otra parte, las comunidades pueden cumplir una importante misión en el consuelo y la empatía hacia las vecinas y familias que están pasando un duelo y evitar que se convierta en un duelo patológico.

Los proyectos de comunidades compasivas y de promoción de los cuidados al final de la vida⁸ tienen este objetivo: fortalecer a las comunidades en el abordaje colectivo de la muerte, resignificarla a partir de los valores locales y las historias de vida compartidas.⁹ Es otra forma de prevenir la soledad no deseada. También el suicidio. Por otra parte, ha habido experiencias muy prometedoras al aplicar el arte y la arteterapia en estos proyectos.¹⁰

3.5.4. Entornos urbanos escolares y otros diseños urbanos participativos

El urbanismo social y participativo está lleno de ejemplos de proyectos que intentan transformar el espacio público de forma participativa e incluyendo objetivos de bienestar social, salud colectiva, cuidado comunitario y sostenibilidad ambiental. Según nuestra experiencia, la alianza entre urbanismo social, ecología social y salud comunitaria es muy fértil. Un ejemplo fue el proyecto de cuidado de entornos escolares del Plan Madrid Ciudad de los Cuidados,¹¹ pero podríamos encontrar decenas de ellos.

En el mencionado proyecto, se aprovechó la gran demanda por parte de las AMPA para abordar obras en los patios escolares, priorizadas en los presupuestos

participativos del periodo 2015-2019 en Madrid, a fin de proponer un modelo alternativo de intervención en dichos patios y accesos a los centros escolares que crearan condiciones espaciales favorables a la coeducación, la actividad física, el juego en equipo y las interacciones sociales no discriminadoras.

3.5.5. Paseos saludables

Son actividades grupales en principio pensadas para la promoción de la actividad física reglada de personas con riesgo de sedentarismo, obesidad o diabetes, pero que pueden incorporar objetivos más complejos y variados, como la prevención de la soledad no deseada y el aislamiento social o la empatía entre grupos sociales, culturales y etarios diferentes: acercamiento de la comunidad gitana a la paya, de los colectivos de inmigrantes a los «nativos», de las personas mayores a las jóvenes, de las personas con un diagnóstico de enfermedad mental o discapacidad con personas sin ese diagnóstico, personas con diferentes orientaciones sexuales o identidades de género, etc. Los paseos se acaban convirtiendo, pues, en un instrumento de lucha contra la discriminación o estigma y a favor de la cooperación entre desiguales.

Estos lazos de cooperación no solo se forjan con el coincidir en una actividad común, sino en compartir la memoria emocional e histórica del barrio o comunidad donde se habita, identificando y reforzando un sentimiento de pertenencia a ese territorio, por encima de los otros elementos identitarios. A modo de paseo de Jane,^{12,13} los y las paseantes se van parando en sitios y esquinas significativas de su biografía, que es compartida con el resto del grupo. Por ello, también sirve para dar a conocer y mapear los recursos y activos de salud del barrio.¹⁴

3.5.6. Huertos saludables

Al igual que ocurre con los paseos saludables, los huertos comunitarios tienen usos más allá del aparente. Aunque están pensados para proporcionar alimentos saludables, cultivados de forma medioambientalmente sostenible, pueden cubrir otros objetivos comunitarios: tanto pedagógicos (huertos escolares) como establecimiento de vínculos entre desiguales y promoción de la participación social. No es infrecuente que el mismo espacio donde se encuentra el huerto urbano se aproveche para hacer todo tipo de encuentros vecinales. En el caso de los centros municipales de salud comunitaria de Madrid, se aprovechó la disponibilidad del espacio exterior en algunos centros de salud para construir.

3.5.7. Mapas de activos en salud

Nos limitaremos aquí solo a mencionar la metodología de mapas de activos en salud, pues ya hay múltiples recursos para acercarse a ella.^{15,16} Como es sabido, se basa en la concepción de *salutogénesis* y, como se ha dicho antes, pretende que las personas que habitan un territorio puedan identificar los elementos del mismo que han sido o son un recurso positivo para la salud de las personas, las familias y otros grupos sociales. Los mapas de activos, más que un fin, son un medio para que durante su elaboración se establezcan vínculos entre personas, organizaciones y profesionales, que puedan ponerse en juego en cualquier momento de necesidad u oportunidad para la salud del barrio.

3.5.8. Mapas de alimentación saludable (Food mapping)

Son una variante de los mapas de activos aplicada a la alimentación. Identifican comercios y recursos alimentarios y el nivel de acceso a los alimentos saludables y a precios asequibles. Como tal, pueden ser también un instrumento de planificación urbanística urbana que identifique y aborde los déficits alimentarios.¹⁷

3.5.9. Fotovoz aplicado a la investigación de entornos de hábitos de salud y condiciones de vida

Fotovoz es una técnica de investigación social participativa que incorpora la fotografía realizada por el vecindario de una comunidad, para identificar los elementos del entorno de las personas y comunidades que facilitan o dificultan el cambio de conductas significativas para la salud (alimentación saludable, movilidad activa, consumo de tabaco o de alcohol, etc.)¹⁸ o que nos acercan a las realidades cotidianas de pobreza (ver la experiencia del proyecto «Comunidades activas en salud», realizado con el enfoque de «cruce de saberes» de ATD Cuarto Mundo, mencionado anteriormente).¹⁹

Después de dar una instrucción básica fotográfica, se presta cámaras a los integrantes de un grupo de vecinas para que recojan imágenes significativas sobre estos entornos que después son presentadas y discutidas en grupo. De

forma tal, que se incorpora el saber de la vida cotidiana a los clásicos diagnósticos de salud realizados con los saberes y lógicas profesionales.

Se pueden utilizar otras técnicas artísticas (teatro, vídeo, pintura-dibujo, *performances*, etc.), mencionadas en el primer ejemplo, para obtener los mismos fines.

Bibliografía

1. Segura J, Martínez M, Pla A, Gil M, Vivas F, Miguel A. El proceso de reorientación comunitaria de los Centros Madrid Salud. *Comunidad*. 2011; 13 (1): 23-26.
2. Ávila N, Claver L, Larraín C, Azcona C, Segura J, Martínez M. Art, health promotion and community health: constructing the 'Madrid Salud' model. *Journal Applied Arts and Health*. 2019; 10 (2): 203-217.
3. Ávila N, Orellana A, Segura J, Claver MD, Martínez M, Borrego O. Proyectos comunitarios: propuestas desde la promoción de la salud y la creación artística. *Comunidad*. 2016; 18 (2).
4. Universidad Complutense Madrid. Proyectos de Arte y Salud [Internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid [consultado 14 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.ucm.es/arteysaludproyectos/>
5. Cacioppo J, Patrick W. *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*. Nueva York (NY): WW Norton; 2008.
6. MadridSalud. Presentación del Proyecto de Soledad no deseada [Vídeo a Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=kEgijuWvmg8>
7. Ayuntamiento de Madrid en directo. Foro internacional sobre la soledad, la salud y los cuidados [Vídeo a Internet]. 2018. Disponibles en: <https://www.youtube.com/watch?v=nNM9IOsxxK4>
<https://www.youtube.com/watch?v=bqcx4JNVxac>
<https://www.youtube.com/watch?v=aqMdppau7Ac>
<https://www.youtube.com/watch?v=WWZ2MyyF5Ug>
<https://www.youtube.com/watch?v=nT0uKwBU3qU>
<https://www.youtube.com/watch?v=K7RepFZs0n>
8. Madrid Salud: Proyecto Comunidades Compasivas [Internet]. Madrid: Ayuntamiento de Madrid; 2021. Disponible en: <https://madridsalud.es/prevencion-del-duelo-complicado/>
9. Fundación Vivo Sano. Monografía SECPAL. Comunidades Compasivas al final de la vida [Internet]. Madrid: Fundación Vivo Sano; 2020. Disponible en: http://www.secpal.com/Documentos/Blog/2020_09_17%20Monografia%20Secpal%20ONLINE%20COMUNIDADES%20COMPASIVAS.pdf

En este documento se cuentan experiencias desarrolladas en varias ciudades de España y América Latina, siendo en Cataluña la más conocida la impulsada desde la universidad de Vic.

10. Chiara Digrandi et cols. Arteterapia e historias de vida. Póster en las XIII Jornadas Internacionales de la Sociedad Española de Cuidado Paliativos (SECPAL). Santiago de Compostela, 25 y 26 de octubre de 2019.
11. García P, Leal P, Urda L; PEZ Arquitectos SLP. MICOS: Guía de diseños de entornos escolares [Internet]. Madrid: PEZ arquitectos, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid; 2017. Disponible en: https://www.madridsalud.es/pdf/guia_diseno_entornos_escolares_opt.pdf
12. Jiménez S. Cómo hacer un Paseo de Jane [Internet]. Madrid: La Aventura de Aprender; 2017. Disponible en: <http://laaventuradeaprender.intef.es/guias/como-hacer-un-paseo-jane>
13. Jiménez S, Useros A. El paseo de Jane. Tejiendo redes a pie de calle. Madrid: Modernito Books; 2016.
14. Segura J [Internet]. Salud Pública y otras dudas, marzo, 2019. Un paseo emocional por mi barrio. Disponible en: <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2019/03/17/un-paseo-emocional-por-mi-barrio/>
15. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? [Internet]. Gac Sanit. 2016; 30 (S1): 93-98. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-promocion-salud-basada-activos-como-articulo-S021391111630125X> DOI: 10.1016/j.gaceta.2016.06.004
16. Cabeza E, Artigues G, Riera C, Gómez MM, García E, Vidal C et al. Guía para la elaboración del mapa de activos en salud en Islas Baleares [Internet]. Islas Baleares: Consejería de Salud (Dirección General de Salud Pública y Servicio de Salud de las Islas Baleares). Disponible en: http://e-alvac.caib.es/documents/mapa_de_activos_en_salud.pdf
17. Segura J. “Food mapping”: midiendo el acceso a alimentos saludables. En: Segura J. Comunitaria. Madrid: Ediciones Salud Pública y otras dudas, Fundación Pílares; 2018. Disponible en: <http://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/>
18. Heart Healthy Hoods [Internet]. THE HEART HEALTHY HOODS PROJECT: A multifaceted approach to cardiovascular diseases in European Cities; 2020. Disponible en: <https://hhhproject.eu>
19. Madrid Salud. Tejiendo Salud. Guía para la Acción Colectiva desde Realidades de Pobreza [Internet]. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, Madrid Salud; 2018. Disponible en: https://madridsalud.es/publicaciones/saludpublica/Guia_Tejiendo_Salud.pdf

IV.

Atenció primària

4.1.

Conceptualització de l'atenció primària

JAIME BATALLER

4.1.1. Introducció

El concepte d'*atenció primària* ha patit una gran quantitat de modificacions al llarg de la història, creant en l'actualitat una gran confusió al voltant d'ell, utilitzant erròniament com a sinònims *atenció primària*, *atenció primària de salut* i *primer nivell d'atenció*. Aquest dos últims fan referència a un model polític de salut i a un model assistencial del sistema de salut de forma consecutiva.^{1,2}

El principal organisme que ha contribuït a la consolidació de l'atenció primària tal i com la coneixem ha sigut l'OMS, com es reflecteix a les diverses conferència internacionals en què va participar.

4.1.2. Desenvolupament del tema

Conferència Internacional sobre Atenció Primària de Salut de Alma-Ata (Kazajistán, 1978).

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) va encaminar les seves polítiques a una meta que es pretenia assolir a principis de segle sota el lema «Salut per a tots en l'any 2000». Aquesta meta pretenia que la població mundial tingués un nivell òptim de salut que facilités l'assoliment d'una vida social i econòmica productiva.³

Aquest posicionament de l'OMS va aconseguir que els governs mantingueren una atenció primària definida com:

l'assistència sanitària essencial basada en mètodes i tecnologies pràctiques, científicament fundades i socialment acceptables, posada a l'abast de tots el individus i famílies de la comunitat, mitjançant plena participació i a un cost que la comunitat i el país puguin suportar en totes i cadascuna de les etapes del seu desenvolupament amb un esperit d'autorresponsabilitat i autodeterminació.³

4.1.2.1. Conferències Internacional sobre promoció de la salut

- Conferència d'Ottawa (Canadà, 1986): estava dirigida a la consecució de l'objectiu plantejat en la Conferència d'Alma-Ata i es va definir la promoció de la salut entesa com:

proveir als pobles els mitjans necessaris per a millorar la seva salut i exercir-ne un major control. Per a assolir un estat adequat de benestar físic, mental i social, un individu o grup deu ser capaç d'identificar i realitzar les seves aspiracions, de satisfer les seves necessitats i de canviar o adaptar-se al medi ambient.⁴

A més, es va crear la Carta d'Ottawa per a la Promoció de la Salut, en què es van incorporar una sèrie de requisits per a la salut, que incloïen la pau, adequats recursos econòmics i alimentaris, habitatge, un ecosistema estable i un ús sostenible del recursos. Així doncs, es van incorporar cinc àrees d'acció per a garantir la consecució d'aquests requisits: establir una política pública saludable, crear entorns favorables, enfortir l'acció comunitària en salut, desenvolupar aptituds personals i reorientar els serveis sanitaris.⁴

- Conferència d'Adelaida (Austràlia, 1988): es va centrar en la creació de polítiques públiques saludables amb la finalitat de facilitar la consecució de les conferències internacionals anteriors. Es van delimitar com àrees prioritàries d'acció el recolzament a la dona, la millora de la seguretat e higiene alimentària, la reducció del consum de tabac i alcohol i la creació d'entorns idonis per a la salut.⁵
- Conferència de Sudsvall (Suècia, 1991): va focalitzar la creació d'ambients propicis per a la salut, a través d'un desenvolupament sostenible, l'acció social a l'àmbit comunitari i la participació de les persones com a motor de canvi. A més, va determinar com a factors perjudicials per a la salut la pobresa, els conflictes armats, el ràpid creixement de la població, l'alimentació i salubritat inadequades i la falta d'accés a l'atenció sanitària. Per aquest motiu, destaca com a punt clau potenciar l'equitat i la interdependència dels éssers humans.⁶

- Conferència de Yakarta (Indonèsia, 1997): en aquesta conferència es va recalcar el fet que les estratègies de promoció de la salut contribueixen a la millora de la salut i la prevenció de malalties, independentment del país on es desenvolupen. Per altra banda, destaca com a prioritats promoure la responsabilitat social, incrementar les inversions en salut, consolidar i ampliar les associacions que promouen la salut, ampliar les capacitats de les comunitats i empoderar l'individu.⁷
- Conferència de Mèxic (Mèxic, 2000): es van reafirmar els compromisos de conferències anteriors i es va proposar reduir les desigualtats socials en salut. El objectius plantejats foren demostrar que la promoció de la salut millora la salut i qualitat de vida de les persones, donar prioritat a la salut en els programes de desenvolupament de polítiques i fomentar els vincles d'associació que promouen la salut entre diferents sectors.⁸
- Conferència de Bangkok (Tailàndia, 2005): com a resultat d'aquesta conferència es van pactar una sèrie d'estratègies per tal d'abordar els determinants de salut a escala mundial. Així doncs, destaca la importància de crear polítiques coherents quant a la promoció de la salut i una major col·laboració entre governs, organismes internacionals, societat i sector privat. A més, destaca com a mesures defensar la salut com a base dels drets humans, invertir en estratègies per abordar els determinants de salut, crear capacitats per desenvolupar pràctiques de promoció de la salut i alfabetització en salut, establir lleis reguladores per a la protecció de la salut, així com crear aliances intersectorials i amb la societat per crear estratègies sostenibles.⁹
- Conferència de Nairobi (Kenya, 2009): pretén esmenar les deficiències en l'execució en l'àmbit de la salut i el desenvolupament utilitzant la promoció de la salut. Marca com a estratègies clau la capacitat en promoció de la salut, l'enfortiment dels sistemes de salut, la creació d'aliances i acció intersectorial, l'empoderament comunitari, l'alfabetització en salut i la millora de les conductes en salut.¹⁰
- Conferència de Helsinki (Finlàndia, 2013): es fa una crida a tots els governs perquè incorporin la salut i l'equitat a les seves agendes i es desenvolupin estructures, recursos i capacitats institucionals que recolzin aquestes polítiques.¹¹
- Conferència de Shanghai (Xina, 2016): l'objectiu principal d'aquesta conferència és situar la promoció de la salut al centre del desenvolupament sostenible, recalcant la importància de l'alfabetització en salut i l'equitat, la elaboració de polítiques coherents intersectorials i la creació d'espais que promoguin eleccions saludables.¹²

Taula 1. Conferències Internacionals sobre Promoció de la Salut de l'OMS

I Conferència Internacional, Ottawa (Canadà) 1986	«Cap a un nou concepte de salut pública»
II Conferència Internacional, Adelaida (Austràlia) 1988	«Polítiques a favor de la Salut»
III Conferència Internacional, Sundsvall (Suècia) 1991	«Ambients favorables per a la Salut»
IV Conferència Internacional, Yakarta (Indonèsia) 1986	«La Promoció de la Salut al segle XXI»
V Conferència Internacional, Mèxic (Mèxic) 2000	«Promoció de la Salut: cap a una major equitat»
VI Conferència Internacional, Bangkok (Tailàndia) 2005	«Promoció de la Salut en un món globalitzat»
VII Conferència Internacional, Nairobi (Kenya) 2009	«Tancar la bretxa d'implementació en Promoció de la Salut»
VIII Conferència Internacional, Helsinki (Finlàndia) 2013	«Salut en totes les polítiques»
IX Conferència Internacional, Shanghai (Xina) 2016	«La Promoció de la Salut en els Objectius de Desenvolupament Sostenible»

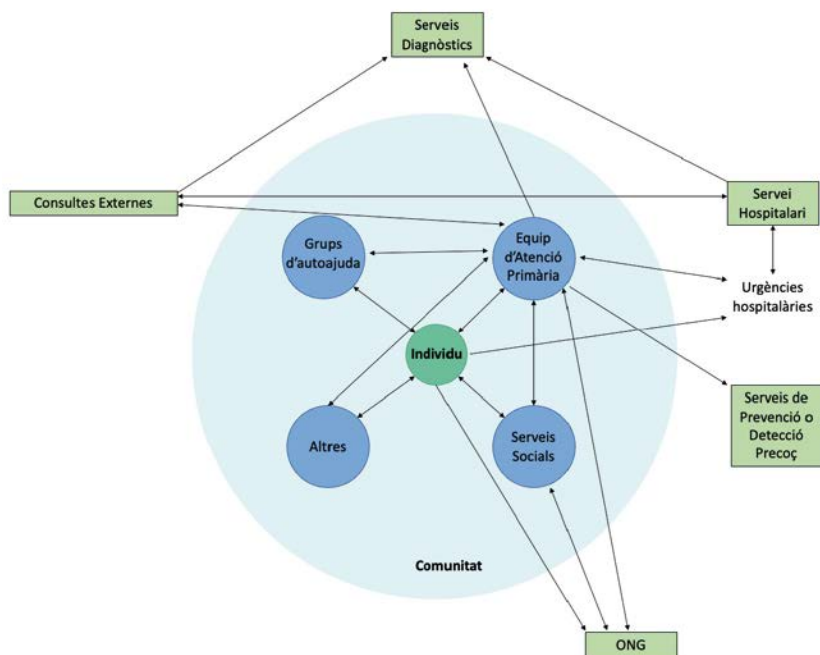
Font: elaboració pròpia

4.1.3. Concepte actual d'atenció primària

Segons l'OMS (2008), l'atenció primària té una sèrie de característiques que li confereixen un caràcter únic. L'atenció està centrada en l'individu o comunitat, permetent crear un vincle de confiança i durador entre la població i els professionals de la salut que brinden l'atenció. A més, persegueix una atenció integral i integrada al llarg del contínuum salut-infermetat, és considerada la porta d'accés al sistema de salut i els professionals que la conformen són un eix clau en la coordinació dels serveis del sistema sanitari.^{1,2,13}

4.1. CONCEPTUALITZACIÓ DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Figura 1. Exemplificació de les relacions a l'entorn sanitari



Font: elaboració pròpia

4.1.4. Aspectes clau

L'atenció primària és un concepte viu d'elevada complexitat que ha variat, i continua fent-ho, al llarg de la història en funció dels determinants de salut i les necessitats en salut de la població. Aquest caràcter únic la posiciona al centre del sistema sanitari, per tal de brindar de forma eficient, segura i de qualitat una atenció individualitzada i centrada en l'individu o la comunitat.

Bibliografia

1. Elorza ME, Moscoso NS, Lago FP. Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. Rev Cuba Salud Pública. 2017; 43 (3): 17.
2. OMS: Atención primaria de salud [Internet]. [consultat 5 de maig de 2021]. Disponible a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
3. OMS. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud [Internet]. Alma-Ata: URSS (6-12 de setembre de 1978). Disponible a: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
4. OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [Internet]. Ottawa: Canadá; 1986. Disponible a: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
5. OMS. Segunda Conferencia Internacional de Promoción de Salud «Políticas a favor de la Salud» [Internet]. Adelaida: Australia; 1988. Disponible a: <https://www.mspsbs.gov.py/dependencias/dgps/adjunto/7c433e-SegundaAdelaida.pdf>
6. OMS. Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud [Internet]. Sundsvall: Suecia (9-15 de juny de 1991). Disponible a: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59967/WHO_HED_92.1_spa.pdf;jsessionid=012B86974F75A403BAC28AE6BB893595?sequence=1
7. OMS. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI [Internet]. Yakarta: República d'Indonèsia (21-25 de juny de 1997). Disponible a: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf
8. OMS. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad [Internet]. Ciutat de Mèxic: Mèxic (5-9 de juny de 2000). Disponible a: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf?ua=1
9. OMS. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado [Internet]. Bangkok: Tailandia (agost de 2005) Disponible a: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
10. OMS. Séptima conferencia Mundial de Promoción de la Salud. La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en promoción de la salud [Internet]. Nairobi: Kenya (26-30 de octubre de 2009). Disponible a: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10212/Nairobi_2009_sp.pdf
11. OMS. La declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas [Internet]. Helsinki: Finlandia (10-14 de juny de 2013). Disponible a: <https://www.salud.gob.es/en/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/DeclaracionHelsinki.pdf>
12. OMS. Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Shanghai: Xina (21-24 de novembre de 2016). Disponible a: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf.pdf?ua=1>
13. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La Atención Primaria De Salud: Más Necesaria Que Nunca. Ginebra: World Health Organization; 2008.

4.2.

Continuïtat assistencial i coordinació entre nivells assistencials

ÀNGELA VILÀ

4.2.1. Introducció

Actualment tenim a Catalunya, com a molts altres territoris, una realitat social canviant en relació amb les necessitats d'atenció de les persones amb un 5 % de la població que presenta necessitats complexes de salut.¹ Els serveis de salut i social s'enfronten a nous reptes derivats dels canvis en les expectatives del procés de salut-malaltia, l'aparició de nous problemes de salut (noves pandèmies) i de l'envelliment de la població. Per altra banda, cada cop hi ha una major incidència i prevalença de malalties cròniques, amb la consegüent limitació funcional progressiva. A tot això cal afegir la reducció de les estades hospitalàries, els avenços tecnològics, canvis en els models familiars que comporten una disminució de la xarxa de suport informal... Els models de provisió d'atenció i cures haurien d'estar canviant d'acord amb aquesta realitat que condueix a un increment de la complexitat i a la necessitat d'anticipació enfront de les situacions de malaltia i dependència. En aquesta línia tenim el model d'atenció que proposa el Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS), que té com a objectiu garantir un atenció integrada i centrada en les persones² capaç de donar resposta a les seves necessitats amb una atenció de base comunitària.

Entre les estratègies que planteja i com a pilar fonamental per afrontar aquest nou paradigma trobem la continuïtat assistencial i la coordinació entre els serveis socials i sanitaris, ja que la fragmentació produeix una pèrdua en l'eficàcia i l'equitat del procés assistencial.³

La **continuitat assistencial** es defineix com el grau de coherència i unió de les experiències en l'atenció que percep la persona al llarg del temps de forma que siguin coherents amb les seves necessitats de salut i el context personal. Mentre que la **coordinació** es refereix a la interrelació creada entre tots els professionals socials i sanitaris que proporcionen l'atenció en els diferents nivells assistencials.⁴ És un element bàsic per garantir la qualitat dels serveis i que aquests siguin percebuts de qualitat per part de la persona i el seu entorn cuidador. Es tracta d'un procés interdisciplinar bidireccional en el qual les infermeres són professionals clau per conduir-lo.

4.2.2. Eixos de coordinació i continuïtat assistencial entre nivells assistencials

Podrem parlar de continuïtat assistencial quan trobem de forma simultània una atenció mantinguda al llarg del temps i percebuda pel pacient, que inclogui una connexió i sincronització dels serveis i el compliment d'objectius multidisciplinaris i centrats en la persona. Això implica l'existència d'un fil conductor entre l'atenció hospitalària i l'atenció primària en treball d'equip interdisciplinar.

4.2.2.1. Població diana

Les eines d'estratificació ens ajuden a identificar grups de risc i persones apropiades per beneficiar-se de l'anomenat *contínuum assistencial*: aquelles que per la complexitat del seu procés o situació de salut necessiten una atenció específica i transversal. S'identifiquen diversos grups de pacients:

1. Pacients amb un patró definit de comorbiditat o pluripatologia, amb múltiples ingressos hospitalaris no programats o múltiples visites a urgències. Pacients crònics complexos (PCC) i amb malaltia crònica avançada (MACA) o amb càrrega de morbiditat global per totes les malalties assignada pels GMA (grup morbiditat ajustada) (estrat de risc alt - molt alt) GMA 3-4.
2. Pacients amb malalties neurològiques o processos de baixa prevalença però que necessiten un abordatge específic i diferenciat. Per exemple, els pacients afectats d'accident vascular cerebral (AVC), esclerosi lateral amiotròfica (ELA), etc.
3. Persones grans amb situació d'alta fragilitat que necessiten accedir a diferents dispositius.

4. Atenció en processos de baixa prevalença duent a terme un paper capacitador. Per exemple: cures de pacients ostomitzats, etc.
5. Persones sense suport familiar i amb poca capacitat d'autocura.
6. Persones amb dificultat d'abordatge i *continuum* que necessiten un gran nombre de coordinacions i intervencions interdisciplinars.
7. Pacients en situació de final de vida.

4.2.2.2. PIIC (Pla d'Intervenció Individualitzat Compartit)

El PIIC és un document que trobem en la HCCC (Història Clínica Compartida) dels pacients PCC i MACA. Aquest document recull les dades de salut i socials més importants i les disposa en un entorn compartit d'informació, esdevenint una eina de comunicació entre professionals sanitaris de diferents nivells d'assistència. En aquest document tenim un apartat, el PDA (Pla de Decisions Anticipades), on s'ofereix a la persona la possibilitat de decidir on i com davant un agreujament de la seva malaltia. És un document àgil i flexible que és necessari que estigui actualitzat per tal de ser una eina de comunicació efectiva.

4.2.2.3. Informe d'alta

Disposar d'informes d'alta clars, concisos i de qualitat, que s'adaptin a les necessitats reals de la persona i professionals i que siguin visibles en un entorn compartit entre els diferents nivells assistencials són les claus d'èxit en la transició de la informació.

Paral·lelament a l'informe d'alta hospitalari existeix en alguns casos l'informe d'alta infermer (en el qual es reflecteixen totes les dades que necessiten altres professionals per donar continuïtat a les cures) i en d'altres, un informe conjunt de tots els professionals que han participat en l'atenció del pacient: metge geriatra, infermera, terapeuta ocupacional, treballador social, fisioterapeuta, etc. La seva principal rellevància és que conté tots els aspectes en un sol informe, facilitant el treball de forma integrada.

4.2.2.4. Sistemes d'alerta altes hospitalàries

El protocol Pre-Alt del CatSalut està adreçat als pacients que post alta hospitalària precisen atenció les pròximes 24-48 hores (cures, revisió pla terapèutic, etc.). És un instrument que millora la coordinació entre els nivells i

garanteix la continuïtat de cures dels pacients que requereixen una intensificació de l'atenció ja sigui per la seva situació de salut o la seva situació social, tot generant un avís a l'equip assistencial del pacient a atenció primària (AP) o a la residència geriàtrica 24-48 h abans que l'alta es faci efectiva.

Però més enllà dels sistemes informàtics, amb capacitat suficient per compartir aquesta informació a través de les alertes i l'informe de continuïtat de cures, per tal de garantir una transició efectiva cal disposar de l'actitud de comunicació dels professionals sanitaris. Una trucada telefònica o fins i tot una reunió presencial amb el professional que farà el seguiment a AP poden ser necessàries per garantir la continuïtat de cures.

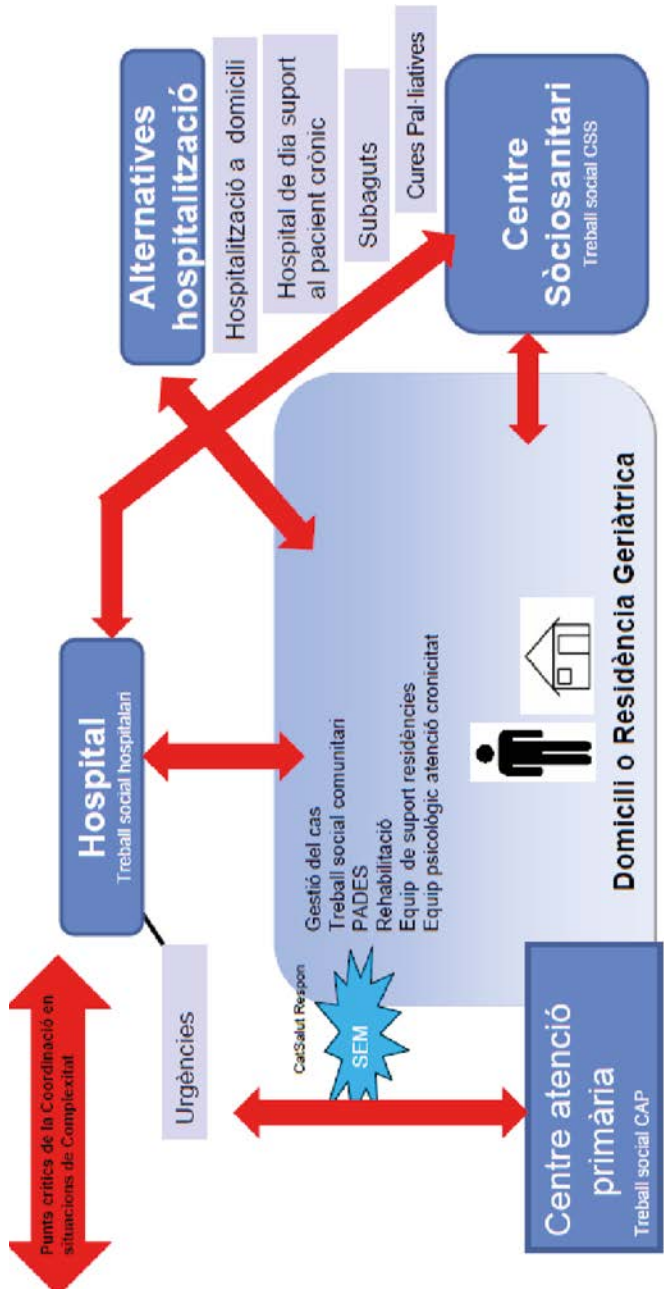
Professionals amb rol d'enllaç:

- Infermeres gestores de casos per als pacients d'alta condició de complexitat (figura 1) i fragilitat que es posen en contacte amb els professionals referents de l'equip d'atenció primària.
- Infermeres gestores de residències geriàtriques.
- Infermeres gestores de continuïtat assistencial en els hospitals d'aguts i centres sociosanitaris que gestionen el Pre-Alt per al retorn al domicili o àmbit residencial.
- Infermeres d'equips PADES (Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport) dedicades a l'atenció domiciliària de pacients en situació de final de vida.
- Infermeres assistencials i clíniques (per ex. infermera de patologia respiratòria crònica, de demències, etc.).

Aquests professionals ajuden a:

- Establir circuits àgils per la utilització dels diferents dispositius assistencials amb un sistema d'informació compartida 7 dies a la setmana i 24 hores al dia (l'anomenat 7x24).
- Adequar els recursos als diferents perfils i necessitats dels pacients.
- Millorar les transicions facilitant i acompanyant mentre es duen a terme.
- Definir referents per l'atenció a aquests pacients per nivells assistencials evitant la fragmentació. Porta d'entrada única.
- Seguiment proactiu preventiu.
- Millorar la satisfacció dels usuaris i dels professionals.⁵

Figura 1. Algorisme de punts crítics en la coordinació de fluxos assistencials



Font: estratègia per a la cronicitat de la Regió Sanitària de Girona (document inèdit)

4.2.3. Aspectes clau procés continuïtat assistencial

1. **La valoració** de les necessitats d'atenció centrada a fer una anàlisi dels serveis de salut i socials i els recursos en base a la situació del cas. Tenir en consideració que existeixen 3 tipus de continuïtat assistencial:
 - D'informació, amb dues dimensions: transferència d'informació i coneixement acumulat.
 - De gestió: important la continuïtat de professionals referents per crear vincle i aconseguir consistència assistencial.
 - De relació, interacció del pacient amb el proveïdor de forma coordinada al llarg del temps. Sigui quin sigui el context, tots els tipus de continuïtat assistencial contribueixen a una millora en la qualitat de les cures, un increment de la satisfacció del pacient i el seu entorn cuidador i a uns millors resultats en salut.³
2. **El diagnòstic** dels problemes de salut prioritaris, diagnòstics de risc per possibles complicacions, etc. en el recorregut del procés de continuïtat assistencial.
3. **La planificació**, identificació dels recursos i valoració de les dificultats respecte de l'assoliment de l'autonomia, adaptació a la nova situació, retorn al domicili o a un altre dispositiu sociosanitari.
4. **L'execució** del pla, activació del programa Pre-Alt, a fi de gestionar correctament l'alta, optimitzar recursos, evitar reingressos hospitalaris i visites a urgències. Bon ús vies preferents atenció.
5. **L'avaluació**, amb el control i indicadors de salut referents a l'efectivitat en el procés de la continuïtat assistencial: traspàs de la informació, dificultats, el temps de resposta des de l'atenció primària (Pre-Alt i visita post alta de seguiment per part de l'equip d'AP), integració dels serveis socials, grau de satisfacció usuaris, professionals etc. S'han desenvolupat instruments de mesura, per exemple: Coleman fa una revisió de tot el que necessita la persona quan es produeix l'alta hospitalària.⁶

4.2. CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL I COORDINACIÓ [...]



- L'entorn de complexitat sanitària i social situa la **continuitat i la coordinació** entre nivells assistencials com objectius estratègics i són reconegudes com unes de les principals dimensions de qualitat del procés assistencial.
 - La **infermera**, amb el seu treball de valoracions àgils, seguiment proactiu-preventiu, i l'aplicació de plans de cures individualitzats adequats a les necessitats de cada moment, és un **professional clau** en el procés de continuïtat que contribueix a una adequada utilització dels recursos i a una bona experiència d'atenció de la persona i el seu entorn cuidador.
 - El **PIIC (Pla d'Intervenció Individualitzat i Compartit)** i els informes d'alta infermers ha de ser l'instrument de comunicació entre professionals involucrats en l'atenció de pacients i és de vital importància que estigui actualitzat i correctament complimentat amb informació rellevant que ajudi els professionals que han d'atendre al pacient.
6. En la transició: conciliació medicació, educació i entrenament pacient i família, considerar preferències de la persona, identificació del professional a càrrec del seguiment, visita de seguiment planificada, etc.

Bibliografia

1. Departament de Salut. Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2016. Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/pla-de-salut/Pla-de-salut-2016-2020/documents/Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf
2. Generalitat de Catalunya. Bases per a un model català d'atenció a les persones amb necessitats complexes. Conceptualització i introducció als elements operatius. Document de treball versió 6.0 del 27 de març de 2017. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2017. Disponible a: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3305/bases_model_catala_atencio_persones_necessitats_complexes_2017_ca.pdf?sequence=4&isAllowed=y
3. Reig G. Continuitat Assistencial Infermera. Una millora en la qualitat i seguretat de les cures infermeres [Tesi]. Universitat de Girona; 2015.
4. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield FH, Adair CE, Mckendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. 2003; 327 (7425): 1219-21.
5. Institut Català de la Salut. Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut. Aplicació del model de gestió de casos a l'atenció primària de salut. Institut Català de la Salut [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2010. Disponible a: http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/protocols/gestio_casos.pdf
6. Coleman EA, MD, MPH. The Care Transitions Program [Internet]. Disponible a: <https://caretransitions.org/leaving-the-hospital-what-you-must-know/>

4.3.

Entrevista motivacional

MONTSERRAT MAS, QUIONIA VILLAR

4.3.1. Introducció

«Generalment les persones es convencen més per les raons que
descobreixen elles mateixes que per les que els expliquen
els altres»
Blaise Pascal (1662)

A l'atenció primària (AP) tots hem passat per l'experiència de veure com molts dels nostres pacients fracassen a l'hora de fer un canvi d'hàbits, de comportament, de seguir correctament un pla terapèutic, etc. Davant d'aquesta realitat, ens plantejem: Podem fer alguna cosa? Hi ha alguna tècnica que ens pugui ajudar? En la línia de contestar aquestes preguntes emmarquem l'entrevista motivacional (EM).

L'objectiu del present capítol és donar a conèixer l'EM a qui no la coneixeu, fer un recordatori a qui ja la utilitzeu i recordar a tots que l'eina més potent que tenim a les consultes és la comunicació amb el pacient. Quantes més tècniques comunicatives coneguem i puguem aplicar, més probabilitat hi haurà que els pacients millorin la seva salut.

4.3.2. Definició

L'EM és un mètode d'atenció centrada en el pacient amb un estil de conversa col·laboratiu, que reforça la motivació i el compromís de les persones amb el canvi, mitjançant l'exploració i la resolució de l'ambivalència. Consisteix a organitzar les converses de manera que les persones es puguin convèncer a elles mateixes per canviar, en funció dels seus propis interessos i valors.¹

Es va desenvolupar modificant el mètode terapèutic usat per tractar les addiccions (alcohol, tabac, etc.) i de forma progressiva s'ha anat estenent a la patologia crònica i a totes aquelles situacions en què ens cal un canvi d'hàbits o comportaments.

Habitualment, a la consulta d'AP i seguint el patró tradicional, la forma de motivar els pacients a fer un canvi és a través del consell, donem informació per a persuadir i obtenir modificacions. Durant molt de temps hem medicalitzat les consultes, ara es tracta de desmedicalitzar-les i ajudar els pacients a ser autònoms, responsables de la seva salut i acompanyar-los, facilitant la seva presa de decisions envers els canvis que els convé fer.²

4.3.3. Evidència

Una revisió sistemàtica del 2005 va trobar que l'EM tenia un efecte clínic significatiu en 3 de cada 4 estudis i va funcionar millor que el mètode estàndard tradicional en el 80 % dels estudis.³

Un article de revisió publicat a l'*Atención Primaria* 2013, conclou que l'EM és efectiva en el tractament de l'abús d'alcohol i en els canvis d'hàbits relacionats amb la dieta i l'exercici. També podria ser eficaç en la disminució de l'índex de massa corporal, colesterol plasmàtic total i pressió arterial sistòlica. En el cas del tabaquisme i la diabetis, l'evidència disponible és controvertida.⁴

L'any 2013⁵ es van publicar metaanàlisis que mostraven l'eficàcia de l'EM en l'increment de l'activitat física, la dieta i adherència terapèutica.

Al nostre país, l'estudi publicat l'any 2015⁶ amb l'objectiu d'avaluar l'eficàcia de l'EM per millorar el perfil de lípids conclou que hi ha una reducció significativa però similar a l'obtinguda amb la intervenció habitual. Però en un grau superior si es combinen els objectius de control de lípids i exercici físic.

Darrerament també s'han publicat estudis que relacionen l'EM amb una millora de l'activitat física,⁷ dels paràmetres de control de diabetis⁸ i amb l'autocura, en el cas de la insuficiència cardíaca.⁹

Tot i això, la darrera revisió sistemàtica i metaanàlisi publicada l'any 2020¹⁰ que avalua l'EM feta per infermeres en el tractament dels factors de risc cardiovascular mostra una associació pobre i aconsella més estudis.

Com sempre que es busca evidència en temes de comunicació, no és fàcil arribar a una conclusió clara. Falten més estudis amb homogeneïtat.

4.3.4. Habilitats comunicatives

Aquestes habilitats no són exclusives de l'EM; les utilitzem normalment en la relació assistencial quan treballem amb el model centrat en la persona.¹¹

Les quatre primeres tenen a veure amb com «escoltem» i van lligades al acrònim PARS (Preguntes obertes, Afirmacions, Reflexos, Sumaris). La darrera està relacionada amb com «informem».

- Preguntes obertes: són aquelles que no poden ser contestades només amb una o dues paraules. Conviden a una àmplia quantitat de respostes. Són bàsiques en tota entrevista en què volem recollir informació. Per exemple: quins aspectes de la teva salut et preocupen més? A l'EM s'utilitzen en totes les fases, podríem dir que són la clau mestra que ens permetrà obrir totes les portes.
- Afirmacions: cal buscar els recursos, les fortaleses, les habilitats, les intencions, les accions, etc. per retornar-les al pacient en forma d'afirmacions positives. El contrari, fer que les persones se sentin malament amb elles mateixes, no ajuda a canviar. Per exemple: aquesta setmana t'has esforçat molt!
- Escolta reflexiva: consisteix a repetir al pacient el que ens ha confiat amb les seves pròpies paraules o amb altres similars. El pacient se sent escoltat, es comprova que s'ha entès el que ens ha volgut dir i es propicia una reflexió lliure del pacient. Exemple de possibles inicis de frase: Així que penses que... Sembla que... Vols dir que...
- Resumir / fer sumaris: consisteix a ordenar el que s'ha generat al llarg de l'entrevista i demanar si s'està d'acord. Ha de contenir els pros i contres que s'han discutit, es posa de manifest l'ambivalència del pacient d'una forma respectuosa. Ens permet al final preguntar «alguna cosa més?», que torna a donar la paraula al pacient. Una vegada exposat el sumari es passa a la pregunta clau: «Bé, i a partir d'aquesta situació, tens alguna idea del que pots fer?»
- Informar i aconsellar: es demana permís al pacient o es respon a una demanda explícita de consell i tota la informació va relacionada amb les necessitats que detectem i que permetran ajudar-lo a arribar a les seves pròpies conclusions.

4.3.5. Roda del canvi – Piràmide del canvi

Les etapes del canvi són les passes prèvies a l'EM, que es consideren la base per entendre el procés del canvi. Es basa en el model de la roda de Prochaska i di Clemente¹² (figura 1), que es va descriure inicialment per fumadors i localitza de forma gràfica l'estadi del canvi del pacient.

La persona que considera un canvi passa per les següents fases: precontemplació (no té previst canviar), contemplació (fase de dubte o ambivalència), determinació (presa de decisions), acció (primers passos), manteniment (canvi de conducta d'almenys 6 mesos) i, a partir d'aquí, una revisió estable sortint de la roda o recaiguda, reiniciant el procés.

L'EM és molt potent a les primeres fases del canvi, la precontemplativa i la contemplativa.

Francesc Borrell en el seu llibre *Entrevista clínica*¹¹ parla de la piràmide del canvi (figura 2). A la base hi ha els pacients que estan oberts als consells per millorar la salut (en aquest cas una enunciació directa, uns consells explícits o inclús unes ordres concretes són suficients). En el vèrtex de la piràmide trobaríem els pacients inabordables a qualsevol intent de canvi, fem el que fem o parlant, no aconseguirem canvis, necessiten un element extern que s'anomena «modelat de conducta». Per exemple: tutor que administri les pastilles, recordatoris, etc. Entre aquests dos hi ha els casos que, ben motivats, són capaços de canviar; ells mateixos seran els motors del canvi i que serien els candidats a l'entrevista motivacional.

4.3.6. Principis o fonaments bàsics de l'EM

- Empatia: és en primer lloc un estat emocional del professional que li permet detectar emocions en el pacient i, en segon lloc, poder expressar-li que s'ha adonat d'aquesta emoció, de forma verbal (per exemple: veig que pateix, etc.) o no verbal (expressió facial).¹¹
- Crear, reconèixer l'ambivalència: l'ambivalència és un element normal en la preparació pel canvi i també l'entrebanc més habitual. Quan parlem amb una persona ambivalent escoltem dos discursos: discurs de canvi (arguments a favor del canvi) i discurs de manteniment (arguments a favor del no canvi). Treballar l'ambivalència és treballar el nucli del problema. L'única manera de sortir d'aquesta situació és decidir una direcció i seguir-la. La proporció entre tots dos prediu el canvi i es

veu influenciat pel professional. No s'aconsella explorar ni treballar de forma específica el discurs de manteniment.

«Sí, però...». El «però» és l'element clau que obre la porta cap a la conversa relativa a l'ambivalència. Per exemple: «sé que haig de perdre pes, però m'encanta el pa». Tot allò que apareix darrere els «però» ho haurem de tenir en compte a l'hora de planificar el tractament per a millorar l'adherència.

- Evitar la discussió: una tendència molt habitual quan un pacient ve ambivalent és que nosaltres sortim defensant el que és correcte (no beure, fer exercici, etc.), i els diem el que «han de fer». Això el pacient ja ho sap i la seva resposta serà explicar tots els seus motius per no fer el canvi, les seves resistències. En la majoria dels casos se sentirà enfadat, no comprès, a la defensiva i probablement conclourà que no vol canviar. Fer que algú verbalitzi els arguments en favor d'una postura tendeix a inclinar la balança cap a aquesta banda. Quan detectem resistències vol dir que no estem seguint el bon camí, hem de parar i revalorar la situació.
- Donar un gir a la resistència: el pacient és una font de possibles solucions, no hem d'imposar els nostres punts de vista, només és bo suggerir-los. És important evitar la confrontació.
- Fomentar l'autoeficiència: s'entén per autoeficiència la confiança de cada un en les habilitats que tenim per fer amb èxit alguna cosa. El pacient ha de creure que pot canviar i això comportarà molta motivació. La falta de motivació és un repte per a les nostres habilitats terapèutiques, no una raó amb què culpar els pacients. Demanar al pacient que expliqui els seus èxits anteriors incrementa la confiança i reforça l'autoeficiència.

Dos dels fonaments de l'EM, l'empatia i recolzar l'autoeficiència, són ben coneguts pels professionals d'AP, sobretot per les infermeres que els incorporen com elements clau a tots els mètodes de la comunicació terapèutica.¹³

4.3.7. Mètode d l'EM¹

Consta de quatre fases, que són una escala que es pot pujar i baixar segons les necessitats:

1. Vincular. Creació de vincle de confiança. L'AP es caracteritza per una relació al llarg de la vida del pacient i de tota la família. Això determina que en la majoria de casos el vincle ja existeixi o sigui més fàcil d'establir. En aquesta fase l'empatia és la tècnica bàsica.

2. Enfocar. Procés que permet desenvolupar i mantenir la direcció de la conversa cap al canvi, identificar un objectiu a aconseguir i els problemes a resoldre. El canvi sol ocórrer quan la persona nota una discrepància entre la situació actual i les seves metes o valors.
3. Evocar. Cor de l'EM, treure a fora les motivacions i idees del mateix pacient. És quan ja s'ha plantejat un canvi concret. En aquesta fase treballem l'ambivalència. Un cop hem deixat que el pacient s'expliqui, resumirem i farem una pregunta clau. Per exemple: que vol fer ara ?... Fem una pausa i podem passar a la següent fase.
4. Planificar. De vegades les persones ja estan motivades i només volen la nostre ajuda per planificar. Inclou també demanar el compromís de fer-ho. S'aconsella utilitzar la dinàmica de «pregunta-informar-pregunta»(P-I-P). Per exemple: Que sap sobre...? M'agradaria afegir... Què significa això per vostè? Si es plantegen objectius molt ambiciosos es útil dividir-los.

L'EM és un mètode d'atenció centrada en el pacient, un tarannà, una manera de fer. Es pot incorporar a l'activitat assistencial i pot aplicar-se a quasi totes les consultes. Un cop atès el motiu de consulta, demanarem al pacient si vol parlar de temes pendents (dieta, tabac...) i iniciarem EM breu, com per exemple:

1. Inici: Vol que parlem de la dieta...?
2. Exploració de motius de preocupació: Quines dificultats creu que té quan fa dieta...?
3. Elecció d'opcions de canvi: Quines opcions creu que té per treballar l'ansietat quan fa dieta?
4. Resum i acabar amb la pregunta...l'he entès bé?

Intervencions breus de menys de 15 minuts resulten eficaces³ i, a més, augmenten la nostra satisfacció com a professionals.

No decisions about me, without me
(«Cap decisió sobre mi, sense mi»)

Valerie Billingham 1998

4.3.8. Aspectes clau

L'entrevista motivacional ajuda a les persones a canviar en funció dels seus interessos i valors. Elements bàsics:

- Aproximació col·laborativa.
- Escolta reflexiva.

- Treballar l'ambivalència.
- Identificar el diàleg de canvi.
- Minimitzar resistències.
- Evocar motivacions / idees del mateix pacient.
- Presa de decisions compartides.
- Ajudar a formular el pla d'acció.
- Mantenir el compromís pel canvi.

Bibliografia

1. Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional, ayudar a las personas a cambiar. 3a edición. Barcelona: Espasa Libros S.L.U.; 2015.
2. Granollers S. La entrevista motivacional: una técnica útil en la consulta de enfermería. Nurs [internet]. 2004; 22 (7): 58-63. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-la-entrevista-motivacional-una-tecnica-S0212538204716957>
3. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br. J. Gen Pract [Internet]. 2005; 55 (513): 305-312. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463134/>
4. Bóveda J, Pérula LÁ, Campiñez M, Bosch JM, Barragán N, Prados Castillejo JA. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. Aten. Prim. [Internet]. 2013; 45 (9): 486-495. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713000504>
5. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C et al. Motivational interviewing in Medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Patient Educ. Couns [Internet]. 2013; 93 (2): 157-168. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399113002887>
6. Bóveda J, Barragá N, Campiñez M, Pérula LÁ, Bosch JM, Martín R et al. Effectiveness of motivational interviewing in patients with dyslipidemia: a randomized cluster trial. BMC Fam Pract [Internet]. 2015; 16: 151. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26498221/>
7. Barrett S, Begg S, O'Halloran P, Kingsley M. Integrated motivational interviewing and cognitive behaviour therapy for lifestyle mediators of overweight and obesity in community-dwelling adults: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health [Internet]. 2018; 18 (1): 1160. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6173936/>
8. Dehghan-Nayeri N, Ghaffari F, Sadeghi T, Mozaffari N. Effects of motivational interviewing on adherence to treatment regimens among patients with type 1 diabetes: a systematic review. Diabetes Spectr [Internet]. 2019; 32 (2): 112-117. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6528390/>

9. Vellone E, Rebora P, Ausili D, Zeffiro V, Pucciarelli G, Caggianelli G et al. Motivational interviewing to improve self-care in heart failure patients (MOTIVATE-HF): a randomized controlled trial. *ESC Heart Fail* [Internet]. 2020; 7 (3): 1309-1318. Disponible a: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ehf2.12733>
10. Mifsud JL, Galea J, Garside J, Stephenson J, Astin F. Motivational interviewing to support modifiable risk factor change in individuals at increased risk of cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *PLoSOne* [Internet]. 2020; 15 (11): e0241193. Disponible a: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0241193>
11. Borrell F. Entrevista clínica. Manual de estratègies pràcticas [Internet]. Barcelona: SemFiC Ediciones; 2016. Disponible a: https://www.semfiyc.es/wp-content/uploads/2016/05/EntrevistaClinica_Borrell.pdf
12. Prochaska JO, DiClemente C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J. Consult. Clin. Psychol* [Internet]. 1983; 51 (3): 390-395. Disponible a: https://www.researchgate.net/publication/16334721_Stages_and_Processes_of_Self-Change_of_Smoking_-_Toward_An_Integrative_Model_of_Change
13. Mandy D, Lee H. Entrevista motivacional, un camino para mejorar la salud. *Nursing* [Internet]. 2014; 31 (6): 24-29. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-pdf-S0212538214002015>

4.4.

Treball en equip

JOANA FRIGOLÉ

4.4.1. Definim què és el treball en equip

El treball en equip el podem definir com un grup de persones amb punts de vista, habilitats i competències diferents, que són capaces d'agrupar esforços i treballar per un **objectiu comú, compartit i concret**. Els equips es creen o apareixen per aportar coneixement, compartir informació, criteris, i per aconseguir objectius comuns gràcies a les aportacions i la labor de cada membre. El que es pretén, quan es treballa en equip, és unir esforços i aptituds per aconseguir més eficàcia i eficiència.

Com més gran sigui l'enteniment i la cohesió entre els membres de l'equip, millors resultats s'obtindran en la posada en marxa dels projectes.

4.4.2. Distinció entre grup, equip i equip «extra-ordinari»

Tots en algun moment de les nostres vides haurem format part d'algun equip que ha obtingut uns resultats extraordinaris. No només en termes d'eficiència i efectivitat, sinó per la capacitat de diferenciar-se aconseguint allò que els altres havien considerat impossible.

Per poder entendre què és el que fa que un equip acabi sent «extra-ordinari», pot resultar molt útil distingir el **grau de responsabilitat** que assumeixen els seus integrants davant les circumstàncies. Aquest grau de responsabilitat està directament relacionat amb el nivell de **maduresa emocional** de l'organització i dels membres que la integren.

4.4.2.1. Grup - obediència

El primer nivell de responsabilitat i més bàsic, ens el trobem en un grup de persones, que es poden conèixer o no, però que són físicament presents i comparteixen uns recursos i/o espais. No tenen vincles socials o psicològics que els uneixin, però tenen un propòsit comú. En aquest cas, el grau de responsabilitat dels seus membres es basa a complir amb les normes que estan establertes.

L'obediència és fonamental per al bon funcionament de qualsevol col·lectiu. Tots els grups socials estableixen **normes, procediments i pautes de funcionament** que els permeten tenir una convivència fluida, sense necessitat de debatre ni prendre decisions davant de cada situació que sigui repetitiva i previsible. A tall d'exemple estaran en aquesta situació les persones en un autobús, en un estadi esportiu, centre comercial, etc. I, perquè no, també ens trobem en aquest primer nivell dintre de l'organització, quan cada un fa la seva feina, compleix amb el que se li demana, seguint els protocols, normes i procediments previstos.

Les dificultats apareixen quan les normes perden la seva utilitat i adequació a la realitat canviant, i el grup les continua obeint sense plantejar-se el valor que aporten amb la seva simple obediència.

4.4.2.2. Equip - motivació

Anem pel segon nivell de responsabilitat i maduresa emocional. En aquest cas, un conjunt de persones es posa en acció per organitzar l'espai, els recursos, per assolir un objectiu comú i concret, d'una manera coordinada.

Per assolir el seu repte, posen en joc la diversitat de competències de cada individu. En aquest cas, la motivació pren un gran protagonisme. Els membres se senten motivats i satisfets amb les seves actuacions, perquè la dinàmica de l'equip els permet posar en joc les seves **fortaleses i el seu talent**.

L'equip s'organitza de manera que tots els participants seran considerats importants i plegats trauran un gran rendiment de les diferències, particularitats i discrepàncies. Per tal de crear un context de relació de confiança i compromís, construir i atrevir-se a aprendre coses noves, créixer i millorar, és necessari que els membres de l'equip parin atenció a les fortaleses i no només a allò que els falta.

La motivació, les ganes i la implicació de cada membre per fer la tasca que ha assumit, alimenten l'energia, el poder d'influència i l'aportació que cada participant farà a l'equip.

Així doncs, aquí ja prenen protagonisme les emocions. Els resultats de l'equip poden arribar a ser inimaginables si els reptes són afrontats des de l'entusiasme i no des de la resignació.

Disminuiran el seu rendiment quan apareixen les dificultats i adversitats, lògiques i previsibles en qualsevol projecte. És a dir, quan les circumstàncies no permeten als seus membres fer allò que els agrada o no tenen els resultats esperats. La motivació per si sola no és suficient per mantenir l'optimisme i l'energia quan apareixen adversitats i entrebancs. I és aleshores que apareixen les frustracions i el desànim. En definitiva, la motivació, si no va acompanyada del compromís amb una aportació de valor, no serà sostenible en el temps.

4.4.2.3. Equip «extra-ordinari» – compromís

El tercer nivell de responsabilitat i maduresa el facilitarà una **visió compartida** i **donar sentit** a allò que estan fent com a equip. El que dona sentit és la percepció de **l'aportació de valor**, la contribució, la utilitat i el llegat que deixaran amb la seva labor.

L'aportació de valor sempre parteix d'una visió. La visió és la capacitat de somiar, imaginar i visualitzar com podrien ser les coses si no hi hagués cap limitació. No saben com ho faran ni quins procediments seguiran. Però saben quin és el seu propòsit i on volen arribar plegats. La visió és el far que fa de guia i marca la direcció cap a on es dirigeix l'equip. La velocitat i el com hi arribaran perden protagonisme. I pren rellevància el repte de convertir-se en autèntics motors de transformació de la societat.

Comptar amb una visió compartida desperta un grau d'implicació i compromís extra, que va molt més enllà de les ganes i motivació d'un equip normal, perquè afloren sentiments que aporten una energia extra, que fa que tothom hi posi un xic més del que tocaria. Així és com despleguen tot el seu talent davant de les adversitats, perquè posen en joc sentiments relacionats amb la **resiliència** i que tenen un gran poder transformador: **la solidaritat, la valentia, la justícia i la tenacitat**.

Per altra banda, ja no es tracta només de contribuir a aconseguir uns objectius operatius, sinó que l'equip «extra-ordinari» també vol preservar i potenciar les relacions i emocions que posen en joc amb els seus companys per assolir-los. Així prenen rellevància el sentiment de pertinença, la confiança mútua i el sentiment d'interdependència.

Més enllà de fer només allò que els agrada, la visió compartida i el propòsit els fa molt més resistents a les frustracions i dificultats, perquè l'equip està compromès en l'aportació de valor i el sentit que donen a allò que estan fent

i cada un dels membres és molt conscient de la seva part de responsabilitat i contribució, tant si els resultats són favorables com quan sorgeixen dificultats.

Disminuirà la seva energia i implicació quan l'equip té el sentiment de pèrdua de visió i sentit d'allò que estan fent, quan no hi ha una visió compartida o alguns dels seus membres eludeixen la seva responsabilitat en els resultats. En aquest sentit, el paper d'un lideratge amb un gran poder d'influència i capacitat per generar un visió estratègica tindrà un paper determinant.

4.4.2.4. Lideratge i poder d'influència d'un equip

Els equips «extra-ordinaris» requereixen d'un lideratge estratègic i motor de canvi capaços de generar una visió estimulante, transformar-la en una realitat i consolidar-la en el temps.

- **Visió estimulante:**

El lideratge és el resultat d'una visió engrescadora i autèntica sobre allò que hem vingut a fer a aquest món.

Requereix d'una capacitat d'imaginar i somiar com serien les coses en el futur si haguéssim superat les dificultats actuals en el COM. S'aparta de la necessitat de buscar LA solució concreta a problemes concrets.

Genera paradigmes que obren possibilitats i potencia la capacitat de veure oportunitats on els altres hi veuen dificultats.

En massa ocasions es continua liderant des de l'exigència i posant més el focus *en el que falta*, en una sobrevaloració de l'esforç i les dificultats, en lloc de generar un visió engrescadora i compartida que mobilitzi les emocions que donen energia «extra» per a accions «extra-ordinàries».

Comptar amb una visió desafiant, apassionant i inspiradora, dona prou energia per poder superar totes les dificultats i reptes que suposarà realitzar les accions que caldran per arribar-hi.

- **Poder d'influència:**

Un lideratge transformador i influent és aquell que és capaç de treure rendiment a les fortaleces de l'equip. Té l'habilitat de despertar la creativitat, el talent i els valors de tots els integrants, per generar valor i sentit. Ens referim al poder d'influència d'aquest líder, com l'autoritat informal i credibilitat, independentment del grau de poder jeràrquic que l'organització li hagi adjudicat.

La capacitat que tingui aquest líder per transmetre la seva visió, saber posar en joc emocions positives i les seves habilitats d'interrelació, li permetran mobilitzar cap al canvi els membres de l'equip i a animar-los a sortir de la seva zona de confort.

- **Gestió del procés de canvi i transformació:**

L'entusiasme inicial que genera la visió i el poder d'influència del líder, no serien suficients si no hi hagués capacitat per gestionar les frustracions i tensions mentre els canvis no siguin perceptibles.

Haurà de posar en joc estratègies organitzatives, relacionals i emocionals ajustades a cada situació. Caldrà trobar la manera de superar els reptes i dificultats que es generin al si de l'organització i l'activitat de cada lloc de treball.

4.5.

Factors imprescindibles per a generar equips «extra-ordinaris»

JOANA FRIGOLÉ

4.5.1. Definició de *missió* i funcions de les diverses àrees funcionals i llocs de treball

Igual que l'organització necessita una direcció i una estratègia per aconseguir els seus objectius, els treballadors i membres d'un equip necessitaran saber quin és el paper que s'espera que compleixin dins de l'organització.

En apartats anteriors hem esmentat la importància de la visió compartida i un propòsit. Per portar-la a la pràctica ens caldrà definir **COM**, concretant la missió, funcions, responsabilitats i tasques de les diferents àrees funcionals i llocs de treball.

És important que l'organització disposi d'una definició de llocs de treball amb un format flexible. Tots els membres d'un equip han de saber quines expectatives hi ha sobre el seu lloc de treball. Així sabran com poden contribuir per aconseguir l'objectiu i podran focalitzar la seva energia i treball.

Aquesta organització i la definició prèvia faciliten una adequada selecció i integració de les noves incorporacions als llocs de treball, les relacions entre els companys i un adequat desenvolupament de l'aportació de cada membre de l'equip.

4.5.2. Comunicació fluida interna i externa

Quan l'organització o alguna àrea funcional han de prendre decisions unilaterals, és molt important que els canals d'informació cap a dins i cap a fora siguin efectius. Que la informació arribi a cada col·lectiu implicat en el moment oportú. Un intercanvi àgil de la informació permet garantir que s'adoptaran oportunament les decisions adequades i no existiran dubtes en els membres de l'equip respecte del que han de fer, quan, com i per què. En aquest cas ens pot servir com a exemple un canvi de qualsevol normativa aplicada a l'organització.

Per altra banda, també cal contemplar la comunicació en la direcció inversa. És a dir, comptar amb canals de recollida d'informació, per tal que totes les persones de l'organització puguin dir la seva opinió i puguin ser considerades en decisions a prendre. Per exemple, bústies de suggeriments, qüestionaris de satisfacció, etc.

En altres ocasions, també cal assegurar que les persones no s'assabentin d'aspectes rellevants de la seva organització a través de fonts externes. No tant per la implicació directa que puguin tenir determinats col·lectius en les decisions a comunicar, com pel sentiment de sentir-se ignorats o menysvalorats. Per exemple, amb qualsevol notícia que aparegui a la premsa, campanyes de publicitat o xarxes.

Finalment, les estratègies relacionals entre els diferents membres de l'equip seran fonamentals per a tots els processos de comunicació. Ho anirem desgranant al llarg dels propers apartats.

4.5.3. Sistemes efectius de participació activa

És molt important que l'organització hagi generat canals de participació activa, reunions i espais de treball en equip que facilitin la generació de la creativitat, aportació d'idees, innovació, coordinació i execució de projectes.

Per tal que els membres de l'equip es sentin que en formen part, és fonamental que cada un d'ells tingui una participació activa. No la considerarem com a tal, quan els membres assisteixen a les reunions únicament com a espectadors i/o quan només opinen sobre «el que els altres haurien de fer».

Així doncs, els integrants d'un equip no només hauran de tenir tasques específiques a realitzar, sinó que han de sentir-se involucrats en la discussió

dels problemes, en les decisions que s'adoptin i ells mateixos també tindran un rol actiu en el procés de posada en marxa de les solucions proposades.

També és molt important que s'hi involucri a totes les **persones rellevants**, que directa o indirectament estan relacionades amb el tema que s'estigui tractant o, també, aquelles que tenen coneixements que poden facilitar-ne l'estudi. Amb massa freqüència, per comoditat o per afinitat, es posen en marxa grups on s'ignora a determinats companys. Quan arriba el moment d'implantació és molt possible que apareguin dificultats que haurien pogut ser evitables si s'hagués comptat amb la mirada d'aquestes persones rellevants. Per altra banda, serà molt més difícil comptar amb el seu compromís i col·laboració si, tot i que es vegin directament afectats per les decisions preses, no se'ls té en compte a l'hora de dissenyar les solucions. Sovint aquestes dinàmiques de funcionament acaben causant aleniments, imprevistos i greus perjudicis en les etapes d'implantació de les decisions.

4.5.4. Equips multidisciplinars i multicompetencials

La varietat de punts de vista i expertesa és fonamental per a garantir una màxima efectivitat de la situació.

Per tant, és molt important que en els equips hi hagi una mirada multidisciplinar des de diferents àrees funcionals: tècnica, administrativa, comercial, atenció al client, finances, gestió de persones, serveis, producció, logística, operacions, sistemes informació, etc.

Els grups de treball endogàmics acaben tenint mirades esbiaixades i parcials en la seva manera d'interpretar els problemes, les seves causes i la forma d'implantar les seves solucions.

Aquesta multifuncionalitat també facilita que dintre de l'equip hi hagi diferents perfils competencials, fonamental cada un d'ells per aportar valor, riquesa i flexibilitat al treball de l'equip.

Cada un d'ells contribuirà a les dinàmiques, tipus d'energia i comportament relacional. I, al mateix temps, tindrà les limitacions o vulnerabilitats que li són pròpies i, per tant, que seran equilibrades o compensades pels seus companys. Podem preveure multitud de perfils competencials, però a tall d'exemple m'agradaria destacar els següents, segons els seus patrons relacionals amb la tasca o amb els altres.

Quan tenim en compte el patró de relació amb la tasca, podem trobar-nos els següents perfils:

- **Creatiu-Innovador**

Dona vida a l'equip i l'ajuda a ampliar la seva mirada i a sortir dels paradigmes previsibles. Sap aplicar la seva experiència prèvia a situacions noves. Li agrada generar noves propostes i resoldre problemes complexos. Passa fàcilment a l'acció i les seves propostes solen ser innovadores, heterodoxes i independents. Amant de la novetat i dels nous projectes que li suposen un repte, s'avorreix en la monotonia i tasques que requereixen constància o repetibilitat.

- **Finalitzador**

Persistent, acaba el que comença. Imprimeix sentit d'urgència a l'equip. Compleix els terminis i treballa amb molta precisió. Esforçat, ordenat, detallista. Busca minimitzar els errors i procura assegurar-se que tot quedarà ben acabat. Es preocupa per a la precisió i el detall.

Es sentirà ansiós quan percep que el projecte s'allarga o es complica. Li costa delegar i prefereix arribar personalment fins al final en el seu treball, per assegurar-se que tot queda ben lligat.

- **Especialista**

Dintre de l'equip, juga el paper d'expert i especialista en el desenvolupament de determinades parts del projecte, que requereixen qualitats i coneixements específics. Li agrada aprofundir en els temes i projectes. Sempre busca més informació i adquireix un ampli domini d'àrees de treball i tasques concretes.

Només s'interessa en cada moment per una cosa. Li costa flexibilitzar el seu ritme de treball, obviar detalls secundaris i buscar l'efectivitat del conjunt. Contribueix només quan es tracta d'un tema que coneix molt bé. S'esplaia en tecnicismes.

- **Resolutiu**

És el millor per a establir contactes externs, per a buscar recursos fora del grup i participar en les negociacions. Gran habilitat per a sondejar en recerca d'informació i pensar amb autonomia. Extravertit, comunicatiu, entusiasta i negociador. Desenvolupa contactes. Explora oportunitats i hàbil per a descobrir el que hi ha disponible i el que es pot fer. Gran sentit inquisitiu. Tarannà obert.

Necessita l'estímul dels altres per a posar-se en acció. Pot ser massa optimista. Perd l'interès un cop s'ha d'aprofundir en detalls i ha desaparegut l'entusiasme inicial.

- **Analític**

Analitza els problemes, les idees i els suggeriments. Sospesa els pros i els contres de les diferents alternatives. Prudent, seriós i poc amant de manifestar les seves emocions. Racional i amb gran capacitat de pensament crític. Lent a l'hora de decidir, però quan pren una decisió està basada en una anàlisi acurada i objectiva de la situació.

Li manca iniciativa i habilitat per animar els altres membres de l'equip. De vegades, la seva cautela fa que arribi tard.

- **Implementador**

Transforma les idees en accions. Porta a terme la tasca en totes les facetes, inclosa la part més pesada del treball. Organitza el treball operatiu i porta les idees a la pràctica. Gran capacitat d'organització, sentit comú per a les coses pràctiques, aborda els problemes de manera sistemàtica, autodisciplinat, complidor i previsible. Fiabilitat i capacitat per a les aplicacions pràctiques. Lleial a l'organització.

Li manca flexibilitat de criteri. Serà lent a reaccionar davant noves possibilitats d'actuació, basades en un punt de vista més global, estratègic o de futur.

Quan tenim en compte el patró de relació amb els altres, podem trobar-nos amb 3 perfils:

- **Cohesionador**

Ajuda a resoldre problemes interpersonals dintre de l'equip. Tracta d'evitar friccions. Ningú el veu com una amenaça i crea un clima de cooperació al seu voltant. Caràcter adaptable, empàtic i sensible. Es preocupa pels altres. És flexible i adaptable a diferents situacions i persones. Diplomàtic i perceptiu.

No li agraden les situacions de pressió i enfrontament. Pot sacrificar l'eficàcia dels resultats per tal de no posar en perill la cohesió del grup.

- **Impulsor**

Genera acció, impulsa el treball i dirigeix l'equip. Treballa bé sota pressió. Li agrada fer els canvis que siguin necessaris i no li importa haver de prendre decisions impopulars. Alta energia, vitalitat, motivació i necessitat d'èxit. Decidit, li agraden els reptes, lidera i empeny els altres cap a l'acció i a guanyar. Pot gestionar les confrontacions i, fins i tot, treure'n rendiment.

El seu interès per passar a l'acció fa que no tingui prou en compte els sentiments i necessitats dels altres. Els altres poden sentir-se ofesos o interpretar els seus comportaments com una provocació.

- **Coordinador**

Madur i segur de si mateix. Obté el millor de la gent i aprofita al màxim el talent de cada un dels membres de l'equip. Maneja bé el grup i crea un sentit d'objectiu comú. Sap connectar i buscar la part compartida de cada un dels objectius individuals, de forma que uneixin forces i recursos per treballar per a fites compartides. Madur, equilibrat, tranquil, confia en si mateix i inspira confiança. Té punts de vista amplis i capta les virtuts individuals. S'involucra en l'acció i les activitats de l'equip. Sap delegar.

A vegades pot ser interpretat com un manipulador. Evita el treball personal directe.

4.5.5. Recerca de la innovació

L'intercanvi d'idees que es produeix en un equip multidisciplinari i multicompetencial genera noves formes de veure i solucionar els problemes. En aquests tipus d'equips, la diversitat genera un marc idoni perquè es desperti el descontent amb l'estatu quo i la capacitat per posar en dubte els vells paradigmes i de generar-ne de nous.

La innovació i la creativitat no impliquen només buscar solucions «originals» i fer canvis «revolucionaris». En la majoria de les ocasions, radica en la capacitat de veure petites alternatives, retocs, simplificacions o canvis en els procediments i metodologies que tenen capacitat de generar gran impacte.

Un equip innovador és aquell capaç de generar un 80 % de resultats, actuant sobre el 20 % de les causes clau.

Tot projecte és una iniciativa única. Per tant, és important que els integrants de l'equip tinguin la voluntat d'aprendre noves tècniques o mètodes per a ser aplicats en el projecte. Això sempre implica viure la diversitat de criteris, punts de vista i característiques de les persones de l'equip com una avantatge i, per tant, tenir voluntat d'aprendre dels altres.

4.5.6. Orientació a la solució dels problemes i recerca de l'excel·lència

La fragmentació, la rivalitat i el victimisme són tres grans frens que impedeixen que l'equip s'enfoqui en la solució dels problemes. Aquestes limitacions activen debats i discussions, on se centren més esforços a buscar qui és el culpable dels

problemes que no pas a unir esforços, col·laborar i resoldre la situació amb l'objectiu d'aportar valor.

- **Fragmentació - Globalitat:** La nostra capacitat de percepció és limitada i està condicionada per les nostres creences particulars, experiència, necessitats i moment vital. A partir dels fets que la realitat ens presenta, cada un té diferents punts de vista i, per tant, fa la seva pròpia interpretació particular de la realitat, es genera una opinió i es construeix la seva «veritat». És precisament a partir del treball en equip que es poden posar de nou tots els fets sobre la taula, objectivar la realitat i construir noves percepcions més àmplies, complertes i riques. Però sovint, quan hi ha interessos o necessitats en joc, això no resulta fàcil.
- **Rivalitat - Col·laboració:** A vegades alguns membre de l'equip dediquen més energia a «defensar» i «demostrar» que «són bons», que «soc el millor» o que «ha estat gràcies a mi», que a aportar valor. La por a no ser valorat o a perdre, la lluita d'egos, l'autoexigència, la necessitat de reconeixement, fan perdre capacitat per enfocar-se a generar i construir futur.
- **Victimisme - Proactivitat:** El grup entra en un carrer sense sortida quan les queixes, la reactivitat, la resignació, les reivindicacions i el ressentiment prenen protagonisme. Les converses se centren en el passat, en el que no ha funcionat i el que els altres no han fet. Fins que no es generin converses proactives centrades en les accions que estan al seu abast, no es generarà l'energia per avançar.

Així doncs, la dinàmica de l'equip ha de tenir una orientació a la solució dels problemes i no a la recerca de culpables.

D'aquesta forma es condueix l'equip cap a la **recerca de l'excel·lència**. No només en aspectes tècnics, sinó també quant a les relacions entre els seus integrants i amb totes les persones involucrades, la responsabilitat pel treball ben fet i els resultats assolits.

Això genera un ambient de solidaritat i confiança que contribueix significativament a la motivació dels membres. L'estil de lideratge del cap contribuirà a posar en ordre aquestes dinàmiques, fent que en tot moment es vagin deixant de banda les opinions, els judicis i «veritats esbiaixades», deixant pas als fets, els indicadors i l'objectivitat. En definitiva, un líder que sigui capaç de conduir l'equip a l'acció i al compromís.

Crear la cultura de **celebrar** els èxits i fer-los visibles contribueix a la motivació dels integrants de l'equip. Quan s'aconsegueixen fites importants i s'han assolit amb la qualitat esperada, és el moment de fer perceptible la contribució dels membres de l'equip i el corresponent reconeixement. En definitiva, posar el focus únicament en allò que falta, en allò que no funciona, no fa més que

alimentar la fragmentació, la rivalitat i el victimisme. Un bon equilibri entre la celebració dels èxits, amb una anàlisi objectiva del que no ha funcionat, ajuda a crear un equip emocionalment madur.

Els líders orientats a la solució de problemes saben transmetre als seus equips el lema de: «mai fallen les persones, sinó que el que fallen són els procediments». Per tant, davant de qualsevol èxit han estat les persones que ho han fet possible. Davant de qualsevol error, cal revisar els procediments.

4.5.7. Estat d'ànim i emocions saludables

Tal com hem vist en apartats anteriors, un munt de factors influeixen en el treball en equip. Però el que realment els acabarà convertint en equips extraordinaris i diferenciant-los, seran les emocions que utilitzaran i posaran en joc mentre treballen per assolir els seus objectius.

Les emocions són l'energia que posem en allò que fem. En massa ocasions es continua afrontant els reptes des de l'exigència i posant més el focus en el que falta, en una sobrevaloració de l'esforç i les dificultats. Aquesta cultura de l'èxit i la competitivitat alimenta les emocions de la por, la ràbia i la tristesa, per no arribar mai a l'objectiu o no tenir mai el reconeixement del que sí ha funcionat.

Visió compartida, il·lusió, entusiasme, optimisme, serenitat, confiança mútua, proactivitat, orgull i sentiment de pertinença. Aquests sentiments són els que els donaran l'energia, la vitalitat i la capacitat per a posar-se en marxa i per superar totes les dificultats i frustracions que es generaran durant el procés i, per descomptat, els permetrà mantenir-se fermes fins al final.

Si l'equip entra i es contagia de desànim, tristesa, ràbia, enveja, por, etc. totes les seves fortaleses i capacitats quedaran apagades i afogades en un mar de queixes, retrets i laments que implicaran el malbaratament de la seva energia i faran que l'organització o grup entri en un estat d'ànim malaltís, depressiu i ansiós que s'entreté a opinar sobre el que els altres o el món havia d'haver fet o hauria de fer per ells.

4.5.8. Estil de reunió segons l'objectiu a assolir

Adaptar la forma d'organitzar la reunió i les competències que cal posar en joc en funció de l'objectiu a assolir és un factor fonamental per assegurar que les reunions seran efectives.

- **Informatives.** En aquest cas els receptors del missatge juguen un paper passiu. No calen reunions, ja que únicament es pretén comunicar una decisió presa unilateralment. Poden utilitzar-se mitjans de comunicació unidireccionals, atès que no s'ofereix als receptors la possibilitat de modificar la decisió presa.

La resta de tipologia de reunions impliquen un paper actiu dels participants. Es requereix un estil de lideratge facilitador i cal evitar generar expectatives que després no es puguin complir. Anem a detallar-ne un xic més cada tipus de reunió:

- **Consultives.** S'utilitzen quan es pretén recollir informació per assegurar que es pren una decisió amb una visió prou àmplia de la realitat. Les idees o propostes no necessàriament es portaran a terme de la forma que els participants podien imaginar inicialment i moltes vegades les decisions seran preses unilateralment pels conductors de la reunió.
- **Creatives.** Es pretén generar noves idees, obrir noves possibilitats i alternatives. No importa tant la qualitat de les propostes com la quantitat. Les propostes que sorgeixin seran posteriorment treballades en una altra tipologia de reunions (operatives i/o de resolució de problemes).
- **Treball-operatives.** Per aquelles ocasions en què tothom té clara la seva funció i els procediments ja estan definits. Simplement, les reunions tenen l'objectiu de coordinar-se en l'execució de les tasques. Cal un lideratge empàtic i assertiu, que enfoqui els participants a la concreció d'accions a fer, terminis i condicions. Aquestes reunions es repeteixen de forma periòdica, solen ser freqüents i de curta durada.
- **Resolució de problemes i de millora contínua.** Imprescindible quan els procediments habituals no funcionen adequadament i els participants no es posen d'acord en la forma de resoldre'ls. Significarà que la resolució del problema implicarà un treball multidisciplinar. Tots aportaran la seva opinió, propostes i participaran activament en tot el procés i també en l'execució. Es requerirà l'ús d'una metodologia específica que permeti arribar a una resolució compartida, útil i efectiva. Es posarà en joc una definició objectiva del problema partint de dades i indicadors demostrables, una anàlisi de la diversitat de possibles causes, propostes

de solució que contemplin el cost d'inversió, definició del procés d'implantació i seguiment posterior de l'efectivitat.

- **Negociació.** Es parteix d'un desacord entre les parts. Buscaran un punt d'acord.

Moltes de les dificultats que tenen els equips és perquè no tenen en compte que cada objectiu a treballar requereix una tipologia de reunió.

4.5.9. Estils relacionals efectius

Finalment, els equips extraordinaris són aquells que saben aconseguir els seus objectius, preservant la qualitat humana de les seves relacions. Per tant, els seus membres saben posar en joc un bon equilibri entre l'empatia i l'assertivitat a l'hora de relacionar-se amb els seus companys.

Quan existeix aquest equilibri i reconeixement de les pròpies necessitats i de les dels altres, els individus es poden donar *feed-back* i tenir converses constructives. Seran capaços de gestionar les discrepàncies i desacords, sense haver de mantenir «silencis», fer mecanismes d'evitació ni de dissimular amb falses harmonies. O al contrari, adoptaran patrons agressius, fent atacs personals i manques de respecte a les necessitats dels companys.

L'**empatia** permet escoltar el punt de vista de l'altre, legitimar el seu relat, acceptar altres mirades d'una mateixa situació i, sobretot, posar en valor la cura de les persones que els envolten. L'**assertivitat** és el que els ajudarà a vetllar per tenir resultats, enfocar-se en l'acció i a tenir converses que generin futur.

Per tal de mantenir aquest equilibri entre l'empatia i l'assertivitat, caldrà desenvolupar les habilitats de **demanar i oferir**. És a dir, de manifestar als altres la pròpia necessitat des del *m'agradaria*, deixant espai a l'interlocutor perquè pugui dir «no» a la proposta o hi pugui fer les matisacions que cregui oportunes i així arribar a concretar acords que contemplin les necessitats de tots els implicats.

Quan no saben demanar adequadament, utilitzen la imposició, la queixa o, també, la suposició que els altres «ja haurien de saber». Igualment els participants que no saben oferir mostren un excés de disponibilitat, no saben posar límits al que se'ls demana, poden tenir incapacitat de delegar i compartir amb els companys les tasques o, al contrari, altres membres es fan invisibles i aporten poc a l'equip, sigui per inseguretat o perquè no saben posar-se en valor.

4.5.10. Conclusió

Per a resumir quins són els factors fonamentals per generar un treball en equip efectiu, podem concloure que cal comptar amb un lideratge conscient, que enfoqui el seu poder d'influència a:

- Crear sistemes organitzatius basats en una visió compartida.
- Centrar i enfocar els equips cap a objectius definits i accions, fugint de les opinions i judicis.
- Generar i mantenir un estat d'ànim basat en la confiança i la proactivitat.
- Posar el focus en les fortaleeses i el talent dels membres que el componen, potenciant el treball multidisciplinar.
- Viure la diferència i la discrepància entre els diversos membres de l'equip, com a necessari i imprescindible com una possibilitat de creixement i una mirada més àmplia i objectiva de la realitat.
- Facilitar patrons relacionals que ajudin a una bona entesa entre els seus membres. Animar a desenvolupar aquelles habilitats necessàries per resoldre les discrepàncies i desacords que són previsibles i imprescindibles en qualsevol equip (empatia i assertivitat).

4.6.

Competència cultural dels professionals d'atenció primària

CARME BERTRAN

4.6.1. Introducció

Les societats estan formades per diferents comunitats i grups, molts dels quals tenen els seus propis valors i pràctiques culturals.

Des de l'antiguitat, l'ésser humà ha estat en constant moviment consolidant un fenomen migratori que ha anat diversificant la societat i creant societats multiculturals.

A l'actualitat, una gran quantitat de persones viuen en un país diferent d'aquell on varen néixer. De fet, els migrants internacionals comprenen un 3,5 % de la població mundial i, concretament, al 2019, es va assolir la xifra de 272 milions de persones.¹ A Espanya, el nombre d'immigrants supera els 4 milions i mig, posicionant al país en la desena preferència de destinació de les migracions internacionals, i a Catalunya supera el milió de persones.²

La presència de la diversitat cultural crea la necessitat de conèixer les diferents cultures per poder oferir una atenció a la salut apropiada per a cada persona. Els i les professionals sanitaris tenen un paper fonamental en la cura de les persones, procés que s'ha de fonamentar en proveir-les d'una atenció holística i personalitzada orientada a la promoció de la salut, la prevenció i tractament de la malaltia i a l'alfabetització per a la salut, instrument clau per apoderar-les en la gestió de la seva salut i en la presa de decisions informades. Però, per aconseguir una atenció sanitària igualitària, eficient i de qualitat és imprescindible que els i les professionals tinguin incorporada la competència cultural per poder donar resposta a les expectatives de la població que espera,

a banda de la qualitat tècnica, comprensió i respecte a les seves creences, valors i estils de vida. Rebre una atenció, tenint en compte les necessitats culturals de les persones usuàries del sistema de salut, es un dret contemplat en la legislació nacional i internacional, així com en els codis d'ètica professionals del Consell Internacional d'Infermeres³ i del Codi d'Ètica de les Infermeres i Infermers de Catalunya.⁴

4.6.2. La competència cultural i els professionals de la salut

4.6.2.1. La competència cultural

Segons Watt et al., la competència cultural pretén proporcionar una atenció respectuosa i de qualitat a les persones de totes les cultures amb el propòsit de reduir el racisme, la discriminació i d'eliminar les desigualtats en salut existents entre i dins dels diferents grups socials. Els objectius de la competència cultural són millorar l'estat i els resultats de salut de les persones, disminuir la morbiditat, augmentar l'adherència al tractament, augmentar el nivell de confiança, augmentar els sentiments d'autoestima i millorar la satisfacció de les persones usuàries.⁵

Vasilou et al. indiquen que la competència cultural no només és útil en la cura de les persones immigrades o dels grups ètnics minoritaris, sinó també en la de tota la resta de població atesa, ja que es fonamenta en l'ètica professional i les obligacions morals del tracte igualitari i respectuós, així com en la promoció dels drets humans i en la reducció de les desigualtats en salut des d'una perspectiva global.⁶ Purnell defineix la competència cultural com la capacitat del o de la professional de la salut per aportar cures basades en les característiques culturals dels individus o comunitat a la qual atén, promovent la comprensió cultural de les situacions humanes en el procés de salut-malaltia, des dels aspectes èmic (visió subjectiva dels individus) i ètic (visió dels professionals). López-Díaz et al. defineixen aquesta capacitat com els coneixements, habilitats, actituds i comportaments de les infermeres per oferir intervencions de salut pública a persones, grups o famílies de cultures o ètnies diferents a la pròpia.⁷

Tot i les discrepàncies en la definició de la competència cultural, existeix consens pel que fa als seus quatre components:

- La consciència cultural: desenvolupament de la consciència de les infermeres sobre els diferents valors, creences, normes i formes de vida de les persones usuàries. Es recomana explorar la cultura i els estereotips

personals, biaixos de les infermeres cap a altres cultures que es perceben com a diferents.

- La sensibilitat cultural: valorització i respecte de les infermeres a la diversitat cultural de les persones. El respecte a les diferents cultures és essencial per proporcionar una atenció satisfactòria.
- El coneixement cultural: assoliment, per part de les infermeres, d'una base educativa sòlida sobre diversos grups culturals per comprendre millor les diferents creences, valors i comportaments. Els conceptes, teories i models ajudaran els professionals de la salut a identificar les necessitats sanitàries.
- L'habilitat cultural: capacitat de realitzar una avaluació cultural per aconseguir dades culturals rellevants del problema de salut de la persona usuària, així com per incorporar amb precisió les dades relacionades amb la planificació i provisió de l'atenció d'una manera culturalment sensible. Aquesta habilitat es garanteix a través d'una comunicació efectiva, que inclou llenguatge verbal i no verbal.

La competència cultural ha estat proposada com una de les estratègies clau per reduir les iniquitats d'accés i ús dels serveis de salut en poblacions culturalment diverses i una estratègia que ha mostrat ser rendible.

Pel que fa l'atenció primària, s'han documentat resultats en salut d'intervencions culturalment competents en el control de malalties cròniques i destaquen les dificultats dels professionals per reconèixer les disparitats racials i ètniques i el seu efecte en salut. López-Díaz et al., indiquen que tenir coneixements i habilitats culturals no és suficient per una atenció culturalment competent, ja que moltes vegades és difícil traduir a l'acció aquests coneixements.⁷

4.6.2.2. La infermeria transcultural

El 1946, l'OMS va assenyalar que gaudir del grau màxim de salut que es pot aconseguir és un dels drets fonamentals de tot ésser humà sense distinció de raça, religió, ideologia política o condició econòmica o social. A la dècada dels vuitanta, aquesta institució reconeix la cultura i la diversitat cultural com a aspecte a tenir en compte en les cures per la salut.

La unió entre el concepte de *cures* com a base per la infermera i el de *cultura* provinent de l'antropologia dona lloc a un concepte més ampli, el d'*infermeria transcultural*, introduït als anys setanta per l'aportació de la infermera i antropòloga americana Madeleine Leininger, que va assentar les bases de cures transculturals.

4.6.2.3. Models de competència cultural

A banda de les aportacions de Leininger, diferents autors, com Purnell, Campinha-Bacote, Rachel E. Spector, Papadopoulos, Talki i Taylor,⁸ han elaborat models específics en competència cultural, amb la finalitat de donar a conèixer un marc teòric i assessorar els professionals d'infermeria sobre les maneres d'entendre i relacionar-se amb persones de diverses cultures i orígens que poden atendre.

El *Model del Sol Naixent* de Madeleine Leininger descriu les persones com entitats que no es poden separar de la seva procedència cultural i de l'estructura social, de la seva concepció del món, de la seva trajectòria de vida i del context del seu entorn, com els valors culturals, creences i estils de vida i factors de tipus tecnològic, religiós i filosòfic, família i factors socials, polítics, legals, econòmics i educacionals.

El *Model de Competència Cultural* de Larry Purnell contempla que tots els professionals de la cura de la salut requereixen informació sobre diversitat cultural; la diferència entre cultures i dins de cada cultura; el canvi de les cultures amb el temps; la seva influència en la interpretació d'un mateix i en les respostes a les cures de la salut; individus i familiars pertanyen a diversos grups culturals; cada individu té el dret de ser respectat per la seva singularitat i herència cultural; la cultura de l'aprenentatge és un procés continuat i desenvolupat, principalment, per trobades de cultures; es poden minimitzar els prejudicis i biaixos amb la comprensió cultural.

El *Procés de Competència Cultural en la prestació de serveis de cures de salut* de Josepha Camphina-Bacote integra en la pràctica infermera la consciència cultural, els coneixements culturals, les habilitats culturals, les trobades culturals i el desig cultural que és la motivació d'un professional per aconseguir habilitats per afrontar els nous reptes interculturals (obert a noves idees). Del model de Campinha-Bacote va sorgir l'instrument d'avaluació de la competència cultural Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence (IAPCC).

El *Model de l'Herència Cultural i Tradicions de Salut* de Rachel E. Spector promou que les cures d'infermeria han de ser culturalment sensibles i el *Model Cultural de Cures Infermeres* de Juliene Lipson i el *Model pel Desenvolupament de la Competència Cultural* de Tilki i Taylor reforcen els elements exposats en els anteriors models.

Aquestes propostes teòriques proposen que les cures que es realitzen a poblacions culturalment diverses han de ser universals i a la vegada culturalment sensibles, i és per això que, per implementar un pla de cures adaptat a aquests col·lectius, és important una formació teòrica del o de la professional sobre les

particularitats culturals (aspectes ètnics, religiosos i lingüístics) que permeti reconèixer els factors més rellevants en la salut d'aquestes persones (hàbits i estils de vida, organització socio-familiar, dimensió filosòfico-religiosa, factors polític-legals, econòmics i educacionals).⁹ En aquest sentit, és fonamental formar aquestes competències culturals en els estudiants d'infermeria per contribuir al desenvolupament de l'acceptació i respecte per les diferències culturals per oferir estratègies que millorin les trobades culturals i donar resposta a les necessitats socials actuals del país.

4.6.3. Aspectes clau

La competència cultural facilita una assistència integral i culturalment sensible que incideix en els resultats de salut. Les cures s'han d'ajustar a la cultura segons cada persona l'entén, la viu i la manifesta. La infermera ha de liderar la gestió de la diversitat cultural en els serveis sanitaris i, especialment, en l'atenció primària.

Bibliografia

1. Organización Internacional para las Migraciones. Informe sobre las migraciones en el mundo 2020. OIM. [Internet]. Ginebra: Suïssa [consultat 22 de febrer 2021]. Disponible a: https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_es.pdf
2. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población. Datos definitivos 01/01/2021 y provisionales 01/07/2021 [Internet]. [consultat 22 febrer 2021]. Disponible a: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
3. International Council of Nurses. The ICN code of ethics for nurses. Geneva: ICN; 2012.
4. Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. Codi d'Ètica de les infermeres i infermers de Catalunya. Barcelona: Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya; 2013.
5. Watt K, Abbott P, Reath, J. Developing cultural competence in general practitioners: an integrative review of the literature. *Bmc Family Practice*. 2016; 17 (158).
6. Vasiliou M, Kouta C, Raftopoulos V. The use of the cultural competence assessment tool (Ccatool) in community nurses: the pilot study and test-retest reliability. *Int J Caring Sci*. 2013; 6 (1): 44-52.
7. López-Díaz L, Arias SE, Rodríguez V, Reina-Leal LM, Benavides EC, Hernández DC et al. Competencia cultural de las enfermeras en el área de salud pública: una metátesis. *Rev Gerenc Polít Salud*. 2018; 17 (34): 1-13.

8. Gige J, Haddad L. Transcultural Nursing: Assessment and Intervention. 8a ed. Amsterdam: Elsevier; 2020.
9. Gil MD, Solano MC. La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria. Aten Prim. 2017; 49 (9): 549-556.

4.7.

Atenció primària orientada a la comunitat

MARTA ERES

4.7.1. Introducció

Quan parlem d'APOC i, per tant, de l'atenció primària orientada a la comunitat no ens referim a una manera d'entendre l'atenció primària sinó l'única manera de treballar dins l'atenció primària. Això demana un canvi total del model actual.

L'atenció primària i la salut comunitària van de la mà en el nostre treball diari. L'orientació comunitària l'hem de tenir des de qualsevol actuació, intervenció, valoració o acció que realitzem dins el nostre exercici professional. L'APOC comença per un canvi intern de l'EAP (equip d'atenció primària). Cal treballar mirant al carrer, amb una visió biopsicosocial i des d'una vessant salutogènica i equitativa. No es tracta de fer més, sinó de deixar de fer accions sense valor¹ i incorporar una nova manera de treballar conjuntament amb altres actors comunitaris, amb aliances i treball en xarxa, evitant el model biomèdic i individualista que ha demostrat no aportar salut ni individual ni col·lectiva.

Quan formem part d'una comunitat de veïns no ens plantejaríem mai no conèixer aquesta comunitat. Per viure en un bloc de pisos som molt conscients que cal saber amb qui vivim, quins punts forts i febles té la nostra comunitat, quina infraestructura o serveis tenim. Seria impensable formar part d'aquesta comunitat de veïns i viure tancats a casa sense saber què passa fora. Doncs bé, els centres d'atenció primària formem part d'una població concreta. La porta del centre està oberta a peu de carrer i és impossible poder treballar-hi amb qualitat si no som conscients del que passa fora, de com hi viuen les persones, de les fortaleses i debilitats d'aquell municipi, dels serveis, actius i recursos que hi tenim. La contextualització constant de les persones és el que donarà qualitat a l'atenció.

APOC significa que els equips d'atenció primària assumeixen la responsabilitat de treballar per totes les persones i famílies de la comunitat i que no només es centren en els pacients que demanen assistència. A més, cal sumar-hi que es tracta d'una estratègia comunitària contínua, canviant i que caldrà revisar i millorar de manera dinàmica.

4.7.2. Desenvolupament

4.7.2.1. Una mica d'història

L'APOC és un model d'Atenció Primària (AP) que es basa en els principis de la salut comunitària. Va sorgir cap als anys 40 de la mà de Sidney Kark i Emily Kark, reflectint els principis de la Declaració d'Alma Ata (setembre de 1978).¹

L'any 1981 Kark va citar textualment:

Fins que no s'aconsegueixi aquesta aproximació entre la salut comunitària i l'atenció mèdica, els serveis de salut personals realitzaran una escassa contribució a la millora de la salut de les comunitats [...]. Un servei d'atenció primària difícilment podrà aconseguir tot el seu potencial per millorar la salut comunitària, llevat que dediqui la seva atenció i les activitats vers aquesta fita.^{2,3}

SL Kark en el seu treball des de Phoele (Sud-àfrica) va evidenciar que l'atenció mèdica per si sola no modificava l'estat de salut de la població i va considerar que el treball no havia de consistir a millorar la salut individual sinó la salut col·lectiva.^{2,3} Aquest hauria de ser l'objectiu de l'AP. L'APOC defineix la comunitat, valora el seu estat de salut i determinants socials i combina una atenció individual contextualitzada amb una atenció comunitària.

4.7.2.2. Actualment

Tot i el recorregut de l'APOC i la evidència de la necessitat de conèixer la comunitat on treballem, l'aproximació a aquesta comunitat, les aliances, el coneixement dels recursos, el treball multidisciplinar intern de l'EAP i dins la Xarxa d'Atenció Primària (infermeria, medicina, treball social, educació social, atenció a la infància i adolescència, salut laboral, salut pública, ensenyament, entitats, activitats esportives i culturals)⁴, seguim lluny de la fita a assolir.

Des dels equips d'atenció primària (EAP) se segueix priorititzant l'atenció individual *versus* la col·lectiva, atenent des del model biomèdic i patogènic. L'evidència i els estudis ens diuen que el sistema sanitari enfocat des de la patologia i, per tant, treballant únicament des del model del dèficit, influeix en un 10-20 % sobre la salut de les persones. Sense tenir en compte la resta de determinants socials que influeixen a la salut de les persones, no serà possible tractar els seus processos de salut, ja que no incidirem en la totalitat dels individus i les seves comunitats.

4.7.3. Marc conceptual de l'APOC

Per treballar en l'APOC caldrà que analitzem alguns punts clau dins l'EAP i ens fem algunes preguntes:⁴

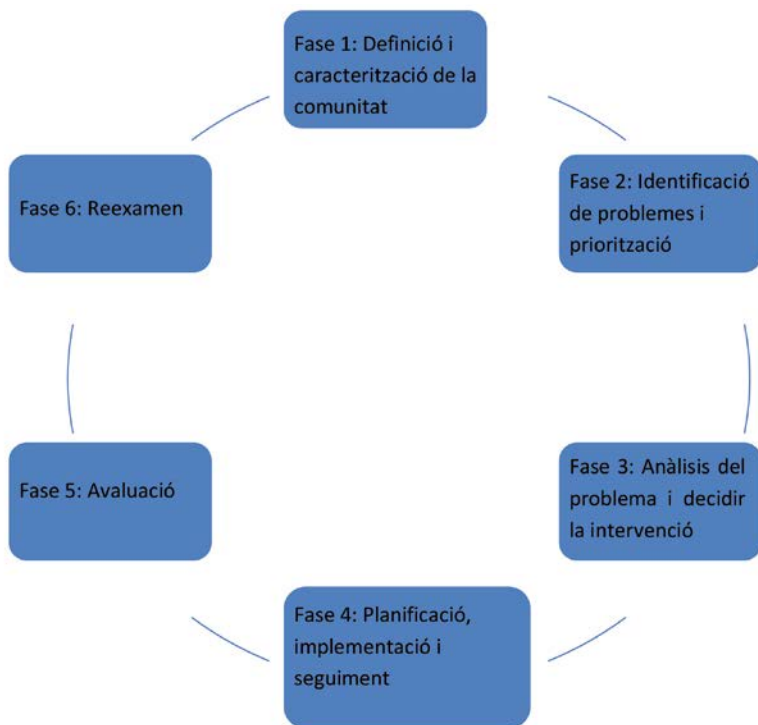
- Quin és l'estat de salut de la nostra comunitat?
- Quins factors són els responsables de l'estat de salut (determinants de la salut)?
- Que s'ha fet fins ara a l'àmbit de comunitat i de serveis sanitaris? Qui ho ha portat a terme? Què més es pot fer?
- Com podem fer seguiment de l'estat de la salut de la comunitat i avaluar els seus canvis?

El marc conceptual de l'APOC va ser consensuat a Leesburg com un procés continu caracteritzat per:³

1. La integració en l'AP de l'atenció clínica individual amb la responsabilitat de salut pública per la totalitat de la comunitat.
2. La relació d'una població definida i la mesura de les seves necessitats de salut.
3. La responsabilitat sobre totes les persones amb necessitats de salut, en qualsevol de les seves dimensions, i no només dels pacients que consulten.
4. Un accent en totes les fases de la història natural de les malalties, incloent-hi especialment la promoció de la salut i la prevenció.
5. La implicació de la comunitat en tots els aspectes del servei.

4.7.4. Fases de l'APOC

Figura 1. Fases de l'APOC⁵



Fase 1. Definició i caracterització de la comunitat o examen preliminar

En aquesta fase cal valorar:

1. Característiques de la població i definició de la comunitat (comunitat veritable en el sentit sociològic, assignat a l'àrea bàsica de salut, persones que comparteixen espai...).
2. Importància i impacte dels problemes i riscos de salut que presenten.
3. Preocupacions de les persones (informació qualitativa).
4. Disponibilitat i ús dels serveis sanitaris i socials.
5. Actius i recursos, programes de prevenció i accions en promoció de la salut.

Fase 2. Fase d'identificació de problemes i priorització

En aquesta fase identificarem els problemes detectats conjuntament amb la comunitat.

La comunitat en farà la priorització. Hi ha diferents mètodes de priorització. Caldrà trobar l'equilibri entre el problema de salut, tenint en compte la magnitud (prevalença/incidència) i la gravetat (impacte en la salut) i la factibilitat, evidència i eficàcia de la intervenció.

Fase 3. Anàlisi del problema i decidir la intervenció

Aquesta és la fase del diagnòstic comunitari que ens identifica el problema. El diagnòstic comunitari en metodologia APOC és selectiu, actiu i exhaustiu. En aquesta mateixa fase valorarem possibles intervencions.

Fase 4. Planificació, implementació i seguiment

Les intervencions es portaran a terme en forma de programes de salut.

En aquesta fase activarem el seguiment, vigilància epidemiològica i l'avaluació.

Els resultats obtinguts es valoraran sobre la millora en salut de tota la comunitat a estudi, i no només dels participants.

Fase 5. Avaluació

Compararem la situació preintervenció amb la post intervenció. Avaluarem els indicadors d'estructura, procés i resultat.

Fase 6. Reexamen

El reexamen és el que dona continuïtat i dinamisme al procés. Si anem reavaluant ens podrem adaptar a noves necessitats, objectius i problemes.

4.7.5. Idees clau

1. Inicialment caldrà generar un canvi en el model de treball intern de l'EAP. Serà necessari reflexionar sobre el punt basal en què ens trobem com a equip enfront d'aquest canvi de model i revisar punts forts, febles i objectius.⁴
2. Caldrà crear una comissió de salut comunitària del centre amb implicació multidisciplinària i implicant la direcció del centre, avaluar les necessitats formatives de l'equip, donar-hi resposta i intentar parlar el mateix llenguatge.⁴

3. La primera orientació serà dins la consulta individual i passarà per una anamnesi i registre detallats, amb una valoració biopsicosocial valorant els determinants de la salut (nivell educatiu, ocupació, situació laboral i quins altres agents comunitaris haurien d'intervenir).
4. Durant la resta del procés comunitari i en el treball extern al centre serà necessària la participació indiscutible de la mateixa comunitat: ells han de ser qui prioritzin el problema i participin en la solució. Només així tindrem èxit i evitarem un pur tràmit tècnic amb una visió professional esbiaixada en moltes ocasions.⁵
5. L'avaluació: Caldrà incorporar l'avaluació i revisió constants per poder treballar amb rigor i adaptar-nos al dinamisme i evolució de la comunitat.⁵

Bibliografia recomanada

OMS. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud [Internet]. Alma-Ata: URSS (6-12 de setembre de 1978). Disponible a: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Pasarin MI, Forcada C, Gonzalez F. Salud comunitaria y atención primaria orientada a la comunidad. A: Martín A, Jodar G. Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes. Barcelona: Elsevier España; 2011. p. 71-85.

Wilkinson R, Marmot M, editors. Los Determinantes Sociales de la Salud. Los Hechos Probados [Internet]. Madrid: OMS, Secretaría General Técnica Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003. Disponible a: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>

Bibliografia

1. Sastre P, Azagra M, Azagra B, Belén C. Orientación comunitaria: HACER y NO HACER en atención primaria. Madrid: semFYC. 2018; (38).
2. Kark SL. The practice of community-oriented primary health care. New York: Appleton-Century-Crofts; 1981.
3. Societat Catalana de medicina familiar i comunitària. Aproximació al coneixement de la comunitat en Atenció Primària. Barcelona: EdiDe; 2003. Disponible a: http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_12441.pdf
4. PADEICS. Guia per treballar en salut comunitària a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2020.
5. Peray JL, Montaner I. Una mirada a la Atención Primaria Orientada a la Comunidad. Comunidad. 2016; 18 (1): 11. ISSN: 2339-7896

4.8.

Atenció a les famílies a l'atenció primària

LLUÍS MAESTRE

4.8.1. Intervenir amb la família per a millorar la salut

Tal com apunta Diego García-Huidobro,¹ en les patologies cròniques, l'atenció primària està centrada en la prevenció dels factors de risc, relacionats amb els hàbits de salut i modificables amb mesures preventives específiques. No obstant això, l'enfocament de treball sol ser individual i pels pobres resultats assolits caldria pensar en noves estratègies de treball.

Els sanitaris valoren molt el rol de la família com entorn més proper de les persones i la seva salut, però poques vegades es percep com a possible agent responsable de la salut o malaltia dels seus integrants, i menys, com a unitat d'abordatge terapèutic.¹

Desenvolupar un enfocament clínic familiar a l'atenció primària és ser coherents amb el fet que la família és la principal font de suport social de les persones i que qui viu en una família amb un alt grau de suport i amb bones relacions, tendeix a ser físicament més saludable, es recupera més ràpidament de les malalties i viu més temps. A més, la família és l'ambient central en el qual es desenvolupen, mantenen i comparteixen els hàbits de salut, incloent patrons d'alimentació, d'activitat física i ús de substàncies. Els estils de vida d'un individu es relacionen amb els de la seva parella i els hàbits dels pares influeixen en la conducta futura dels fills.

També, els membres d'una família comparteixen estils de vivència i resposta emocional davant els esdeveniments estressants, i poden desenvolupar mecanismes familiars d'adaptació o desadaptació davant les adversitats, que poden repercutir en la seva salut física i mental.

Finalment, l'estil de relacions familiars repercuteix en la fisiologia de les persones,¹ tot afectant, per exemple, els nens asmàtics que viuen en famílies amb un alt nivell d'estrès o la pressió arterial i la resposta immune dels integrants de parelles amb alt nivell de conflicte.

Ja que viure en famílies saludables s'associa a viure més, tenir una millor salut i més qualitat de vida, García-Huidobro proposa crear unitats per a coordinar un treball més centrat en les famílies a l'atenció primària, que tindria un efecte sistèmic en la salut dels seus integrants. Així, les diferents malalties de cada individu en diferents estadis d'evolució es beneficiarien de la intervenció familiar, tant pel que fa a la malaltia actual d'un membre com a la possible afectació en la resta de membres davant futures malalties, amb un impacte a curt, mitjà i llarg termini i, fins i tot, repercutint en les generacions següents. Argumenta que treballar amb les famílies fomentant els seus recursos interns no hauria de tenir un cost elevat, requerir de tecnologia avançada, ni tenir efectes adversos rellevants, essent, per tant, molt rendible econòmicament i fàcil d'implementar. Però, malgrat tots els potencials beneficis, fins ara hi ha hagut un escàs desenvolupament d'intervencions dirigides específicament a les famílies per potenciar les seves fortaleces i millorar la seva salut. Sens dubte, augmentant el suport familiar, millorant la qualitat de les relacions i generant canvis en els hàbits de vida familiar, es podria controlar millor l'avanç de moltes malalties cròniques, millorar la salut de les persones i augmentar la qualitat de vida de tots.

4.8.1.1. La família com a factor protector per a la salut

Cynthia Elena remarca que la família és generadora de les creences i les conductes que desenvolupen les persones respecte de la salut i la malaltia. Depenent de la cultura i els costums familiars, els membres de cada família assumiran determinats hàbits en relació amb l'alimentació, l'exercici, el descans, la cura personal, etc., que poden contribuir, o no, a promoure la salut i a prevenir malalties, o, per contra, constituir un important factor de risc.²

Segons Anabel Carreras, professora de l'Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar (EVNTF), podem dir que una família funciona si els seus membres es troben en un estat de benestar que els permet dur a terme tasques clares, uns rols adequats a la seva edat i sexe, on poden evolucionar segons les seves necessitats i acceptar les diferents etapes evolutives dels individus i del sistema familiar, tot arribant a una bona emancipació.²

Per a Minuchin, aquestes famílies són «un sistema que anima la socialització donant als seus membres tot el suport, tota la regulació i totes les satisfaccions que

són necessàries per al seu desenvolupament personal i relacional». Carreras proposa un esquema conceptual del funcionament d'una família, que pot ajudar a analitzar-la a partir de quatre grups d'indicadors sobre el funcionament familiar sa i que contribueixen positivament en la salut dels seus membres:

- a. l'estructura i el procés familiar;
- b. l'individu i les seves necessitats;
- c. les seves relacions amb l'ecosistema; i
- d. la nutrició relacional.

a) Estructura i procés

En les famílies funcionals, la jerarquia està definida i és acceptada, per la qual cosa no hi ha lluites de poder. S'accepta una autoritat natural centrada en els adults o parella conjugal com a font d'identificacions i seguretat a escala global, on tothom sap quin és el seu lloc, les competències que li corresponen i les funcions que juga dins de la família.

Però la família és un sistema sociocultural obert en procés de transformació que es veurà exposada a estressor i canvis en les etapes naturals del seu cicle vital —morts, naixements, emancipacions, separacions— i a esdeveniments externs —pèrdua de treball, mudances, etc.—, que requereix a la família disposar d'una estructura que li permeti adaptar-se en el temps i adequar-se a les necessitats de cadascun dels seus membres i de la mateixa família com a sistema general, que ha de ser flexible, definit i permeable, facilitant la seva operativitat. Gràcies a aquesta flexibilitat, la família podrà adaptar-se sense massa conflictes a través de les crisis que li exigeixin una reestructuració. Però flexibilitat no vol dir canviar l'esquema bàsic ni la jerarquia encapçalada pels pares, sinó només adaptacions temporals que, passada la crisi, tornen a estats d'equilibri, i així successivament en les diferents crisi que es va trobant. Les famílies funcionals no intenten preservar de manera forçada totes les seves normes, sinó que aprenen de l'experiència i estan disposades a canviar per adaptar-se a les noves circumstàncies.³

b) L'individu i les seves necessitats

Aquest punt fa referència a dos conceptes relatius a les necessitats dels individus respecte de les seves famílies: la pertinença i la diferenciació. Pel que fa a la pertinença, es tracta del sentiment de formar part d'una família, de ser-ne un component. La família dota als seus membres d'un sentiment d'identitat i de seguretat. D'una banda permet saber qui som, d'on venim i quines arrels ens

sostenen. D'altra banda, les relacions familiars funcionals generen un sentiment d'estabilitat emocional, tant als nens com als adults. En general, es troba en la família un afecte incondicional que difícilment es pot experimentar en el món competitiu postmodern industrialitzat.

No obstant això, el sentiment de pertinença ha d'anar equilibrat amb el de diferenciació. Les relacions afectives no han de ser tan fortes com per impedir la diferenciació de cada membre, sinó que han de permetre progressar i aconseguir una sana autonomia. Cal poder establir una distància emocional òptima en les relacions intrafamiliars. L'estructura familiar ha de ser prou flexible per permetre les iniciatives i decisions personals i una suficient diferenciació interpersonal.³

c) Relacions amb l'ecosistema

Entenent per ecosistema l'entorn social en què està inclosa la família, la funcionalitat està lligada a la seva permeabilitat i flexibilitat, que li han de permetre adaptar-se als canvis sense perdre la seva identitat. Però aquesta adaptació ha de ser de manera que mantingui una continuïtat i fomenti el creixement psicosocial de cada membre. Aquestes fronteres han de ser prou tancades com per mantenir la unitat familiar (en cas contrari, l'estructura familiar es modificaria cada vegada que canviés l'entorn), però amb unes fronteres —de la família amb l'exterior— prou obertes com per permetre socialitzar i continuar el procés d'individuació de cada membre de la família. Això es fa especialment important en la infància i adolescència, època en la qual la família és la plataforma cap a l'exterior.³

d) Nutrició relacional

Té a veure amb la qualitat de les relacions entre els seus membres. En les famílies saludables predominen les interaccions comunicacionals clares i coherents en els seus nivells verbal i no verbal. El vehicle i mitjà de comunicació interpersonal és el llenguatge verbal, acceptat per tots i espontani en la seva manifestació. Els missatges reflecteixen les necessitats dels membres, que no tenen ni que camuflar-les ni expressar-les mitjançant codis de qualsevol altre tipus (per exemple, si un membre se sent sobrecarregat de tasques i vol ajuda, ho demanarà directament i no a través d'una migranya o de mal humor). Les interaccions comunicacionals són respectuoses, centrades en els temes, lliures i empàtiques. Són famílies on l'expressió dels afectes està permesa. Cada membre és capaç d'expressar opinions i emocions diferents sobre els altres i sobre les situacions, i pot compartir esperances, temors i expectatives que té pel que fa a la resta, essent aquestes famílies capaces de resoldre els conflictes.³

4.8.2. Situacions que fan imprescindible un enfocament familiar

Cynthia Elena (2017) considera que l'enfocament familiar és imprescindible en les circumstàncies descrites a continuació:²

4.8.2.1. Hiperfreqüentació

Fernández et al. (2018) van estudiar aquest fenomen a l'atenció primària i van observar que ser major de 65 anys, prendre 3 o més fàrmacs, presentar deteriorament cognitiu i viure a la comunitat es consideren factors predictors d'hiperfreqüentació.⁴ Però Elena ens recorda que la família és transmissora del concepte bionòmic de salut-malaltia, ja que és a partir de les vivències familiars que les persones integren i identifiquen què és estar sa o malalt, i ho fan mitjançant dos conceptes: un de tipus perceptiu, que té a veure amb sentir-se bé o malament, i un altre de tipus funcional, que valora si en determinades circumstàncies es pot o no desenvolupar una determinada funció biològica o social. Això és important perquè la percepció de necessitat d'atenció i la utilització del sistema sanitari dependrà sobre manera del concepte de salut que tinguin les famílies.² Així, Fuentes et al. consideren que hi ha factors familiars concrets relacionats amb la hiperfreqüentació, per exemple, canvis en el cicle familiar, «niu buit», membre malalt, problemes familiar o de parella, etc., i proposen una visita amb tota la família per valorar intervencions complementàries al CAP, als Serveis Socials o en recursos comunitaris.⁵

4.8.2.2. Mala adherència al tractament

Oscar Aguado (2017) considera que la intervenció preventiva s'ha de dirigir als pacients amb un perfil incomplidor, i es recomana l'avaluació de l'adherència de manera rutinària encara que prioritzant les persones amb més risc (polimedicades, ancianes, pluripatològiques, amb patologia crònica complexa, etc.). L'abordatge de l'adherència ha de ser multidisciplinari. La consulta d'infermeria permet tenir informació afegida sobre la medicació que prenen les persones i la seva forma d'actuar sobre això, incloent les pors i les possibles resistències a l'hora de prendre els fàrmacs, i brinda l'oportunitat d'establir vincles de confiança i comprendre el comportament dels pacients amb la medicació, essent sovint molt important aconseguir el suport familiar i treballar amb les associacions de pacients, si cal, realitzant activitats formatives dirigides a millorar el compliment terapèutic.⁶

4.8.2.3. Signes i símptomes mal definits

Les afeccions i signes o símptomes inclosos en les categories R00-R99 consisteixen en:

- a. casos en què no es pot efectuar un diagnòstic més específic, fins i tot després d'haver investigat tots els fets;
- b. signes o símptomes existents en el moment del primer contacte, que van demostrar ser transitoris i les causes del qual no van poder ser determinades;
- c. diagnòstics provisionals en pacients que no van tornar per rebre atenció o investigació addicional;
- d. casos referits a una altra part per la seva investigació o tractament, abans que pogués fer-se un diagnòstic;
- e. casos en què no es va disposar d'un diagnòstic més precís, per qualsevol altra raó;
- f. informació complementària referida a certs símptomes que representen, per si mateixos, problemes en l'atenció mèdica.²

La Pan American Health Organization, Estats Units (2015) afirma que darrere de símptomes inespecífics i somatitzacions, sovint hi ha estrès en l'àmbit familiar.⁷

Nens amb problemes

Sánchez i Guerrero (2017) han estudiat els factors genètics i familiars i han trobat que són factors de risc per al desenvolupament de trastorns psicossomàtics la somatització dels pares, una malaltia orgànica en alguna persona pròxima, psicopatologia en membres propers a la família, circumstàncies familiars disfuncionals, incidents traumàtics en la infància i mala criança. Pel que fa a l'ambient familiar dels nens somatitzadors, s'ha vist que un ambient conflictiu es relaciona amb els dolors abdominals funcionals, l'ansietat, la depressió i altres símptomes somàtics; també, s'inclouen alts índexs de problemes de salut, malalties de llarga durada, trastorns psicològics i problemes psicosocials. Les mares d'aquests nens i adolescents tendeixen a tenir un historial de síndrome d'intestí irritable, fatiga crònica i trastorn somatomorf. La convivència amb un familiar malalt pot servir com a model per al nen d'aprenentatge dels guanys d'emmalaltir. També es troben actituds excessivament exigents sobre el nen, una història de secrets de família o altres formes d'estrès familiar, com ara el divorci dels pares o el maltractament infantil. Pel que fa a les queixes apreses, sol trobar-se en la família una sobreimplicació emocional dels pares que reforcen aquests símptomes amb més atenció, menys càstigs, més privilegis,

etc., que fomenten la conducta malaltissa. Un nen o adolescent pot aprendre els beneficis d'assumir el rol de malalt i resistir-se a que els seus símptomes millorin. L'augment de l'atenció dels pares o l'evitació de pressions escolars no agradables poden reforçar encara més els símptomes i les consultes.⁸

Malalties cròniques

En cas de malaltia crònica d'algun membre, l'atenció i cures que dispensi la família són fonamentals tant per a la prevenció de complicacions com per portar a terme el tractament de forma correcta, i contribuir a una ràpida i adequada rehabilitació. Els problemes de salut que afecten un individu també solen afectar el seu grup familiar. Això passa —causes genètiques a part— perquè quan un individu està malalt, el funcionament familiar sempre es veu alterat en major o menor grau; per exemple, si un nen està malalt, algun membre de la família ha de quedar-se a cuidar-lo; o si és la mare qui està hospitalitzada, algun familiar haurà d'assumir els rols que ella realitzava.²

Familiars amb dependència

L'atenció al pacient oncològic avançat (Babarro, A.A., 2006) no s'ha de centrar únicament en el malalt, sinó que comprèn igualment el seu entorn més proper, especialment el cuidador principal. Així, en totes les definicions de cures pal·liatives es considera a la família part dels objectius de tractament. A més del paper crucial de la família com a cuidadors del malalt, són importants la influència del seu estat en el benestar del pacient i la necessitat d'atendre el posterior procés de dol.⁹

S'ha demostrat, en el cas de les demències, que la situació del cuidador (parentiu amb el malalt, edat, situació laboral, convivents, símptomes d'ansietat o depressió i qualitat de vida) és un predictor d'institucionalització molt més important que els símptomes o gravetat de la demència.

La majoria de treballs sobre cuidadors s'han centrat en el malestar psíquic, i especialment en la major freqüència d'ansietat i depressió, si bé també són importants les repercussions en la salut física, l'aïllament social i l'empitjorament de la situació econòmica. A més, sembla que els cuidadors no són especialment freqüentadors de les consultes i que no es diagnostica la major part de les seves afeccions. Les repercussions descrites també s'han observat en el cas específic dels cuidadors de pacients oncològics avançats en què diversos estudis han trobat una prevalença elevada en ansietat (46 %) i de depressió (39 %) entre els cuidadors l'any previ a la mort del pacient (evidentment, les conseqüències de la cura dels pacients terminals no són només negatives i de fet, la majoria

dels cuidadors descriuen la seva experiència com a molt valuosa, sobretot si la resta de la família i els equips sanitaris valoren explícitament aquesta tasca). Cal evitar, en la mesura del possible, la claudicació del cuidador, que implicaria la pèrdua de capacitat d'oferir una resposta adequada a les demandes i necessitats del malalt, per esgotament o sobrecàrrega, essent la claudicació familiar una de les causes més freqüents d'ingrés de pacients terminals. Per ajudar el cuidador cal donar-li informació i suport emocional, i recordar que en les últimes dues setmanes de vida les necessitats dels cuidadors poden excedir les dels pacients (malgrat això, s'ha constatat que en les històries clíniques falta informació relativa als cuidadors i no se solen cobrir les seves necessitats assistencials).⁹

Després de la mort d'un familiar de càncer, caldria una visita al cap d'una o dues setmanes, per tal de repassar les circumstàncies de la mort i reforçar el paper dels familiars, i al cap d'uns tres mesos, per a valorar si hi ha complicacions i es necessita assistència específica.

Problemes de salut mental

En un recent estudi sobre *adherència familiar* (Martín et al. 2018), van constatar la rellevància d'aquest concepte en el pronòstic de pacients amb trastorn mental greu, essent essencial que en atenció primària es desenvolupin eines per treballar en els aspectes psicosocials relacionats amb aquestes malalties.¹⁰

En general, es pot dir que la família que està adherida és conscient del trastorn, participa activament en el tractament, té comunicació amb els professionals i assisteix a les consultes i activitats de la institució. Igualment, l'adherència familiar es pot veure com un procés d'enfortiment dels vincles que pot disminuir la sobrecàrrega i el sofriment que experimenta la família mateix en la cura d'un pacient crònic. També, però, cal conèixer els factors negatius que podrien afectar l'adherència familiar, com ara conflictes familiars, la presència de dany físic o emocional infligit pel pacient i les actituds familiars de rebuig o aïllament social per estigmatitzar-lo, essent també problemàtica la manca de comunicació adequada amb l'equip professional.¹⁰

Addiccions

El model d'intervenció familiar proposat per la majoria d'autors reconeix en la família un factor fonamental per a la protecció del consum de drogues. Així, per exemple, Zapata (2009) assenyala que a través d'esquemes de suport positiu, en els quals es clarifiquin les relacions d'autoritat, afecte i comunicació, disminueix el risc de patir una addicció.¹¹

Si bé els models d'abordatge familiar i social són desitjables en una intervenció integral del problema del consum i addicció a les drogues, hi ha diverses situacions que ho dificulten, per exemple, una xarxa de suport familiar inexistent, la negativa de la família a involucrar-se en el procés de tractament i rehabilitació, problemes d'addicció o trastorns mentals en altres membres de la família, o la negativa de l'entorn social per acceptar les fases de recuperació del pacient amb problemes de consum i addicció a les drogues.

Aquestes barreres han d'intentar superar-se, atesa la important connotació que tenen en la recuperació d'un pacient addicte. Quan això no és possible, s'han de buscar alternatives que garanteixin afecte, solidaritat i comunicació positiva en l'ambient que envolta l'individu en tractament, bé sigui a través d'esquemes de famílies substitutes, d'amics o d'allotjaments comunitaris, de protecció o llars, transitoris, dirigits per professionals sanitaris.

Disfuncions familiars

L'àmbit fonamental on s'estableixen els vincles i relacions afectives és la família. Sol ser el principal grup de suport emocional i material, però també és on es poden trobar les disfuncions més perjudicials. Entre les disfuncions més freqüents, cal destacar les següents (Maestre L, 2019):

- **Rols patològics.** Lideratge rígid d'un progenitor que anul·la l'altre i que abusa del seu poder físic, econòmic, o psicològic (intel·ligència, duresa emocional, capacitat manipuladora...), per a controlar la resta de membres de la família. Una altra disfunció és l'aliança entre un progenitor i un fill, contra el progenitor dominant, que situen aquest fill en una posició de molta tensió, acaparat pel progenitor més dèbil i enfrontat permanentment com a rival del dominant. Una altra, és la disfunció que porta a un fill a protegir o substituir els pares, excessivament patidors o febles, quedant-se ell sense la necessària protecció dels pares i amb l'estrès afegit d'haver d'assumir responsabilitats per a les quals no està preparat. L'altra disfunció en els rols, no menys potent, és la que porta al desplaçament dels problemes familiars a un dels seus membres, a qui es considera el problema, el boc expiatori, i els símptomes del qual incrementen l'actitud negativa dels altres membres de la família.¹²
- **Problemes de comunicació.** Existeixen nombrosos problemes de comunicació com, per exemple, no escoltar, fugir del tema, concretar excessivament, anar-se'n per les branques, relacionar-ho tot amb fets passats, etc.; no obstant, cal destacar dos fenòmens que, per la seva freqüència i poder destructiu, donen lloc a molts problemes psicològics: el primer es caracteritza per la tendència a donar una ordre i tot seguit, donar-ne una altra que, d'alguna manera, contradiu la primera, amb la

qual cosa qui les rep no té escapatòria, ja que tant si segueix la primera com la segona, serà criticat o castigat; l'altre es basa en la desqualificació permanent de l'interlocutor, tot atribuint-li opinions o intencions que no li corresponen, i impedit-li, sistemàticament, que acabi d'expressar el que realment vol comunicar.¹²

- **Clima afectiu disfuncional.** En general, són disfuncionals les famílies que utilitzen sovint l'agressivitat, els crits o el xantatge emocional (manipulació que es basa en condicionar l'amor a que l'altre faci el que se li demana, o bé, en fer-lo sentir culpable del propi patiment). Algunes famílies forcen l'acord permanent entre els seus membres, donant la impressió de no tenir problemes, quan, en realitat, el que els passa és que no els afronten, ni en parlen, i per tant, no els resolen mai. Altres famílies es mostren permanentment hostils, discutint sempre sobre fets poc importants, tot evitant parlar mai de sentiments ni dels problemes de fons que els afecten.¹²
- **Limitacions a la individuació i l'emancipació.** Es tracta de famílies que viuen molt tancades en elles mateixes i no toleren que cap dels seus membres tingui idees pròpies, ni relacions afectives significatives fora del nucli familiar, amb el pretext d'hipotètiques amenaces exteriors. Quan algun membre de la família intenta emancipar-se (un fill que vol fer la seva vida o un membre de la parella que vol separar-se), la resta dels membres el pressiona fins a fer-lo desistir, essent aquest un dels moments en què molt sovint apareixen els símptomes. En l'altre extrem, trobem famílies desestructurades o amb una estructura poc consistent, incapaces d'assumir les pròpies responsabilitats afectives i educatives, que no exerceixen cap control sobre les influències externes i que impulsen els seus membres a cercar, sovint en persones o grups problemàtics, l'afecte i suport que no troben a casa.¹²

En una família disfuncional, l'aparició de qualsevol nou estressor (problema econòmic, canvi de domicili, malaltia, mort, separació, incorporació de nous membres, etc.) pot agreujar les tensions familiars i afectar els membres més vulnerables en la seva salut mental o física.

4.8.3. Aspectes clau

Per arribar a una atenció eficaç dels problemes de salut i a la seva prevenció, cal anar incorporant de manera sistemàtica la família a la feina quotidiana en atenció primària, especialment quan es tracta d'addiccions o altres trastorns mentals, malalties cròniques, mala adherència al tractament, pacients hiperfreqüentadors, trastorns psicossomàtics en nens, símptomes mal definits i pacients dependents.

Bibliografia

1. García-Huidobro D. Enfoque familiar en la Atención Primaria: Una propuesta para mejorar la salud de todos. Rev. Méd. Chile. 2010; 138 (11): 1463-1464.
2. Elena C. Enfoque familiar de la Atención Primaria [Internet]. MedicosFamiliares.com. 2017. Disponible a: <https://www.medicosfamiliares.com/familia/enfoque-familiar-de-la-atencion-primaria.html>
3. Carreras A. Apuntes: Recursos, Funcionalidad y Disfuncionalidad Familiar [Internet]. 2014. Disponible a: <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/Recursos-funcion.-y-disfunc.-fam.-A.-Carreras.-2014.pdf>
4. Fernández C, Aguilar JM, Romero R, Rivas A, Fuentes ME, González JJ et al. Hiperfrecuentación en Atención Primaria e hiperfrecuentadores en Urgencias. Atención Primaria. 2018; 50 (4): 222-227.
5. Fuertes MC, Carracedo E, Lorda A, Arillo A, Gómez AR, Martínez MC. Intervención con pacientes hiperfrecuentadores persistentes en atención primaria. Med Gen Fam. 2017; 6 (1): 15-22.
6. Aguado O. Intervenciones enfermeras en la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico del paciente en atención primaria: actividades individuales y grupales. X Jornada de Seguridad del Paciente en Atención Primaria; 2017.
7. OMS. CIE-10, Capítol XVIII: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte. A: OMS. CIE-10. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 2015; 187.
8. Sánchez P, Guerrero F. Actualización del trastorno psicossomático en la infancia y adolescència [Internet]. Pediatr Integ. 2017; XXI (1): 32-38. Disponible a: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-01/actualizacion-del-trastorno-psicosomatico-en-la-infancia-y-adolescencia/>
9. Babarro AA. Atención a la familia. Aten Prim. 2006; 38 (Supl 2): 14-20.
10. Martín E, Sarmiento P, Obando D. La adherencia familiar en el trastorno mental grave. Aten Prim. 2017; 50 (9): 519-526.
11. Zapata MA. La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. Revi CES Psicol. 2009; 2 (2): 86-94.
12. Maestre L. Disfuncions familiars i estrès [Internet]. 2019. Disponible a: <https://psicologiaonline.cat/factors-psicosocials/>

4.9.

L'atenció primària de salut i l'atenció centrada en la persona

CARME BERTRAN

4.9.1. Introducció

Les indicacions de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), d'acord amb les previsions poblacionals, recomanen revisar els models d'atenció dels diferents països, per donar una resposta adequada als nous reptes que planteja el context social, sanitari, epidemiològic, econòmic i demogràfic.^{1,2} A Catalunya, el sistema de benestar i de salut està portant a terme accions transversals, interdepartamentals i integrades orientades a la prevenció, la promoció i l'atenció centrades en la persona (ACP), amb una visió comunitària i poblacional. Aquest plantejament ha comportat un gir en l'orientació del model d'atenció, i ha posat la persona com a eix del sistema social i sanitari, promovent el respecte per la seva dignitat i autonomia, en tant que pilars ètics fonamentals, alhora que ha propiciat un canvi en els rols dels agents implicats que han passat d'un model passiu i unidireccional a un d'actiu i multidireccional, en què la persona vol formar part del procés i s'implica a tenir cura de l'atenció per mantenir el benestar i la salut.³

L'OMS ha definit l'ACP com l'atenció que s'aconsegueix quan es posa a la persona en l'eix sobre el qual giren la resta de les dimensions relacionades amb la intervenció basada en l'evidència científica, l'organització del servei, l'equip, la interdisciplinarietat i l'ambient; i l'atenció primària de salut (APS) com l'assistència sanitària essencial accessible a tots els individus i famílies de la comunitat, amb la seva plena participació i a un cost assequible per a la comunitat i el país. Aquesta és, doncs, el nucli del sistema de salut, la porta d'entrada al sistema sanitari i forma part integral del desenvolupament

socioeconòmic general de la comunitat.⁴ Els valors de l'APS en pro de la salut per a tothom requereixen posar a les persones en el centre de l'atenció sanitària. Aquesta perspectiva és una de les reformes promogudes per l'OMS el 2008, concretament, la reforma de la prestació de serveis per aconseguir un sistema de salut centrat en les persones, reorganitzant els serveis entorn de les seves necessitats i expectatives, per tal que s'ajustin millor a una societat en evolució i, al mateix temps, d'obtenir millors resultats de salut.⁵

4.9.2. Atenció centrada en la persona

La Declaració d'Alma-Ata del 1978 va definir l'APS i va afavorir un moviment en pro d'ella, impulsat per professionals, institucions, governs i organitzacions comunitàries, amb l'objectiu d'incidir en les desigualtats sanitàries existents en tots els països.

Tot i havent passat més de 40 anys des d'aquesta declaració, els valors centrals que varen donar forma a l'APS, com són la justícia social i el dret a una millor salut per a tots, la participació i la solidaritat, requereixen que els sistemes de salut posin les persones en el centre de l'atenció sanitària.

A nivell legal, s'identifiquen tres fites cabdals en l'impuls de l'atenció centrada en la persona. La primera és l'aprovació de la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació relacionats concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica, llei que reconeix, de forma explícita, el protagonisme de la persona en la presa de decisions sobre la seva salut. La segona, l'aprovació de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LAPAD) i l'aprovació de la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials, que assegura el dret de la ciutadania a viure dignament durant totes les etapes de la vida mitjançant la transformació dels serveis socials i l'enfortiment del quart pilar bàsic de l'estat del benestar. Aquestes dues últimes lleis marquen un punt d'inflexió en matèria de serveis socials, i generen nous usuaris/es així com noves necessitats que obliguen els i les professionals a posar la persona al centre per tal de poder donar resposta a les noves demandes, més específiques, diverses i multidisciplinàries.¹

La legislació i els documents en polítiques sanitàries i del benestar cerquen cada vegada més allunyar-se del model paternalista i afavorir la veu de la ciutadania i el fet d'involucrar la persona en la seva salut física i mental, benestar i autocura es reconeix com un component clau per desenvolupar una atenció integrada, social i sanitària d'alta qualitat. Aquesta atenció ve donada pel fet de respectar els valors, les preferències i les necessitats expressades de la ciutadania, així com la seva història de vida; així com coordinar i integrar

els serveis socials i sanitaris, per garantir el contínuum assistencial; promoure la informació, la comunicació i l'educació, per tal que la persona usuària pugui decidir en tot moment i implicar l'entorn de la persona, el cuidador, la família, els amics i els veïns en el cas dels usuaris o usuàries que ho desitgin o que no puguin prendre decisions.

La participació activa de les persones en la cura de la seva salut i benestar i la seva alfabetització són claus per millorar el seu nivell de coneixements, així com la utilització dels serveis socials i sanitaris; tenir un impacte positiu en la seva salut a través de les decisions informades; promoure el benestar i la qualitat de vida de les persones, i donar més qualitat als anys de vida; i optimitzar l'ús de serveis i els costos millorant la sostenibilitat del sistema.

Per tal de donar resposta a aquests reptes, el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat de Catalunya (PPAC) conjuntament amb el Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS) han proposat desenvolupar l'estratègia d'atenció centrada en la persona dins del marc del model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya, que es fonamenta en el coneixement científic disponible i l'experiència d'altres països. Aquest model es construeix sobre la base del rol actiu, responsable i apoderat de les persones, dels seus cuidadors i cuidadores i/o de les seves famílies i s'estructura en el treball conjunt entre aquests i els diferents professionals de totes les organitzacions i àmbits assistencials que s'esdevenen referents a partir d'aplicar una visió que va més enllà del fet de curar o tenir cura.¹ El que es pretén és que la persona tingui sempre un projecte vital de futur, construït des de la màxima autonomia possible, en el seu propi entorn i independentment de la seva esperança de vida i el problema de salut o el benestar que tingui o se li pressuposi.⁵

Els elements fonamentals per dur a terme aquesta transformació, identificats per National Voices en els seus últims documents publicats els anys 2013 i 2015, són el lideratge nacional, la flexibilitat territorial i la participació dels ciutadans i ciutadanes com a iguals en el disseny, el desenvolupament i la implementació del procés de canvi.

En aquest sentit, es pot afirmar que la implicació social és l'essència de les estratègies per a tota societat que aspiri a incloure totes les persones que la configuren.

Un dels grans reptes de les infermeres en el marc de l'atenció centrada en les persones és conciliar les diferents visions sobre salut, benestar i malaltia, per una banda dels serveis sanitaris i, per l'altra, de les persones a les quals atenen.

Segons l'enfocament de Wilson, Heaslip i Jackson⁶ les diferents formes d'experimentar i pensar el món en què vivim, evidents en les creences i les pràctiques comunament acordades per les persones que pertanyen a un

determinat grup i presents tant en el terreny personal com professional, influeixen i guien el coneixement, la reflexió i la realització de la pràctica d'infermeria.

Entwistle i Watt afirmen que la majoria de les infermeres treballen i practiquen l'atenció sanitària dins dels serveis de salut biomèdics, la qual cosa les porten a centrar-se més en la malaltia i deixar a un costat tot allò que té a veure amb l'entorn de l'usuari.⁷

L'ACP permet donar un tracte diferenciat entre usuaris i usuàries amb el mateix diagnòstic o el mateix grup ètnic i centrar l'atenció en allò que realment és important per a ells. Aquesta atenció situa la persona i la seva família o comunitat com a corresponsables, juntament amb el professional infermer, del procés de salut i de les decisions relacionades amb ella, així com de l'avaluació dels propis resultats de salut.⁸

Doherty i Thompson subratllen que l'ACP que té en compte la visió holística de les persones és fonamental per establir confiança entre aquestes i els professionals de la salut, tot incidint en la qualitat i equitat de l'atenció proporcionada. Aquests autors afirmen que aquesta atenció només es pot aconseguir quan els usuaris i usuàries i les seves famílies estan compromesos i disposats a participar-hi.⁹

Alguns autors com Rodríguez constaten que existeix un problema de base en la comunicació amb la persona atesa en el sistema de salut que té una causa multifactorial i puntualitza que si el professional de la salut veu a la persona com un conjunt de símptomes que requereixen d'un diagnòstic mèdic, sense considerar la seva opinió, participació, creences i context, la relació entre ells difícilment serà efectiva i això produeix una important disminució de la confiança i menor satisfacció i participació en la presa de decisions.⁴

Feo et al. identifiquen com a barreres que dificulten l'atenció centrada en la persona la pròpia dificultat del procés de canvi cultural de les institucions sanitàries i dels col·lectius professionals pel que fa a aquest constructe; la falta de claredat en la implementació de polítiques d'atenció i la disminució d'iniquitats en salut; la sobrecàrrega laboral, pels pocs recursos humans existents en les organitzacions sociosanitàries; l'augment de responsabilitats de les infermeres pel que fa a una major quantitat de persones per atendre; la disminució de la seva capacitat de gestió i les dificultats de comunicació en la cura de les persones.⁹

L'ACP suposa un canvi cultural important per al sistema sanitari i per als seus professionals, fonamentat, especialment, en la relació de cura basada en l'empoderament de l'altre i en la participació directa i activa de les persones en la presa de decisions i en la gestió del seu procés de salut i malaltia. Cal ressaltar la importància de reflexionar i aprendre per dur-lo a terme i destacar,

com a elements fonamentals, la formació del personal, la motivació en les tasques que porta a terme i la implicació de la gestió directiva.

4.9.3. Aspectes clau

L'atenció centrada en la persona millora la qualitat de l'atenció i dels resultats de salut i benestar; redueix la càrrega assistencial; afavoreix l'eficiència dels serveis i millora la percepció de les persones respecte de l'atenció que reben. La seva implementació ha de generar canvis en el disseny i planificació dels serveis i els programes, així com en les intervencions i la praxi professional.

Bibliografia

1. Generalitat de Catalunya. L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2016.
2. OMS. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona: Informe de la Secretaría. Informe 69.^a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2016.
3. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La Atención Primaria De Salud: Más Necesaria Que Nunca. Ginebra: World Health Organization; 2008.
4. Rodríguez P. La atención integral y centrada en la persona. 1a ed. Madrid: Fundación Pilares para la autonomía personal; 2013.
5. Wilson D, Heaslip V, Jackson D. Improving equity and cultural responsiveness with marginalised communities: Understanding competing worldviews. J Clin Nurs. 2018; 27 (19-20): 3810-3819.
6. Entwistle VA, Watt IS. Treating patients as persons: A capabilities approach to support delivery of person-centered care. Am J Bioeth. 2013; 13 (8): 29-39.
7. Ross H, Tod AM, Clarke A. Understanding and achieving person-centred care: The nurse perspective. J Clin Nurs. 2015; 24 (9-10): 1223-33.
8. Doherty M, Thompson H. Enhancing person-centred care through the development of a therapeutic relationship. Br J Comm Nurs. 2014; 19 (10): 502, 504-507.
9. Feo R, Conroy T, Marshall RJ, Rasmussen P, Wiechula R, Kitson AL. Using holistic interpretive synthesis to create practice-relevant guidance for person-centred fundamental care delivered by nurses. Nurs Inq. 2017; 24 (2): 1-11.

4.10.

Adaptacions de l'atenció primària en temps de COVID-19

GLÒRIA REIG, JOSEP FIGA

4.10.1. Introducció

D'acord amb l'Organització Mundial de la Salut, la salut és l'estat complet de benestar físic, mental i social, i la declaració d'Alma Ata afirma que l'atenció primària, com a àmbit assistencial responsable de la promoció, la prevenció, la curació i la rehabilitació, és fonamental per aconseguir aquesta salut.¹ L'atenció primària és la porta d'entrada al sistema de salut i uns dels pilars del sistema sanitari públic. Els seus professionals disposen dels coneixements, habilitats, actituds i experiència per fer front a l'atenció de les persones, famílies i comunitats, i per adaptar-se als reptes constants. És conegut que els sistemes sanitaris amb una atenció primària sòlida aconsegueixen millors resultats en salut a menors costos, i això s'accentua en situacions d'epidèmia. La declaració d'Astana per l'AP de l'any 2018 argumenta el paper imprescindible d'aquesta en l'abordatge de l'epidèmia de l'Ebola l'any 2015, la seva anàlisi demostrava que la resposta sanitària era proporcional al grau de competència de l'atenció primària.² La crisi sanitària i social viscuda arran de la pandèmia de la COVID-19 ha posat a prova el sistema sanitari. Alguns països han passat per alt els serveis i l'estratègia d'atenció primària de salut com a vehicle per abordar el brot de la malaltia; d'altres països l'han adaptat a aquest situació, sent, així, molt més valuosos.³ La COVID-19 ha transformat el món en què vivim. La pandèmia ha provocat canvis radicals al sistema de salut i també a l'atenció primària, posant de manifest una sèrie de debilitats, sobretot relacionades amb la manca de recursos professionals i materials, però també evidenciant la capacitat del sistema de salut. En aquest sentit, l'atenció primària s'ha capgirat, demostrant

la seva flexibilitat i capacitat d'atenció. La pandèmia ha visibilitzat aquest àmbit assistencial i ha fet palesa la seva importància dins el sistema de salut.

4.10.2. Adaptacions de l'atenció primària durant la COVID-19

La COVID-19 ha posat de manifest una sèrie de debilitats inherents a l'Atenció Primària. Inicialment es va evidenciar el problema d'accés als recursos essencials necessaris per combatre la pandèmia, amb falta de professionals, manca d'equips de protecció individual, falta de testos pel cribratge i algunes infraestructures obsoletes, sense capacitat d'adaptar espais o crear-ne de nous. A més, calia fer front a una nova forma de visitar, sovint telemàtica, on els problemes emocionals associats a aquesta crisi eren presents en la majoria de visites. Durant les primeres setmanes de pandèmia, l'atenció primària va portar a terme una estratègia molt centrada a contenir els pacients en els seus domicilis, per evitar així la transmissió del virus i el col·lapse de les urgències hospitalàries. També es van tancar centres de salut, concentrant recursos físics i humans per assegurar l'eficiència en l'atenció en centres estratègics. Les direccions dels equips d'atenció primària van dur a terme plans de contingència propis i reorganitzacions horàries i de recursos físics i humans per atendre la demanda presencial, domiciliària i residencial. També es van elaborar plans per atendre aquells dispositius que el Departament de Salut havia condicionat de forma temporal per atendre pacients amb diagnòstic de COVID-19, entre ells els hotels salut.⁴ En aquest capítol es recull l'experiència de l'adaptació de l'atenció primària catalana, durant la pandèmia de la COVID-19, estructurada en 3 apartats:

- a. adaptacions dels recursos físics (infraestructura) i recursos materials;
- b. adaptacions assistencials i de circuits; i
- c. adaptacions dels recursos humans.

4.10.2.1. Adaptacions dels recursos físics (infraestructures) i recursos materials

Des del primer moment es van habilitar controls a les entrades i sortides dels centres d'atenció primària, regulant els fluxos a la porta i establint circuits centrífugs, porta d'entrada i sortida, per pacients respiratoris. També es van senyalitzar els terres, marcant distàncies de seguretat a les sales d'espera, a les cues d'entrada i en tots els circuits establerts. Els centres es van sectoritzar, per assegurar una ràpida identificació de pacients sospitosos de COVID-19,

habilitant consultes específiques per atendre aquestes persones. Aquells centres sense capacitat de sectorització es van tancar i es va derivar l'assistència a centres estratègics, dins la mateixa Àrea Bàsica de Salut.

Posteriorment, amb l'objectiu que l'atenció primària pogués desenvolupar la seva activitat amb més comoditat, diferenciant espais per patologia COVID-19 i no COVID-19, es van habilitar mòduls prefabricats —120 a tot el territori català— amb els quals s'aconseguia més seguretat per als professionals i per a la ciutadania.^{5,6}

Paral·lelament, l'atenció primària va liderar l'habilitació de diferents espais per atendre, de forma temporal, les necessitats de persones afectades per la COVID-19 amb dificultats socials o sense capacitat de fer un correcte aïllament al seu domicili. Un exemple en són els hotels salut. Aquests establiments també redirigien l'accés innecessari als hospitals de persones amb clínica lleu, reduint així la seva saturació. A més, permetien l'ingrés de persones que, un cop donades d'alta de l'hospital, necessitaven una «hospitalització domiciliària» però en un entorn controlat per professionals. La detecció, derivació i trasllat de pacients s'originava normalment des de l'àmbit de l'atenció primària.

Amb relació al material necessari per fer front a la COVID-19, la seva falta inicial va fer necessari un repartiment homogeni entre tots els centres. En aquest sentit, les donacions de grans i petites empreses del territori van ser un factor clau per poder atendre amb una garantia mínima de seguretat. Posteriorment, la situació va anar canviant i cada equip d'atenció primària va disposar dels materials necessaris. Actualment, cada centre té un estoc de material definit: equips de protecció individual, testos de cribratge... sense que s'hagin manifestat trencaments d'estoc habituals.

4.10.2.2. Adaptacions assistencials i de circuits

Durant les primeres setmanes, l'atenció primària va desprogramar totes aquelles visites demorables, amb un primer objectiu de reservar els recursos per atendre situacions derivades de la COVID-19 i totes aquelles persones amb necessitats de salut no demorables, i un segon objectiu d'evitar aglomeracions i l'exposició de persones vulnerables. Posteriorment, i de forma progressiva, es va anar recuperant la visita presencial, mantenint la telemàtica per tot allò que no requeria un contacte físic.

La transformació digital de l'AP

Disposar d'un accés ràpid i efectiu al sistema sanitari és essencial i en aquest sentit l'atenció primària es va reinventar, per oferir aquest accés d'una forma

telemàtica, sovint amb més dedicació que la visita presencial, evitant així desplaçaments i exposicions a persones potencialment infectades.⁷ A Catalunya es van incrementar l'ús de dels sistemes de comunicació i relació telemàtica, sent la videoconferència el mitjà més recomanat.⁸ LeConsulta, el servei de teleconsulta asíncrona integrat a l'eCap (sistema informàtic de l'AP), el programa d'Història Clínica informatitzada i La Meva Salut, eina que serveix perquè la ciutadania pugui accedir a alguns aspectes de la seva informació de salut, faci consultes i realitzi tràmits administratius,⁹ van ser els eixos de transformació digital de l'atenció primària.

Atenció a les persones amb diagnòstic de COVID

El maneig dels pacients amb diagnòstic de COVID-19 a l'atenció primària va posar el focus en la identificació i seguiment dels casos. Durant les primeres setmanes, cada equip d'atenció primària rebia informació dels casos COVID-19 del seu territori i iniciava el seguiment. Paral·lelament i amb l'objectiu d'identificar de forma precoç possibles casos es van habilitar línies de contacte directe exclusives per consultes relacionades amb la COVID-19. En aquest moment, el treball conjunt de l'atenció primària amb la Xarxa de Vigilància Epidemiològica de Catalunya va ser un factor clau per al control de pacients amb sospita o diagnòstic de COVID-19.¹⁰ Amb relació als protocols de maneig de la COVID-19, s'assistia a una gran varietat d'ells, tant pel que fa al tractament com quant a les mesures de suport i criteris d'alerta, i aquesta disparitat sovint generava iniquitats territorials de diferents tipus. Per aquest motiu es va crear una comitè científic territorial que va confeccionar les guies d'actuació enfront de la COVID-19, que s'actualitzaven cada 24 hores.¹¹ Finalment, l'arribada dels cribratges va suposar un punt d'inflexió en el control de la pandèmia. La disponibilitat de testos PCR i testos d'antígens ràpids als equips d'atenció primària els va donar més capacitat de gestió i resolució.

La capacitat resolutiva de l'atenció primària davant dels pacients COVID-19 tenia un efecte protector en la saturació dels hospitals, i en aquest sentit es van potenciar i adaptar circuits assistencials entre els diferents àmbits. La sol·licitud de la radiologia de tòrax des de l'atenció primària, i la seva realització i valoració immediatament des de l'hospital en seria un exemple. També, la formació de metges de família en la realització d'ecografies pulmonars, prova més sensible que la radiologia.

Atenció a les persones més vulnerables

La gran càrrega de treball derivada de la COVID-19 va dificultar la seva tasca habitual de seguiment de pacients crònics. Si és cert que en l'inici es van deixar de visitar persones amb motius de salut no urgents, ràpidament es va fer un esforç titànic per continuar atenent aquelles persones més vulnerables, sobretot persones en situació de final de vida i pacients crònics complexos. En aquest escenari el treball de les infermeres gestores de casos, de forma coordinada amb serveis socials van ser un factor clau. També va prendre valor una de les característiques fonamentals de l'atenció primària, la longitudinalitat en l'atenció de les persones. La relació i coneixement dels professionals d'atenció primària sobre els seus pacients va facilitar un treball proactiu sobre aquells més vulnerables.

Atenció a les residències

Pel que fa a les residències, es van establir circuits de connexió i actuació entre elles i l'atenció primària, amb l'objectiu de garantir l'atenció, a tots els residents, d'una forma àgil i eficaç i amb una cobertura 7/24 i sent l'enllaç amb l'hospital. Segons els territoris, també es van habilitar residències específiques, per atendre aquelles persones institucionalitzades amb COVID-19 positiu a qui no es pogués assegurar la correcta atenció i aïllament a la residència habitual.

Atenció a la comunitat

Els serveis de promoció de la salut i d'atenció preventiva, prioritaris dins la cartera de serveis de l'atenció primària, van ser els que van patir un major efecte, disminuint parcialment o totalment el seu nombre, segons les fases de la COVID-19. Un exemple en seria les revisions pediàtriques, dins del programa del Nen Sa, on només es van mantenir aquelles visites amb vacunes no demorables. I el mateix va passar amb la resta de població, sense problemes de salut prioritaris. Per minimitzar l'efecte d'aquesta situació es van habilitar canals de comunicació directes entre la ciutadania i els metges i infermeres de referència. Finalment, la pandèmia va disminuir la capacitat dels equips d'atenció primària per tenir una visió comunitària.

La vacunació i els vacunòdroms

L'atenció primària va entomar la vacunació de la COVID-19. Aquesta es desenvolupava, de forma paral·lela, entre els centres d'atenció primària i

altres espais habilitats exclusivament per a realitzar aquesta activitat de forma massiva, els anomenats *vacunòdroms*, de la mà d'infermeres d'atenció primària.

4.10.2.3. Adaptacions dels professionals

Tots els professionals: metges, infermeres, tècnics de cures auxiliars d'infermeria, administratius, pediatres, llevadores, odontòlegs, assistents socials, fisioterapeutes, etc. van adaptar les seves tasques assistencials durant la pandèmia. A tots aquells professionals considerats vulnerables se'ls va habilitar la possibilitat de realitzar teletreball, assumint aquelles visites que es podien resoldre de forma telemàtica. Amb relació als metges i infermeres, per una banda, sense ser una pràctica homogènia a tot el territori, majoritàriament els metges van assumir tota la patologia aguda, COVID-19 i no COVID-19, i les infermeres van fer el seguiment del pacient crònic. Per altra banda, les infermeres, juntament amb les tècniques de cures auxiliars d'infermeria, van liderar els cribratges i, posteriorment, les vacunacions. En aquest sentit, les tècniques auxiliars d'infermera van veure créixer les seves competències durant la pandèmia. A més, alguns centres d'atenció primària van crear equips específics, formats per metges i infermeres, dedicats a atendre pacients COVID-19, al centre i al domicili. El fet d'establir un circuit amb personal amb expertesa per atendre la patologia pandèmica facilitava el treball de la resta de l'equip. Amb relació a l'equip de pediatria, van seguir atenen totes les visites pediàtriques agudes i aquelles visites no demorables, dins el programa del Nen Sa. Paral·lelament, van donar suport als equips d'adults en l'atenció de la resta de població. Pel que fa a les unitats d'atenció a la ciutadania, van liderar el canvi en la forma de comunicar-se de la ciutadania amb els professionals de la salut, gestionant l'entrada de consultes per tots els canals de comunicació habilitats i van estar al capdavant de la programació de les vacunes. També van fer possible el funcionament de tots els nous circuits i procediments establerts dins els centres d'atenció primària. El decret d'alarma va facilitar el procediment administratiu de contractació d'estudiants de medicina i infermeria i de personal sanitari nou jubilat. Finalment, el major canvi viscut a l'atenció primària amb relació als professionals durant la COVID-19 va ser la contractació dels Gestors COVID-19, professionals encarregats d'acompanyar les persones infectades i els seus contactes estrets durant el procés assistencial de la malaltia.

4.10.3. Aspectes clau

Un accés ràpid i segur a l'atenció primària és clau per contenir la pandèmia, i també per mantenir l'atenció a la salut a la resta de comunitat, i els sistemes

de comunicació i relació telemàtica existents ho permeten. La creació d'equips professionals i espais específics per atendre COVID-19 facilitaran els seu abordatge i l'atenció a la resta de patologies.

Bibliografia

1. OMS. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud [Internet]. Alma-Ata: URSS (6-12 de setembre de 1978). Disponible a: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
2. Kraef C, Kallestrup P. After the Astana declaration: is comprehensive primary health care set for success this time? *BMJ Glob Health*. 2019; 4: e001871.
3. Solera J, Tárraga P. La Atención Primaria de Salud: Más necesaria que nunca en la crisis del Coronavirus. *JNNPR*. 2020; 5 (5): 468-72. DOI: 10.19230/jonnpr.3655
4. Resolució SLT/777/2020, de 25 de març, per la qual s'habiliten determinats espais hotelers o, si s'escau, altres locals, per a l'ús del Sistema de Salut de Catalunya, en el marc de les mesures per a la prevenció i el control de la infecció pel SARS-CoV-2 [Internet]. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 8096A, (26/03/2020). Disponible a: <https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/8096A/1790921.pdf>
5. Servei Català de la Salut. Comença la instal·lació de 120 mòduls a tot Catalunya per donar suport als centres d'atenció primària de salut [Internet]. Nota de premsa. 12 de febrer de 2021. Disponible a: <https://catsalut.gencat.cat/ca/inici/nota-premsa/?id=404225>
6. Servei Català de la Salut. Espais hospitalaris polivalents [Internet]. 29 d'abril de 2021. Disponible a: <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/projectes-estrategics/espais-hospitalaris-polivalents/>
7. Mehrotra A, Ray K, Brockmeyer DM, Barnett ML, Bender JA. Rapidly Converting to "Virtual Practices": Outpatient Care in the Era of COVID-19 [Internet]. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*; 2020. Disponible a: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0091>
8. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. COVID-19: a remote assessment in primary care. *BMJ*. 2020; 368: m1182.
9. López F, Walsh S, Solans O, Adroher C, Ferraro G, García A et al. Teleconsultation Between Patients and Healthcare Professionals in the Catalan Primary Care Service: Message Annotation in a Retrospective Cross-Sectional Study. *J Med Intern Re*. 2020; 22 (9): e19149.
10. Generalitat de Catalunya. Informe tècnic de resum dels casos de la COVID-19 a Catalunya. Barcelona: Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. 2020; (9).
11. Sisó A. La pandèmia per la COVID-19: Context, crisis i desafiament per a l'atenció primària i comunitària [Internet]. *But l'Aten Prim Catal*. 2020; 38 (2). Disponible a: <http://www.butlleti.cat/ca/Vol38/iss2/1>

V.
**La infermera d'atenció
primària i salut comunitària**

5.1.

Antecedents històrics de la infermeria comunitària

ALÍCIA BALTASAR, ÁNGEL ROMERO

5.1.1. Introducció

Els orígens del que avui coneixem com a Infermera Familiar i Comunitària (IFIC) es poden remuntar molt enrere en el temps, almenys, si es pren en consideració alguna de les seves competències distintives, com ara l'atenció domiciliària. La moderna IFIC ha passat per diverses etapes: des d'un intent fallit de regulació l'any 1987, passant per la publicació del programa formatiu de l'especialitat l'any 2010, fins a l'actualitat, on encara fa falta que les conselleries de salut ofereixin places on es demani i es pugui desplegar, amb tot el seu potencial, aquesta especialitat.

5.1.2. Història de la infermeria comunitària

Una de les característiques de la infermeria comunitària és l'atenció domiciliària. Tenir cura de les persones a casa seva és una activitat tant antiga com universal. Sant Pau, l'any 60, en una de les seves epístoles, esmentava ja el paper d'una diaconessa, Febe, una dona al servei de l'Església, que es dedicava a ajudar a molta gent i que els manuals d'infermeria acostumen a presentar com una mena de precursora de les cures a domicili. Altrament, la visita i cura de malalts sempre va ser una faceta de les organitzacions religioses i caritatives. Així, a la segona meitat del segle XVI, els membres de la congregació de l'Oratori, fundada per sant Felip Neri, tenien, entre les seves obligacions, la visita regular de malalts i hospitals. Una mica després, a començaments del segle XVII, sant

Francesc de Sales, amb la col·laboració de santa Joana Chantal, duia a terme algunes iniciatives per establir un servei d'atenció domiciliària sistematitzat i organitzat i realitzat per religioses (les monges saleses). Però no serà fins a la fundació de l'orde de les Germanes de la Caritat (1633) per Sant Vicent de Paül, que aquesta mena d'assistència regular als malalts pobres i desvalguts es va consolidar.^{1,2}

No obstant això, la professionalització i la formació laica en infermeria serà un fenomen força més tardà. La primera escola coneguda d'infermeria és l'Institut Kaiserswerth de Düsseldorf, fundat l'any 1836 per Theodor Fliedner, un pastor protestant, i la seva dona, Friederike. Allà es va formar la britànica Florence Nightingale, considerada ulteriorment com la iniciadora de la infermeria moderna. Nightingale va ser també la fundadora d'una nova escola infermeria, l'any 1860, a la ciutat de Londres i a l'hospital de Saint Thomas. I va ser allà, a l'Anglaterra del segle XIX, on la professionalització de la infermeria comunitària es va consolidar primer. Així, Liverpool va ser la primera ciutat anglesa a desenvolupar un seguit d'iniciatives per mirar de controlar les malalties infeccioses i afavorir alhora el sanejament urbà. L'any 1859 el filantrop William Rathbone, amb l'ajut de la infermera Mary Robinson, hi va crear un servei d'infermeres de districte. La funció d'aquestes infermeres era la realització d'activitats al si de la comunitat; en particular, l'assistència als malalts en els seus domicilis i l'educació de les famílies en matèria de mesures higièniques. La (inicialment) limitada o escassa formació d'aquestes primeres infermeres comunitàries va fer, però, que Rathbone mateix volgués posar-se en contacte amb Florence Nightingale per demanar-li assessorament sobre la formació teòrica de les infermeres de districte. El resultat va ser que l'any 1862 Rathbone va obrir la primera escola d'infermeria de Salut Pública (la Training School and Home for Nurses, adscrita al Royal Hospital de Liverpool), les estudiants de la qual obtenien en acabar un certificat oficial de visitadores de salut. L'èxit de l'escola de Liverpool va ser el punt de partida d'altres iniciatives similars en altres ciutats angleses i britàniques, que en van copiar el model. Així van néixer les Escoles d'Infermeria de Manchester (1864), Leicester (1867), Londres (1868), Birmingham (1870) i Glasgow (1875).

Uns anys abans, als Estats Units, s'havia elaborat l'anomenat Informe Shattuch (1850), que posava les bases d'un sistema de Salut Pública mitjançant l'adopció d'un seguit de mesures polítiques, epidemiològiques i docents, i encara sobre el medi ambient i el control dels aliments. Tot seguit, Lillian Wald va establir un primer servei d'infermeres visitadores a la ciutat de Nova York. Wald (1893), va ser de les primeres professionals a utilitzar el terme *infermera de salut pública*. Segons ella, la infermera de salut pública havia de participar en la salut de tot un veïnat i cooperar amb els agents socials per ajudar a millorar les condicions de vida en general, i no simplement tenir cura de les persones malaltes.³

A l'Espanya del segle XIX no hi va haver res de semblant a un cos de professionals com ara les anomenades «infermeres de districte» angleses o americanes. El pensament anglosaxó en infermeria no va tenir gaire ressò en els medis sanitaris espanyols, i van haver de passar força anys fins que aparegueren les primeres «infermeres de la salut», tal com les anomena Álvarez Dardet (1988). A Espanya, les primeres infermeres visitadores daten de 1904, però el seu veritable desenvolupament no arribarà fins al 1932, durant la Segona República. La Direcció General de Sanitat republicana va realitzar una tasca de veritable reconstrucció i estructuració sanitària, a partir d'una ordre que regulava la constitució de les Infermeres Visitadores, la funció de les quals estava orientada fonamentalment cap a la cura i l'educació maternoinfantil. Aquest procés de professionalització de la infermeria comunitària va quedar interromput amb l'inici de la guerra civil el 1936, i no serà fins al 1946, a la postguerra, que apareixeran les anomenades *instructores sanitàries*, que desenvolupaven la seva funció en les Delegacions Provincials de Sanitat.³

Posteriorment, l'any 1955, arran de la reunificació i la nova orientació de la formació infermera, es van crear diferents i successives especialitats, totes dependents de l'Instituto Nacional de Salud (INS) com ara l'Ajudant Tècnic Sanitari (ATS); les ATS visitadores, la comesa de les quals era el seguiment i control de la incapacitat laboral transitòria, totes; les ATS d'empresa, que treballen en els serveis mèdics d'empresa i la labor de les quals era essencialment preventiva; i les ATS i Llevadores d'Assistència Pública Domiciliària (APD). Aquestes últimes desenvolupaven el seu treball en les àrees rurals i urbanes, i exercien funcions tant preventives com de promoció i recuperació de la salut al si de la comunitat. Per tant, aquestes infermeres, les APD, es poden considerar com les precursoras de la moderna infermera comunitària.⁴

Des de la creació de la Seguretat Social (1942) i durant dècades, les funcions de les infermeres que treballaven en l'àmbit de l'atenció primària (ambulatoris) no tenien personalitat pròpia, la majoria d'activitats eren delegades del metge.⁴ Un punt important en el desenvolupament de la professió infermera va ser la creació de la diplomatura en infermeria⁵ l'any 1977.

La infermeria no va tenir la possibilitat de transformar el seu rol passiu en un rol actiu dins els equips d'atenció primària de salut (EAPS) fins als anys vuitanta, amb el Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud. En aquest moment la infermera va assumir el repte de transformar el seu nou rol i definir les noves competències, atès que a la infermera se li assignaven de 1250 a 2000 habitants, sobre els quals tenia responsabilitat quant a les cures globals d'atenció d'infermeria.⁶

L'any 1987 es va publicar al BOE la regulació per a l'obtenció del títol d'infermera especialista, on es van publicitar fins a set especialitats, entre elles la Infermera de Salut Comunitària, però no es van desenvolupar.⁷

Amb la LOPS (Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias)⁸ es va canviar aquesta denominació i la va anomenar Infermeria Familiar i Comunitària⁹ fins que l'any 2010 es va publicar el programa de l'especialitat.^{10,11} Gairebé simultàniament es publicava la convocatòria de 132 places per fer la residència a les comunitats autònomes d'Andalusia, Astúries, Castella La Manxa, Castella i Lleó, Catalunya i Madrid. Tot i que fins al maig de 2020 s'han format unes 1918 IFIC, només 11 comunitats autònomes han desenvolupat una normativa amb relació a les especialitats, i només 2 (Galícia i Comunitat Valenciana) han contractat IFIC, en un nombre molt baix.⁹

Tot i això, l'especialitat en IFI és l'única de la qual encara no s'ha convocat la prova d'accés excepcional a què es van inscriure unes 44.000 infermeres,^{7,9} com sí que s'ha fet en la d'altres especialitats com la de pediatria i geriatria.

Les IFIC poden oferir respostes a les necessitats d'una població canviant i assumir responsabilitats en la gestió i recerca.¹² Un exemple el trobem a Catalunya, on les IFIC van formar part d'un programa de gestió infermera de la demanda, entesa com la resposta que dona la infermera des del seu àmbit competencial a una persona que planteja una demanda relacionada amb la salut que requereix una resolució immediata i preferent.¹³ A partir d'uns algorismes, la IFIC pot resoldre diferents demandes que fa la població (molèsties urinàries, cremades, mal de gola, etc.), amb nivells de resolució similars als que ho fan els metges.¹⁴ També s'observa que, en situacions on té més experiència en adults, el nivell de resolució és molt elevat, com, per exemple, un 94 % en persones que presenten cremades.¹⁵ També es pot veure que en pacient pediàtric¹⁶ el nivell de resolució és del 65,4 %. Es pot veure aquest tema més desenvolupat al capítol 5.3 d'aquest mateix llibre.

Un altre dels aspectes que ha aconseguit, majoritàriament com a conseqüència d'aquest augment competencial, és el desplegament de la prescripció infermera,^{17,18} del qual les IFIC en són un pilar fonamental. També pot veure's un desenvolupament d'aquest tema en el capítol 5.6 d'aquest llibre.

5.1.3. Aspectes clau

La història ens mostra que les IFIC han existit en diferents modalitats, fins a la regulació recent. Actualment, aquestes competències es troben ben reglades i especificades per llei. Existeixen pocs llocs específics on es demanin IFIC, i tot i que pugui ser considerat un mèrit, no existeix una oferta de places real, ni en borsa de treball ni en oposicions.

Bibliografia

1. Colliere MF. Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1993.
2. Watson J. La ciencia del cuidado y la teoría del cuidado humano: transformación de las prácticas personales y profesionales de la enfermería y el cuidado de la salud. J Health Human Ser Adm. 2009; 31 (4): 466-482.
3. Alvarez-Dardet C, Gascón E, Alfonso MT, Almero A. Los orígenes de la enfermería de salud pública. Gac Sanit. 1988; 2 (9): 290-293.
4. Álvarez T, Germán C. Los Ayudantes Técnicos Sanitarios. Formación de ATS: Nuevas Perspectivas. A: Infante A, coord. Cambio social y crisis sanitaria. Madrid: Ayuso; 1975.
5. Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería [Internet]. Ministerio de Educación y Ciencia, núm. 200, (22 d'agost de 1977) [consultat el 10 de maig de 2012]. Disponible a: <https://www.boe.es/boe/dias/1977/08/22/pdfs/A18716-18717.pdf>
6. Martín A. Atención Primaria de Salud. A: Martín A, Cano JF, eds. Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica. 6a ed. Elsevier: Barcelona; 2008. p. 3-19.
7. García JE, Gil FA, Munsuri J, Olmedo A, Saus C, Mármol MI. Evolución histórica de la Enfermería y la especialidad Familiar y Comunitaria en España. RIdEC. 2020; 13 (2): 71-81.
8. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [Internet]. BOE, núm. 280 (22 de novembre de 2003) [consultat el 10 de maig de 2012]. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>
9. Martínez-Riera JR, Carrasco FJ. Enfermería familiar y comunitaria, cronología de una especialidad. Enferm Clin. 2019; 29 (6): 352-356.
10. 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 [Internet]. BOE. Ministerio de Sanidad y Política Social, núm. 157 (29 de juny de 2010) [consultat el 10 de maig de 2012]. Disponible a: <https://www.boe.es/eli/es/o/2010/06/17/sas1729/dof/spa/pdf>
11. Alonso O. La Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Volver a empezar. Rev SEAPA. 2013; XI: 27-30.
12. Pisano MM, González AC, Abad A. Enfermería Familiar y Comunitaria: claves de presente, retos de futuro. Enferm Clin. 2019; 29 (6): 365-369.
13. RESOLUCIÓ per la qual es dona publicitat a l'Acord del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya pel qual s'estableixen directrius per a l'exercici de les actuacions infermeres en l'anomenada gestió de la demanda. Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 6412 (25 de juny de 2013) [consultat el 10 de maig de 2012]. Disponible a: <http://www.consellinfermeres.cat/wp-content/uploads/2016/11/2013-DOGC-8.7.2013.-Publicaci%C3%B3-Resoluci%C3%B3-Acord-gesti%C3%B3-de-la-demanda.pdf>

14. Iglesias B, Ramos F, Serrano B, Fàbregas M, Sánchez C, García MJ et al. A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. *J Adv Nurs*. 2013; 69 (11): 2446-2457.
15. Fabrellas N, Sánchez C, Juvé E, Aurin E, Monserrat D, Casanovas E, Urrea M. A program of nurse algorithm-guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care. *BMC Fam Pract*. 2013; 14 (61).
16. Fabrellas N, Juvé E, Solà M, Aurín E, Berlanga S, Galimany J et al. A Program of Nurse Management for Unscheduled Consultations of Children With Acute Minor Illnesses in Primary Care. *J Nurs Scholarsh*. 2015; 47 (6): 529-535.
17. Romero-Collado Á. Prescripción enfermera en España: Se hace camino al andar... Revisión de la literatura. *Rev Rol Enferm*. 2011; 34 (6): 412-423.
18. Romero-Collado Á, Raurell-Torreda M, Zabaleta-Del-Olmo E, Rascon-Hernan C, Homs-Romero E. Nurse prescribing in Spain: The law and the curriculum. *Nurs Health Sci*. 2017; 19 (3): 373-380.

5.2.

Les competències d'infermeria

MONTSE CANET, GEMMA CAPARRÓS

Segons Callista Roy,¹ la pràctica de la infermeria és «el cos de coneixements científics aplicats amb el propòsit d'oferir als individus un servei especial que consisteix a fomentar la capacitat d'influir positivament en la seva salut». L'objectiu de les infermeres és ajudar la persona a adaptar-se als canvis amb relació a les seves necessitats fisiològiques.² La professió infermera s'ha dedicat a tenir cura de les persones i acompanyar-les en aquelles situacions de salut en què no se'n poden sortir per elles mateixes, aplicant coneixements i tècniques específiques de la seva disciplina a partir del coneixement científic i el progrés tecnològic, i les tècniques derivades de les ciències humanes, físiques, socials i biològiques. Tot professional té necessitat de valorar, recollir dades, formular problemes per definir l'estat de la qüestió i poder actuar en conseqüència i avaluar els resultats, òbviament dins del seu camp de coneixements i d'acord amb la seva activitat professional. L'objectiu comú de totes les competències descrites és el de la mateixa professió, és a dir, tenir cura de les persones.³ La definició de les competències de la professió és una necessitat indiscutible, ja sigui des de la perspectiva educativa, de planificació i gestió de serveis sanitaris, com de la regulació del dret a l'exercici de la professió.

L'any 1854, durant la Guerra de Crimea i de la mà de Florence Nightingale va sorgir el concepte de *cures d'infermeria*. Va ser quan, a partir de determinades activitats, va comprovar que aconseguia determinats resultats (per exemple, reduir les infeccions), i aquí es va començar a gestar el que anys posteriors es va conèixer com a Procés d'Infermeria (instrument), i d'aquí el Marc o Model Conceptual (com utilitzar aquest instrument). Cal destacar noms il·lustres com ara Dorothea Orem, Virginia Henderson, Martha Rogers, Betty Neuman, etc. Trobem diferents models al llarg dels temps i es poden classificar per teories: model d'interacció (Riehl, 1980), model evolucionista (Peplau, 1952), model de necessitats humanes (Henderson, 1966), model de sistemes (Roy, 1980) i model bifocal (Lynda Carpenito, 1983). El model Carpenito identifica dos

tipus de problemes: independents (els propis de la disciplina, el rol autònom) i interdependents (el rol de col·laboració amb un altre professional de l'equip).⁴ Aquest model, en l'actualitat, es veu reforçat amb taxonomies que són els sistemes per a codificar o classificar els diagnòstics. Actualment es disposa de tres taxonomies: NANDA, els NIC i els NOC.⁵

Segons el Model de Competències de la Generalitat de Catalunya,⁶ s'ha establert un conjunt de característiques personals integrades que es mostren a través de comportaments observables i que estan relacionades amb una metodologia d'aprenentatge, de coneixements i habilitats que són necessàries per garantir un resultat superior. Parlem de dos tipus de competències:

- a. Les pròpies de la professió infermera.
- b. Les relacionades amb el lloc de treball.

5.2.1. Competències de la mateixa professió infermera

1. Procés de cures:
 - Valoració, recollida de dades i formulació de problemes. Obtenint i analitzant les dades per determinar l'estat de salut de la persona usuària i descriure les seves capacitats i problemes.
 - Priorització i actuació. Prioritzant els problemes detectats de la persona usuària, desenvolupar i executar un pla d'acció per disminuir-los i eliminar-los i promoure la seva salut i autonomia.
 - Avaluació. Avaluant de forma continuada i sistemàtica l'efectivitat del pla d'acció en relació amb els objectius i criteris de resultats establerts.
2. Prevenció i promoció de la salut. Desenvolupant accions conduents a la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i l'educació sanitària en els diferents àmbits de la pràctica.
3. Procediment i protocols. Proporcionant cures d'infermeria de forma sistematitzada tenint en compte la situació individual de cada usuària i fent èmfasi en la comunicació i informació.
4. Tenir cura de les persones en situacions específiques. Per dur a terme la pràctica professional en els diferents àmbits i situacions.
5. Comunicació/relació amb la persona usuària i persones significatives. Aconseguint una comunicació efectiva i establint una relació terapèutica amb la persona usuària.

6. Treball en equip i relació interprofessional. Donant una atenció integral i coordinada mitjançant el treball en equip.
7. Comunicació intraprofessional. Garantint la continuïtat de les cures utilitzant la comunicació formal i estructurada.
8. Manteniment de les competències professionals. Donant una resposta professional i de qualitat a les diferents situacions de la pràctica.
9. Ètica, valors i aspectes legals. Incorporant a la pràctica els principis ètics i legals que guien la professió.
10. Implicació i compromís professional. Fent present el compromís professional amb la societat a través de la participació i la implicació.

5.2.2. Competències professionals relacionades amb el lloc de treball

En les quals s'estableix un conjunt de cinc dimensions:

1. De relació:
 - Comunicació i persuasió. Expressar clarament les idees i sentiments propis i escoltar i entendre les idees, motius, motivacions, interessos, sentiments i preocupacions dels altres. Argumentar per persuadir i influir en altres persones, grups o entitats de manera que contribueixin a l'assoliment dels objectius.
 - Orientació al servei. Identificar i comprendre el que necessita la persona usuària, a fi d'actuar per satisfer les seves necessitats i expectatives, més enllà del que s'expressa, tot assegurant la prestació d'un servei eficient.
 - Treball en equip i cooperació. Treballar de forma coordinada, integrant la pròpia tasca amb la dels altres. Compartir informació, coneixements i responsabilitats, en benefici de l'assoliment dels objectius comuns. Col·laborar de forma constructiva, contribuint al bon clima.
2. D'autogestió:
 - Adequació al canvi i flexibilitat. Adequar l'actuació als processos, recursos disponibles i persones que generen les noves situacions i responsabilitats. Incorporar amb facilitat els canvis que es produeixen a l'empresa, així com proposar i impulsar canvis en el seu àmbit.

- Compromís amb l'empresa. Mostrar interès i actuar amb implicació per desenvolupar les tasques a un nivell superior (més enllà del que li toca) amb integritat i responsabilitat en el seu lloc de treball. Identificar-se amb l'organització, amb la seva estratègia, valors i objectius.
- Gestió d'emocions. Identificar les emocions i l'efecte que tenen, per tal de gestionar-les adequadament, tot considerant el seu impacte.

3. D'assoliment:

- Capacitat resolutiva i presa de decisions. Analitzar situacions de manera objectiva, explorar-ne les causes i alternatives de solució, a fi de triar la més adequada per solucionar la situació, considerant els recursos i terminis. Comprendre les relacions causa-efecte.
- Efectivitat i assoliment de resultats. Fer un bon treball, aconseguir els objectius fixats i superar els estàndards establerts, cercant noves maneres per a la millora contínua dels resultats.
- Millora i aprenentatge permanents. Estar sempre al dia en la seva professió i, periòdicament, es planteja el què i el com de la seva activitat professional, amb l'objectiu de suggerir i incorporar millores que aportin més valor en les actuacions i processos de treball.
- Planificació, organització i priorització. Organitzar i planificar les tasques pròpies i de l'equip, per assolir les fites definides, segons les accions a desenvolupar, les prioritats, els temps i recursos disponibles, a fi d'optimitzar-los, assegurant un servei efectiu i de qualitat.

4. De pensament:

- Visió global. Pensar i actuar amb visió transversal. Comprendre les situacions en tot el seu conjunt, identificant les relacions d'interdependència entre informació o fets aparentment no vinculats i actuant en conseqüència, considerant les repercussions que se'n poden derivar.

5. Direcció d'equips:

- Desenvolupament de persones i d'equips. Es tracta d'identificar les potencialitats i les necessitats de desenvolupament de l'equip de persones.
- Direcció de persones i d'equips. És la capacitat per aconseguir que la feina es realitzi a través dels altres, amb l'adequat cicle de direcció (organització, planificació i control).
- Lideratge. És la capacitat de transmetre il·lusió i compromís entre els membres de l'equip. Aconseguir un clima de diàleg, cooperació i suport mutu.

El repte de les infermeres d'atenció primària és portar a terme de manera plena les competències i que això aportí beneficis a la persona usuària, amb una mirada orientada cap a la salut i que, a la vegada, sigui satisfactori per a la mateixa infermera.

Aquesta conducta orientada a la salut es pot agrupar amb el que anomenem *estils de vida saludables*, facilitant l'alfabetització en salut i treballant per l'autonomia de les persones, perquè això serà un benefici comunitari indiscutible, aplicant coneixements i tècniques específiques de la seva disciplina.

Per enfortir aquestes competències és d'esperar que el col·lectiu tingui el reconeixement que li pertoca, tant per les infermeres generalistes com per les infermeres de pràctica avançada (IPA).⁶

Caldrà posar en valor el paper de les infermeres en l'àmbit sociosanitari, tant en relació al reconeixement econòmic com al prestigi professional i formació, imprescindibles per donar una atenció de qualitat en aquest àmbit.

Les infermeres han de poder disposar del temps necessari per a desenvolupar les activitats preventives, l'atenció als pacients fràgils i crònics; s'ha d'intensificar la cooperació entre nivells, en què la infermera té un paper clau articulant els diferents processos assistencials i com a professional que fomenta el treball d'equip, creant una cultura d'empresa i el sentiment de pertinença.

La seva participació en les polítiques de Recursos Humans ha de ser clau per potenciar les qualitats dels professionals i evitar fugues.

És essencial que les infermeres estiguin incloses en les estructures polítiques, acadèmiques, professionals i directives com a professió reconeguda. Impulsant que s'estableixin direccions d'infermeria al mateix nivell que les direccions mèdiques, amb la mateixa responsabilitat, autonomia i independència, tant a l'àmbit hospitalari com d'atenció primària. Només així disposarà del lloc i el reconeixement per avançar.

Per últim, cal la consolidació dels indicadors específics que serveixen per comptabilitzar les intervencions infermeres en els diferents àmbits de la salut.

5.2.3. Aspectes clau

Considerant el moment clau que viu la professió, es podrà arribar a una plena consolidació de les seves competències, fent que arribin a tots els professionals i se les sentin seves. Només així, amb el ple sentiment de pertinença i el reforç de les direccions, aconseguirem que el producte final arribi amb èxit al seu principal objectiu: la persona usuària i la plena realització de la infermera.

Bibliografia

1. Viquipèdia: Callista Roy [Internet]. L'enciclopèdia lliure; 2022 [consultat el 23 de juny de 2021]. Disponible a: https://ca.wikipedia.org/wiki/Callista_Roy
2. Phillips KD, Harris, RB. Sor Callista Roy: Modelo de adaptació. A: Alligood MR, Marriner-Tomey A. Modelos y teorías de Enfermería. 6a ed. Barcelona: Elsevier; 2007. p. 249-272.
3. Col·legi Oficial Infermeres i Infermers Barcelona (COIB) [Internet]. Barcelona. Competències de la professió [consultat el 23 de juny de 2021]; [aprox. 6 pantalles]. Disponible a: <https://www.coib.cat/ca-es/actualitat-professional/competencies-de-la-professio/les-competencies-de-la-professio-infermera.html>
4. Enfermería — Nursing [Internet]. 2018. Modelo Bifocal de Lynda Carpenito [consultat el 5 de juliol de 2021]; [aprox. 2 pantalles]. Disponible a: <https://asistenciasanitaria.com.ar/2018/11/02/modelo-bifocal-de-lynda-carpenito/>
5. Herdman T, Shigemi K, NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2018-2020. 11a ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
6. Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Institut Català de la Salut; 2021. El model de competències de l'ICS. Perfils competencials [consultat el 15 de juliol de 2021]. Disponible a: http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/model_competencies_ICS.pdf

5.3.

Gestió Infermera de la Demanda (GID)

MARTA PASCUAL, MARTA MAS

5.3.1. Introducció

En els darrers 30 anys i en el context de la Reforma d'Atenció Primària, infermeria ha incorporat competències pel seguiment de patologia crònica, activitats de prevenció i de promoció de la salut. D'altra banda, s'ha desenvolupat poc el tracte a pacients amb demandes assistencials agudes tot i formar part de la seva cartera de serveis. Les urgències s'han vinculat més a l'aplicació de tècniques i tractaments indicats pel metge de família (MF) i no tant a desenvolupar l'atenció inicial al pacient.¹

La resposta única de l'atenció de patologia aguda feta exclusivament pel MF ha de deixar pas al concepte d'*atenció primària* (AP) com el conjunt de professionals que des de diferents disciplines tenen diferents capacitats de resposta.¹

Per tal de canviar aquest paradigma i a partir d'experiències prèvies anglosaxones d'èxit²⁻⁷ (taula 1) es proposa la Gestió Infermera de la Demanda (GID) a Catalunya.^{8,9}

La GID a l'AP consisteix en l'atenció per part d'infermeria dels pacients que consulten per patologia urgent lleu o de baixa complexitat¹⁰⁻¹³ d'acord amb protocols d'actuació, en els quals s'explicita l'anamnesi, l'exploració, els motius d'exclusió (que seran derivats al MF), el tractament (la prescripció farmacològica i/o de cura) i les normes de reconsulta (els criteris de gravetat que aconsellaran al pacient consultar de nou).^{14,15}

Un exemple de protocols de la GID són les infeccions respiratòries de vies altes, la lumbàlgia o les contusions. Patologies que requereixen més d'educació sanitària i de cura que no pas de fàrmacs i que, en cas de necessitar-ne, tenen

una indicació clara, com els analgèsics en processos virals o, d'altra banda, la fosfomicina en un primer episodi d'infecció d'orina en dones sense patologia complicada.¹⁶

5.3.2. Situació actual de la Gestió Infermera de la Demanda (GID)

Les primeres experiències de la GID a Catalunya van ser per part del Consorci Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària (CASAP) el 2005.¹⁷

Des de llavors, han passat més de 10 anys amb una implementació gradual. El màxim impuls va ser entre els anys 2007 i 2009 quan l'Institut Català de la Salut (ICS), entitat que representa més del 80 % dels equips d'atenció primària (EAP),¹⁸ ho va implantar com estratègia a partir de l'experiència satisfactòria del CASAP.¹⁷ Després, es van anar afegint la resta de proveïdors i actualment es pot parlar que el 94 % dels EAP la tenen implementada.¹⁹ Però això no vol dir que s'utilitzi, tot i les experiències nacionals a favor^{17,20-24} (taula 2) i la seva regularització publicada en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC) l'any 2013 i acordada de nou el 2016.⁸ De fet, l'heterogeneïtat de la GID segueix sent-ne la norma. Serveixi d'exemple els EAP ICS/IAS (Institut Assistència Sanitària) de la Regió Sanitària de Girona, segons el Sistema d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària de l'ECAP (SISAP-eCAP) (figura 1).²⁵

Les barreres principals perquè la GID estigui normalitzada arreu dels EAP de Catalunya són, per una banda, la falta de coneixements i habilitats de les infermeres, per una altra banda, la sensació d'invasió de competències per part dels metges i, en darrera instància, una manca de regulació de la prescripció infermera per tancar-ne els processos.^{26,27} Aquest fet ha d'estar resolt en breu amb el Decret català del juny del 2017, que és la norma de caràcter organitzatiu que s'ajusta a allò que el col·lectiu infermer fa cada dia en un sistema sanitari que demana mesures per millorar-ne la inseguretat jurídica i així atorgar plena garantia de seguretat a la població atesa.^{29,30}

La GID s'ha d'entendre com el desenvolupament d'un model organitzatiu en què la infermera d'AP avança en la gestió de les pròpies competències per tal de donar una resposta més efectiva i eficient a les necessitats de la població que atén¹³ i no caure en l'error de presentar-ho com una fórmula per disminuir la pressió assistencial del MF.³¹⁻³³

5.3.3. Idees clau

- La GID s’ha incorporat a la cartera de serveis d’infermeria a partir de la seva regulació (DOGC 2013 i 2016) i el Decret de la prescripció d’infermeria del 2017.
- La GID, si es converteix en una estratègia institucional, augmenta.
- La GID requereix de protocols consensuats i actualitzats periòdicament.
- La GID millora l’accessibilitat a l’AP i infermeria esdevé una porta d’entrada normalitzada del sistema sanitari.
- La GID ha demostrat evidència de ser eficaç, eficient i amb bons resultats de satisfacció per part dels usuari.

Taula 1. Comparació de l’eficàcia i la satisfacció en diversos estudis anglosaxons que avaluen la GID del 1981 al 2000 segons la revisió sistemàtica de Horrocks et al.²

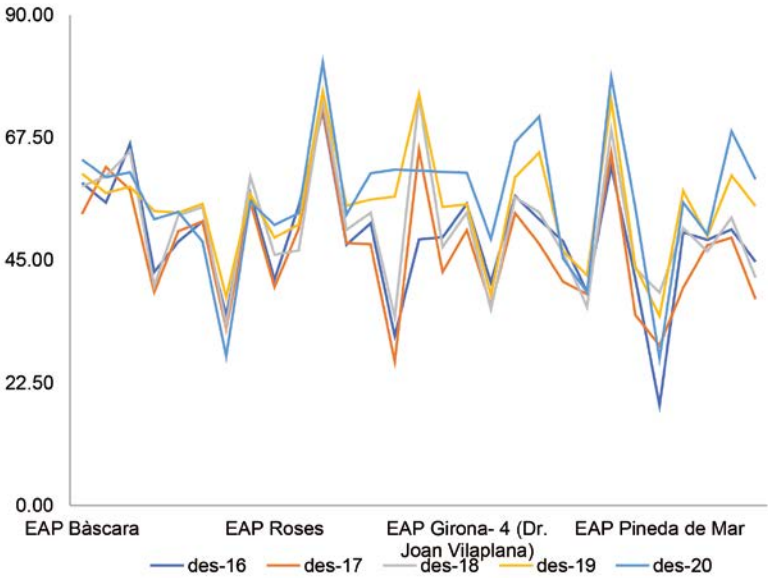
Estudis GID	Variables eficàcia	Enquesta satisfacció	Satisfacció global
Kinersley P et al. 2000 ³	No derivació: — No reconsulta 15 dies: 73 %	Sí 2 enquestes <i>ad hoc</i> abans i després d’entrar a la consulta	Atenció pediàtrica: 7,9 Atenció adults: 7,7
Mundinger et al. 2000 ⁴	No derivació:- No reconsulta: —	Sí Enquesta <i>ad hoc</i>	4,1/5
Shum et al. 2000 ⁵	No derivació: 73 % No reconsulta:-	Sí Enquesta <i>ad hoc</i>	78,6/100
Venning P et al. 2000 ⁶	No derivació: — No reconsulta (temps?): 62,8 %	Sí Enquesta <i>ad hoc</i>	4,4/5
Winter C. 1981 ⁷	No derivació:- No reconsulta: —	Sí Enquesta <i>ad hoc</i>	94,78/100

Taula 2. Comparació de l’eficàcia i la satisfacció en diversos estudis nacionals que avaluen la GID del 2008 al 2016

Estudis GID	Variables eficàcia	Enquesta satisfacció	Satisfacció global
Brugués A et al. 2008 ¹⁷	No derivació: 63,9 % No reconsulta 72h: 65,8 %	No	-

Estudis GID	Variables eficàcia	Enquesta satisfacció	Satisfacció global
Fabrellas N et al. 2011 ²⁰	No derivació: Adults 61,8 % Pediàtrics 75,6 % No reconsulta als 7 dies: Adults 96 % Pediàtrics 97,6 %	No	-
Pascual M et al. 2012 ²¹	No derivació: 53,4 % No reconsulta 48h: 77,4 %	No	-
Fabrellas N et al. 2013 ²²	No derivació: 62,5 % No reconsulta 7 dies: 95,4 %	No	-
Iglesias B et al. 2013 ²³	No derivació: 86,3 % No reconsulta 15 dies: 87,3 %	Sí Enquesta <i>ad hoc</i>	8,5
Brugués A et al. 2016 ²⁴	No derivació: 73,3 % No reconsulta 72 hores: 89,1 %	Sí Enquesta <i>ad hoc</i>	8,43

Figura 1. Resolució Gestió Infermera de la Demanda (GID) dels EAP ICS Girona del 2016 al 2020 (%)



Bibliografia

1. Brugués A. Implantació de la gestió infermera de la demanda a les entitats proveïdores de serveis d'Atenció Primària de Salut de Catalunya [Tesina a Internet]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2012 [Consultat el 16 de maig de 2012]. Disponible a: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/55469/8/55469.pdf>
2. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 2002; 324 (7341): 819-823.
3. Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J, Archard L, Turton P et al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. *BMJ*. 2000; 320 (7241): 1043-1048.
4. Mundinger MO, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai WY, Cleary PD et al. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial. *JAMA*. 2000; 283 (1): 59-68.
5. Shum C, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane MA, Skoda S, Clement S. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre randomised controlled trial. *BMJ*. 2000; 320 (7241): 1038—1043.
6. Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C, Leese B. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ*. 2000; 320 (7241): 1048-1053.
7. Winter C. Quality health care: patient assessment. MSc thesis. Long Beach, CA: California State University; 1981.
8. ACORD de 15 de juny de 2016, de desenvolupament de les directrius per a l'exercici de les actuacions infermeres en l'anomenada gestió d'infermera de la demanda establertes en virtut de l'Acord del mateix consell adoptat en la sessió plenària de 19 de juny de 2013 [Internet]. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 7153 (19-06-2013) [consultat el 16 de maig de 2021]. Disponible a: <http://www.consellinfermeres.cat/wp-content/uploads/2016/11/2016-DOGC-1.7.16-Acord-Consell-Plenari-regulaci%C3%B3-GID.pdf>
9. Espelt P, Jodar G, Balaguer N. Aportació de la infermera en l'atenció primària de salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2010 [Consultat el 16 de maig de 2012]. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1881>
10. Lejardi Y. Enfermeras frente a patología de baja complejidad, de la idea a la realidad. *AMF* 2014; 10 (3): 134-140.
11. Lleras S. Presión asistencial y redistribución de tareas: una oportunidad de mejora en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2011; 43 (10): 522-523.
12. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Sustitución de médicos por enfermeras en la atención primaria (Revisión Cochrane traducida), [consultat el 16 de maig de 2021]. Disponible a: http://www.scele.org/archivos/RS_Medcios%20por%20enfermeras%20en%20AP_2004_Cochrane.pdf

13. Padilla C, Terol E, Camacho R, Padín S. Gestión compartida de la demanda asistencial en Atención Primaria: ¿una oportunidad para enfermería? *Enferm Clin.* 2012; 22 (5): 237-238.
14. Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona [Internet]. Barcelona. La gestió infermera de la demanda a Catalunya [consultat el 16 de maig de 2021] ; [aprox. 3 pantalles]. Disponible a: <https://www.coib.cat/ca-es/actualitat-professional/regulacio-professional/la-gestio-infermera-de-la-demanda.html>
15. Institut Català de la Salut. La infermera familiar i comunitària. Gestió de la demanda. Barcelona: ICS; 2008 [consultat el 2 de maig de 2021]. Disponible a: <http://www.metges-decatalunya.cat/uploaded/File/Documentacio/plaininfermerafamiliaricomunitaria.pdf>
16. Andreu A, Planells I; Los Patógenos Urinarios GC. Etiología de la infección urinaria baja adquirida en la comunidad y resistencia de *Escherichia coli* a los antimicrobianos de primera línea. Estudio nacional multicéntrico. *Med Clin.* 2008; 130 (13): 481-486.
17. Brugués A, Peris A, Martí L, Flores G. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervención de enfermería. *Aten Primaria.* 2008; 40 (8): 387-391.
18. CatSalut. Servei Català de la Salut. Entitats proveïdors d'atenció primària. 2018 [consultat 16-05-2021]. Disponible a: <http://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/com-es-gestionen/entitats-proveïdors-atencio-primaria/index.html>
19. Brugués A, Cubells I, Flores G. Implantación de la gestión enfermera de la demanda en las entidades proveedoras de servicios de Atención Primaria de Salud de Cataluña. *Aten Primaria.* 2017; 49 (9): 518-524.
20. Fabrellas N, Vidal A, Amat G, Lejardi Y, Puig M, Buendia C. Nurse management of "same day" consultation for patient with minor illnesses: results of an extended programme in primary care in Catalonia. *J Adv Nurs.* 2011; 67 (8): 1811-6.
21. Pascual M, Gené E, Arnau R, Pelegrí M, Pineda M, Azagra R. Evaluación de la eficacia de enfermería en la resolución de las consultas urgentes en atención primaria. Emergencias: *Rev Soc Esp Medic Urg Emerg.* 2012; 24 (3): 196-202.
22. Fabrellas N, Sánchez C, Juvé E, Aurin E, Monserrat D, Casanovas E et al. A program of nurse algorithm-guided care for adults patients with acute minor illnesses in primary care. *BMC. Family Practice.* 2013; 14 (61).
23. Iglesias B, Ramos F, Serrano B, Fàbregas M, Sánchez C, García MJ et al. A randomized controlled trial of nurse vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. *J Adv Nurs.* 2013; 69 (11): 2446-2457.
24. Brugués A, Peris A, Pavón F, Mateo E, Gascón J, Flores G. Evaluación de la gestión enfermera de la demanda en Atención Primaria. *Aten Primaria.* 2016; 48 (3): 159-165.
25. Fina F, Méndez L, Medina M. Sistema de Información de los Servicios de Atención Primaria. La experiencia 2006-2008 del Institut Català de la Salut. *Rev Innov Sanit y Aten Int* [Internet]. 2008 [consultat 16-05-2021]. Disponible a: http://www.sefap.es/media/upload/arxius/formacion/aula_fap_2010/bibliografia/SISAP_ICS.pdf
26. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios [Internet]. BOE, núm. 178 (27-07-2006) [consultat 16 de maig de 2021]. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-13554>

5.3. GESTIÓ INFERMERA DE LA DEMANDA (GID)

27. Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros [Internet]. BOE, núm. 306 (23-12-2015) [consultat 16 de maig de 2021]. Disponible a: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-14028
28. Brugués A [Internet]. Decret de prescripció infermera: per fi garanties per a tothom. Fundació Periodisme Plural. El Diari de la Sanitat; 2017 [consultat 16-05-2021]; [aprox. 4 pantalles]. Disponible a: <http://diarisanitat.cat/decret-prescripcio-infermera-garanties-tothom/>
29. Blai B [Internet]. Les infermeres catalanes podran indicar alguns medicaments sense requerir autorització del metge. Fundació Periodisme Plural. El Diari de la Sanitat; 2017 [consultat 16-05-2021]; [aprox. 4 pantalles]. Disponible a: <http://diarisanitat.cat/infermeres-catalanes-podran-indicar-medicaments-autoritzacio-metge/>
30. Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. Informació sobre el contingut del decret català de l'anomenada "prescripció infermera" a l'inici de la seva tramitació, [consultat 16-05-2021]. Disponible a: <http://www.consellinfermeres.cat/wp-content/uploads/Info-Decret-catal%C3%A0-prescripci%C3%B3.pdf>
31. Mariscal MI. La Enfermería sin límites y los límites de Enfermería. Enferm Clin. 2012; 22 (3): 115-117.
32. Ortún V. La enfermería en el mundo que viene. Enferm Clin. 2013; 23 (2): 45-47.
33. Calvet G, Amat G, Martín S. Gestión enfermera de la demanda: análisis de la situación actual y diferentes modelos organizativos. AMF. 2021; 17 (1): 42-47.

5.4.

Infermera de pràctica avançada a l'atenció primària

GLÒRIA REIG, RAQUEL JIMÉNEZ

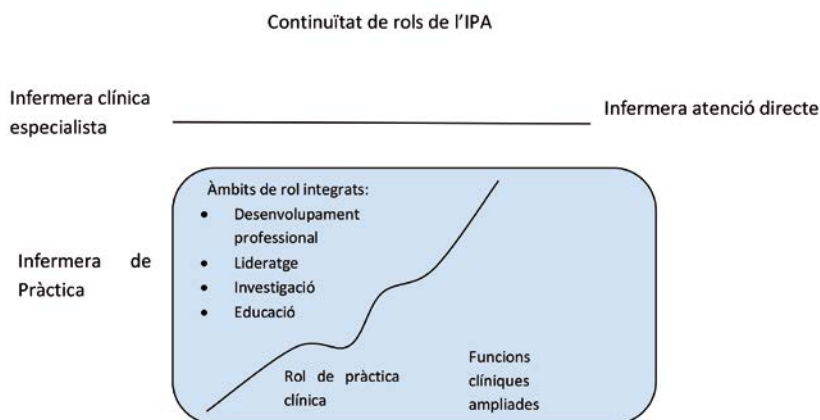
5.4.1. Introducció

Els canvis en els determinants de salut i les demandes i expectatives dels ciutadans, així com la transformació del sistema de salut, juntament amb el context social i professional modelen el futur de l'especialització de la infermera, i això implica proporcionar les capacitats i habilitats necessàries per donar resposta a les demandes de salut.¹ D'acord amb les necessitats i demandes d'infermeres especialistes, així com amb les influències del context polític i professional, el ventall d'opcions per les especialitats infermeres pot ser multiforme. A Espanya, es regulen a través del sistema d'especialista intern resident.² Malgrat això, després de 15 anys d'existència d'especialitats infermeres, la cobertura de llocs de treball d'infermeres especialistes és molt deficitària. Paral·lelament, el naixement dels nous perfils d'Infermeres de Pràctica Avançada ha coincidit, en el temps, amb el desenvolupament de les especialitats, generant confusió en molts col·lectius professionals i gestors. Per aquest motiu, el Consejo Internacional de Enfermería estableix la diferència entre elles. La infermera especialista és aquella preparada més enllà del nivell generalista, i autoritzada per treballar com especialista amb experiència en un camp específic de la infermeria. La infermera de pràctica avançada és una infermera professional que ha adquirit la base del coneixement expert, les característiques s'ajusten al context on està autoritzada per treballar, essent el títol de màster el recomanat com a requisit mínim.³ Segons Chang⁴ existeixen grans diferències entre països pel que fa a la definició del rol i competències de les infermeres de pràctica avançada.

5.4.2. Infermera de pràctica avançada

El reconeixement i la maduresa de la infermeria es valora en funció de la presència d'especialitats a la professió, així com el nivell de formació, les polítiques específiques per la professió, el grau d'investigació i el seu lideratge.⁵ La infermeria de pràctica avançada fa referència als serveis i intervencions de salut potenciats i ampliats, que ofereixen infermeres que, amb capacitat avançada, influeixen en els resultats clínics de salut i presten serveis sanitaris directes a persones, famílies i comunitats.⁶ Una infermera de pràctica avançada ha adquirit, mitjançant una formació addicional, la base de coneixements experts i les habilitats per a la presa de decisions complexes i competències clíniques per una pràctica ampliada de la infermeria.⁷ A escala internacional es coneixen dos tipus d'infermera de pràctica avançada: la infermera clínica especialista i la infermera d'atenció directa.^{8,9} La primera és una infermera amb coneixements i habilitats d'infermeria avançades i amb una formació superior a la generalista. La segona és una infermera generalista que, després d'una formació addicional passa a ser una professional clínica autònoma. Aquesta aporta una perspectiva completa als serveis de salut combinant coneixements i expertesa de caràcter clínic.¹⁰ A la figura 1 es poden observar les principals diferències entre la infermera clínica especialitzada i la infermera d'atenció directa.¹¹

Figura 1. Principals diferències entre la infermera clínica especialista i la infermera d'atenció directa



Les principals característiques de la infermera de pràctica avançada són: professionals d'infermeria que ofereixen cures segures i competents;

desenvolupen rols de pràctica amb un major grau de competència i capacitat, que requereixen una formació superior; han adquirit la capacitat d'explicar i aplicar el desenvolupament teòric, empíric, ètic, legal i professional de la prestació de cures; tenen competències i estàndards de pràctica avançada definits i es desenvolupen sota la influència de l'entorn global, social, polític, econòmic i tècnic.¹²

El grau d'àmbit de judici, habilitat, coneixement, responsabilitat i autonomia s'amplien per assumir un camp addicional més ampli en la preparació d'infermeres generalistes. Aquesta amplitud addicional i pràctica en major profunditat s'aconsegueix gràcies a l'experiència en la pràctica clínica i una major formació. Malgrat això, el nucli de la infermera de pràctica avançada segueix basant-se en el context de la infermeria i els principis de la seva professió.

Diferents investigacions han assenyalat patrons de pràctica diferenciats entre les infermeres de pràctica avançada.¹³ Tot i que en l'actualitat el seu nucli d'exercici professional es basa en la formació i coneixements, pot produir-se una superposició de coneixements i experiència amb altres professionals de la salut. L'amplitud i profunditat de la seva autonomia, sovint emergeix amb major extensió en serveis comunitaris com l'atenció primària. En aquest sentit, el grau d'autonomia pot evolucionar o ampliar-se a mesura que el concepte d'infermera de pràctica avançada va adquirint reconeixement.¹⁴ A la taula 1 s'exposen les directrius que orienten la infermera de pràctica avançada.¹²

Amb l'objectiu d'afavorir les variacions en els sistemes sanitaris, els mecanismes reguladors i la formació infermera de cada país, les característiques de la infermera de pràctica avançada es consideren inclusives i flexibles. Al llarg dels anys, la infermera de pràctica avançada ha anat evolucionant fins al punt de considerar-se una figura experta clínica, amb les característiques d'una figura transversal en altres temes com són la comprensió i influència en qüestions polítiques i de lideratge clínic.¹⁴

Taula 1. Directrius generals de la infermera de pràctica avançada¹²

Formació	• Formació superior a una infermera generalista o especialitzada. • Reconeixement formal de programes formatius de pràctica avançada. • Sistema formal d'acreditació vinculat a qualificacions formatives definides. • Tot i que alguns països exigeixen a les infermeres experiència clínica per accedir a un programa de pràctica avançada, no existeix evidència que justifiqui aquest requisit.
----------	--

Pràctica	• Rol enfocat a la prestació de cures, prevenció de malalties i cura directa. • Capacitat de gestionar episodis complets de cures i problemes de salut complexos, especialment a les poblacions vulnerables. • Capacitat d'integrar la investigació, l'educació, el lideratge i la gestió clínica. • Més autonomia. • Gestió de casos, avaluació i presa de decisions a nivell avançat. • Competències clíniques avançades reconegudes. • Capacitat de recolzament o consultoria a altres professionals sanitaris, posant èmfasis en la col·laboració professional. • Planificació, coordinació, implementació i avaluació d'accions per potenciar els serveis sanitaris a un nivell avançat.
Regulació i polítiques específiques de cada país que sustenten l'exercici de la infermera de pràctica avançada	• Autoritat per diagnosticar i prescriure medicaments. • Autoritat per sol·licitar proves diagnòstiques i tractaments terapèutics. • Autoritat per derivar pacients a altres nivells, hospitalitzar i donar d'alta. • Titulació reconeguda oficialment. • Legislació i mecanismes reguladors per protegir l'IPA, específics segons país.

Font: adaptat de CIE 2020

5.4.3. Infermera de pràctica avançada a l'atenció primària

Augmentar la capacitat del Sistema de Salut per donar resposta a les necessitats de la població és una directriu de l'OMS. L'atenció primària, pel fet de ser la porta d'entrada al sistema sanitari, ha de ser capaç de resoldre la major quantitat de problemes de salut. Internacionalment, el rol de la *nurse practitioner* o infermera de pràctica avançada a l'atenció primària, ha ajudat a cobrir les necessitats de salut de la població. Els inicis, ens situen als anys seixanta a EEUU, en resposta a una crisi de falta de metges de família. Posteriorment,

aquest rol infermer s'expandeix i internacionalitza, arribant avui en dia a més de 50 països.⁵ Després de més de 60 anys de desenvolupament mundial, hi ha un major reconeixement d'aquestes infermeres i del seu impacte en l'atenció primària de salut i en la millora de la qualitat de l'atenció i dels resultats en salut.¹⁵

5.4.3.1. La gestió de casos

La gestió de casos és la pràctica avançada d'infermeria a l'atenció primària. Un procés de col·laboració sistemàtic i dinàmic per proveir i coordinar serveis sanitaris en una població determinada. Un procés participatiu per facilitar opcions i serveis que cobreixin les necessitats dels pacients, alhora que redueixi la fragmentació i duplicitat de serveis, i millori la qualitat i la rendibilitat dels resultats clínics.¹⁶ La infermera gestora de casos identifica de forma proactiva persones en situació de complexitat i, a partir d'una valoració integral de la unitat persona-família-cuidador, planifica les cures, coordina i optimitza els recursos sanitaris adients, monitora el cas i l'avalua. La infermera gestora de casos treballa conjuntament amb els professionals de l'equip d'AP, proporcionant un valor afegit.¹⁷ A la taula 2 es presenten els objectius i funcions de les gestores de casos a l'atenció primària.¹⁸

Taula 2. Objectius i funcions de la infermera gestora de casos a l'atenció primària¹⁸

Objectius
Vers les persones i l'entorn
• Capacitar els pacients. • Avaluar de forma continua de pacients. • Mantenir i millora la qualitat de vida de la unitat pacient-cuidador. • Aconseguir un vincle favorable amb el pacient i l'entorn. • Acompanyar al final de vida. • Acompanyar en situacions cròniques de salut. • Augmentar l'autoresponsabilitat i l'empoderament del pacient crònic. • Millorar la qualitat i continuïtat assistencial de les cures de la unitat pacient-cuidador.

Vers a l'equip d'AP
• Compartir objectius amb l'equip d'atenció primària. • Millorar la coordinació de la unitat pacient-cuidador-equip d'atenció primària. • Donar suport i valor al programa d'atenció domiciliària i atenció a la cronicitat. • Detectar complicacions de forma precoç. • Recollir dades objectives per prendre decisions clíniques.
Vers el Sistema de Salut
• Coordinar-se amb diferents nivells assistencials. • Millorar el consum de recursos d'una forma eficient. • Aportar en la consecució dels objectius plantejats en el Pla de Salut vigent.
Funcions
Vers les persones i l'entorn
• Valorar criteris d'inclusió a diferents serveis i programes de l'atenció primària. • Aplicar pràctiques infermeres avançades. • Assessorament i acompanyament davant de situacions i decisions importants. • Acompanyar en l'adaptació de situacions de salut cròniques i terminals. • Evitar descompensacions en pacients crònics complexos. • Millorar la percepció de seguretat i qualitat de vida de la unitat pacient-cuidador. • Vetllar pel compliment terapèutic. • Dignificar situacions de salut des d'una atenció integral.
Vers a l'equip d'AP
• Compartir casos amb intervencions més intensificades. • Recolzament en l'elaboració de documents (Pla Decisions Anticipades...). • Formació i orientació. • Coordinació efectiva amb treball social.
Vers el Sistema de Salut
• Garantir un ús òptim dels recursos sanitaris. • Participar en estratègies institucionals. • Garantir el programa de cronicitat 7x24. • Coordinar-se amb els equips de suport: PADES, hospitalització domiciliària. • Liderar funcions d'enllaç entre nivells assistencials. • Aportar en la consecució dels objectius plantejats en el Pla de Salut vigent. • Vetllar per l'equitat d'atenció de la població.

Font: adaptat d'Imma Ojeda i Marc Taboada¹⁸

5.4.4. Idees clau

El naixement dels nous perfils d'infermeres de pràctica avançada ha coincidit, en el temps, amb el desenvolupament de les especialitats d'infermeria. Les infermeres de pràctica avançada desenvolupen rols de pràctica amb un major grau de competència i capacitat i això requereix una formació acadèmica superior a la generalista. A l'atenció primària, la gestora de casos assumeix les pràctiques d'infermera avançada.

Bibliografia

1. Finnell DS, Thomas EL, Nehring WM, McLoughlin K, Bickford CJ. Best practices for developing specialty nursing scope and standards of practice. *Online J Issues Nurs.* 2015; 20 (2): 1.
2. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería [Internet]. BOE, núm. 108 (06-05-2005). Disponible a: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2005-7354
3. International Council of Nurses Regulation Network. Regulation terminology 2005 [Internet]. [consultat el 05/07/2021]. Disponible a: <https://www.area-c54.it/public/regulation%20terminology.pdf>
4. Chang AM, Gardner GE, Duffield C, Ramis MA. Advanced practice nursing role development: factor analysis of a modified role delineation tool. *J Adv Nurs.* 2012; 68 (6): 1369-1379.
5. Schober M. Introduction to Advanced Nursing Practice: An international focus. Switzerland: Springer International Publishing; 2016.
6. Hamric AB, Tracy MF. A definition of Advanced Practice Nursing. A: Tracy MF, O'Grady ET edit. Hamric and Hanson's Advanced Practice Nursing: an integrative approach. 6a edició. St. Louis: Elsevier; 2019. p. 61-79.
7. Canadian Nurses Association. Nurse Practitioners [Internet]. [consultat el 05/07/2021]. Disponible a: <https://cna-aiic.ca/en/nursing-practice/the-practice-of-nursing/advanced-nursing-practice/nurse-practitioners>
8. Miranda MV, Rewa T, Leonello VM, Oliveira MAC. Advanced Practice Nursing: a possibility for primary health care? *Rev Bras Enferm.* 2018; 71 (7): 716-721.
9. Canadian Nurses Association. Advanced Practice Nursing: A Pan-Canadian Framework. Ottawa: Canadian Nurses Association; 2019.
10. Tracy MF, Sendelbach S. The Clinical Nurse Specialist. A: Tracy MF, O'Grady ET edit. Advanced Practice Nursing: An integrative approach. 6a edició. St. Louis: Elsevier; 2019. p. 343-373.

11. Bryant-Lukosius D, Wong FKY. International Development of Advanced Practice Nursing. A: Tracy MF, O'Grady ET edit. Advanced Practice Nursing: An integrative approach. 6a edició. St. Louis: Elsevier; 2019. p. 129-141.
12. Consejo Internacional de Enfermería. Directrices de enfermería de práctica avanzada 2020. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2020.
13. Gardner G, Duffield C, Doubrovsky A, Adams M. Identifying advanced practice: a national survey of a nursing workforce. Int J Nurs Stud. 2016; 55: 60-70.
14. American Association of Nurse Practitioners. Scope of Practice for Nurse Practitioners [Internet]. Position Paper, [consultat el 05/07/2021]. Disponible a: <https://www.aanp.org/advocacy/advocacy-resource/position-statements/scope-of-practice-for-nurse-practitioners>
15. Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, Johantgen M, Bass E, Zangaro G et al. Advanced Practice Nurse Outcomes 1990-2008: A Systematic Review. Nurs Econ. 2011; 29 (5): 230-251.
16. Swan M, Ferguson S, Chang A, Larson E, Smaldone A. Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. Int J Qual Health Care. 2015; 27 (5): 396-404.
17. Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya. La gestió de casos: un model d'atenció a la complexitat i la dependència. Barcelona: Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya; 2008.
18. Ojeda I, Taboada M. Treball intern presentat al Comitè Directiu d'Atenció Primària IAS-ICS. Girona. 16 de març del 2018.

5.5.

La prescripció infermera

ÁNGEL ROMERO

5.5.1. Introducció

Durant molts anys les infermeres han prescrit medicaments i productes sanitaris sense tenir un marc legislatiu clar. Quan s'ha volgut legislar, diversos col·lectius mèdics s'han negat a acceptar que les infermeres puguin «receptar», atès que consideren una activitat exclusiva del metge. Algunes reivindicacions infermeres, com les que es produïen durant la campanya de la vacunació de la grip, en què en alguns centres no s'administrava sense la corresponent recepta mèdica, només feien palès el fet que és una activitat per a la qual ja són competents.

5.5.2. Desenvolupament de la prescripció infermera a Espanya

La declaració de Bolonya¹ estableix un nou marc formatiu per a les universitats europees, produint una convergència de les titulacions en l'educació universitària per a facilitar la mobilitat dels titulats en el mercat europeu.²

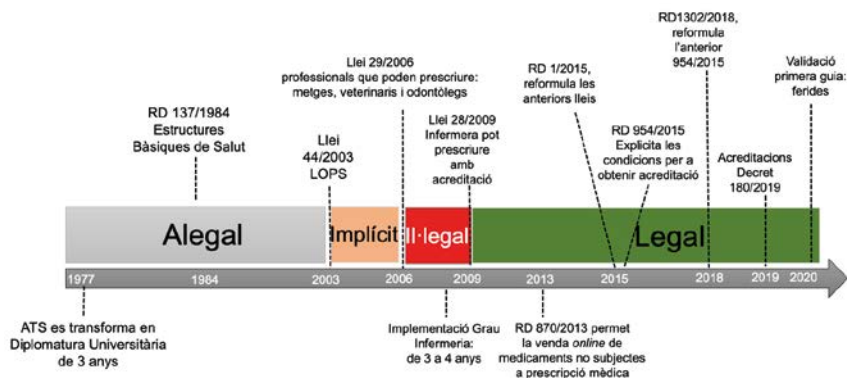
Per a la professió infermera espanyola aquesta fet ha produït la progressiva desaparició de la diplomatura en infermeria, que es realitzava en 3 anys,³ ampliant-se a 4 i 240 ECTS (European Credit Transfer System), a diferència del que ha passat a d'altres països com Dinamarca i Finlàndia, on aquests estudis es realitzen en 3 anys i 180 ECTS.⁴ Amb la implantació del grau en Infermeria, la professió infermera s'equipara amb la resta de titulacions universitàries i pot accedir a graus acadèmics universitaris superiors (màster i doctorat), a través del seu propi àmbit de coneixement.

A més d'aquest canvis, s'han produït altres intents de millora de l'autonomia professional infermera, com l'intent de regularització de la prescripció infermera (PI). A la figura 1 es pot veure el *timeline* sobre l'evolució que ha seguit fins avui dia, des de la conversió dels estudis d'Ajudant Tècnic Sanitari a Diplomata Universitari en Infermeria: des d'alegal fins a legal, passant per una època d'il·legalitat.⁴

Fins l'any 2003 no existia una normativa sobre qui podia prescriure i/o receptar, per la qual cosa podem considerar que es va tractar d'una època alegal.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre,⁵ de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) ofereix un marc regulador de les professions sanitàries, omplint així un buit existent fins aquells moments. Aquesta llei defineix la funció dels diplomats i, en el cas concret de les infermeres, «corresponde a los Diplomados Universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades». Amb aquest text, es podria interpretar que la LOPS autoritza, implícitament, que les infermeres puguin prescriure medicaments i productes sanitaris derivats de les cures que ofereixen.

Figura 1. *Timeline* de la prescripció infermera a Espanya



Però tres anys després, amb la Ley 29/2006, de 26 de julio de garantías y uso racional de los medicamentos o productos sanitarios,⁶ on es defineix els conceptes de *medicament d'ús humà*, subjecte o no subjecte a prescripció mèdica, i *producte sanitari*, s'explicita quins professionals poden prescriure'ls. És a l'article 77, punt 1, on realment s'especifica quins professionals poden prescriure:

La receta médica, pública o privada, y la orden hospitalaria de dispensación, son los documentos que aseguran la instauración de un tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico o un odontólogo, únicos profesionales con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos.

En aquest context, cal diferenciar entre prescripció, l'acte pel qual se selecciona un determinat tractament (farmacològic o no) d'entre els possibles després d'una valoració i diagnòstic del pacient, i l'acte de receptar, que és el fet d'omplir una recepta, que pot ser pública (finançada pel sistema de salut) o privada. La infermera queda exclosa d'aquesta llista i la seva actuació podria considerar-se il·legal. Per exemple, per desbridar una nafra que té esfàcel (teixit mort de fibres de col·lagen adherides al llit de la ferida), la infermera pot prescriure un desbridant enzimàtic, com és la col·lagenasa⁷ (un medicament subjecte a prescripció mèdica), que normalment la té al centre on treballa, sense fer recepta.

Aquest fet va produir reaccions de diferents professionals que van dedicar escrits a revistes sanitàries,⁸⁻¹⁰ demanant el canvi d'aquesta legislació, ja que limitava les funcions de les infermeres¹¹ i en limitava la seva capacitat d'actuació.

Tres anys després, amb la publicació de la Ley 28/2009, de 30 de diciembre, que modifica la Ley 29/2006, de 26 de julio de garantías y uso racional de los medicamentos o productos sanitarios,¹² es modifica l'apartat 1 de l'article 77, amb la següent redacció:

La receta médica, pública o privada, y la orden de dispensación hospitalaria son los documentos que aseguran la instauración de un tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico, un odontólogo o un podólogo, en el ámbito de sus competencias respectivas, únicos profesionales con facultad para recetar medicamentos sujetos a prescripción médica.

Sin perjuicio de lo anterior, los enfermeros, de forma autónoma, podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios, mediante la correspondiente orden de dispensación.

El Gobierno regulará la indicación, uso y autorización de dispensación de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica por los enfermeros, en el marco de los principios de la atención integral de salud y para la continuidad asistencial, mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, de elaboración conjunta, acordados con las organizaciones colegiales de médicos y enfermeros y validados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

El Ministerio de Sanidad y Política Social con la participación de las organizaciones colegiales, referidas anteriormente, acreditará, con efectos en todo el Estado, a los enfermeros para las actuaciones previstas en este artículo.

Amb aquest redactat, la prescripció de medicaments per part de la infermera sortia de la il·legalitat per entrar en la legalitat jurídica, pendent d'acreditació per prescriure alguns medicaments subjectes a prescripció mèdica.

No va ser fins l'any 2015 en què amb el RD legislativo 1/2015 de 24 de julio,¹³ amb un text que reformula els anteriors i, a més, hi afegeix que les infermeres podran prescriure medicaments subjectes a prescripció mèdica seguint uns protocols o guies de pràctica clínica, tot i que el prescriptor, el metge, en farà el diagnòstic, la prescripció i el seguiment.

El mateix any, també surt el RD 954/2015, en el qual s'explicita la formació que hauran de realitzar totes les infermeres.¹⁴ Es tracta d'una formació semipresencial i 180 hores o el seu equivalent en ECTS.

Tot i això, aquesta formació mai s'ha arribat a concretar, per la qual cosa l'any 2018, amb el RD 1302/2018, que modificava l'anterior RD 954/2015, proposa que s'acrediti per part de cada comunitat autònoma totes les infermeres amb més d'un any d'experiència, i que només hagin de realitzar el curs les infermeres de menys d'un any d'experiència,¹⁵ que majoritàriament seran les infermeres nou graduades.

L'any 2019, la Generalitat, amb el Decret 180/2019, va aprovar el procediment especial d'acreditació de les infermeres que tinguessin més d'un any d'experiència,¹⁶ i va especificar, en el seu article 5:

El programa formatiu del curs d'adaptació a què fa referència l'article 3.1.b.ii, l'ha de dissenyar conjuntament el departament competent en matèria de salut i el Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya, un cop consultada l'organització representativa de les facultats i escoles d'infermeria de Catalunya. Els programes formatius esmentats han de ser aprovats per resolució de la persona titular de la direcció general competent en matèria de professionals de la salut del departament competent en matèria de salut i hauran d'estar acreditats pel Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries.

A data de maig de 2021 no s'ha conegut quin és aquest programa formatiu.

La formació al grau de les infermeres té continguts suficients com perquè no sigui necessari realitzar aquest curs addicional.¹⁷ Un terç de les assignatures impartides als graus en infermeria a Espanya tenen continguts relacionat amb la farmacologia, per això es plantegen dubtes sobre la finalitat d'aquest curs acreditatiu.

L'octubre de 2020 es valida la primera guia de medicaments subjectes a prescripció mèdica relacionada amb un dels temes de major expertesa infermera: les ferides.¹⁸

5.5.3. Aspectes clau

La legislació en matèria de prescripció infermera sempre ha anat per darrere de la pràctica clínica. Avui dia, les infermeres que tinguin un any d'experiència poden demanar l'acreditació com a infermeres prescriptors de medicaments no subjectes a prescripció mèdica i productes sanitaris. Les que no disposin d'aquesta experiència caldrà que realitzin un curs d'acreditació.

Bibliografia

1. European Ministers of Education. The Bologna Declaration of June 1999 [Internet]. [consultat el 5 de juny de 2021]. Disponible a: http://www.ehea.info/media.ehea.info/file/Ministerial_conferences/02/8/1999_Bologna_Declaration_English_553028.pdf
2. Davies R. The Bologna process: the quiet revolution in nursing higher education. *Nurse Educ Today*. 2008; 28 (8): 935-942.
3. Zabalegui A, Cabrera E. New nursing education structure in Spain. *Nurse Educ Today*. 2009; 29 (5): 500-504.
4. Romero Á. Prescripción enfermera en España. Se hace camino al andar... Revisión de la literatura. *Rev ROL Enferm*. 2011; 34 (6): 412-423.
5. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 280, (22-11-2003) [consultat el 5 de juny de 2021]. Disponible a: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
6. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 178, (27-07-2006) [consultat el 5 de juny de 2021]. Disponible a: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/07/27/pdfs/A28122-28165.pdf>
7. Vidal Vademecum Spain [Internet]. Colagenasa; 2017 [consultat el 5 de juny de 2021] [aprox. 4 pantalles]. Disponible a: <https://www.vademecum.es/principios-activos-colagenasa-d03ba02>
8. Soldevilla JJ. Prescripción enfermera en el ámbito gerontológico [Editorial]. *GEROKOMOS*. 2006; 17 (4): 180.
9. Villa V. Prescripción y seguridad enfermera [Editorial]. *Hygia*. 2007; 67: 3.
10. Herrera A, Martínez JM, Ratia M. La prescripción enfermera y la ley del medicamento. *Rev ROL Enferm*. 2008; 31(1): 50-52.
11. Sarabia CM. Opinión de los profesionales sobre el título de Grado, las especialidades y la prescripción enfermera. *Metas de Enferm*. 2009; 12 (4): 60-64.
12. Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 315, (31-12-2009) [consultat el 5 de maig de 2021]. Disponible a: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/12/31/pdfs/BOE-A-2009-21161.pdf>

13. Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 177, (25-07-2015) [consultat el 5 de maig de 2021]. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-8343-consolidado.pdf>
14. Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 306, (23-12-2015) [consultat el 5 de maig de 2021]. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-14028-consolidado.pdf>
15. Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se modifica el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 256, (23-10-2018) [consultat el 5 de juny de 2021]. Disponible a: <https://www.boe.es/boe/dias/2018/10/23/pdfs/BOE-A-2018-14474.pdf>
16. DECRET 180/2019, de 27 d'agost, pel qual es regula el procediment d'acreditació de les infermeres i els infermers per a l'exercici de la indicació, ús i autorització de dispensació de medicaments i productes sanitaris d'ús humà [Internet]. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Núm. 7948, (29-08-2019) [consultat el 5 de juny de 2021]. Disponible a: <https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/7949/1759085.pdf>
17. Romero Á, Raurell M, Zabaleta E, Rascon C, Homs E. Nurse prescribing in Spain: The law and the curriculum. Nurs Health Sci. 2017; 19 (3): 373-380.
18. Resolución de 20 de octubre de 2020, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se valida la «Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os de: Heridas» [Internet]. Boletín Oficial del Estado, núm. 286, (29-10-2020) [consultat el 5 de juny de 2021]. Disponible a: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/10/29/pdfs/BOE-A-2020-13190.pdf>

5.6.

El rol de la infermera en els processos de qualitat i seguretat del pacient en l'entorn de l'atenció primària

ALBERT TEBA, MERCÈ TORRES

5.6.1. Introducció

Entre els anys 2015 i 2016 es van acreditar els equips d'atenció primària sota els criteris de l'EFQM (European Foundation Quality Management).

Una acreditació és el procés pel qual un centre sanitari s'incorpora a una verificació externa, que avalua el grau en què aquest centre assoleix un conjunt d'estàndards establerts prèviament. L'avaluació del centre sanitari la fa un òrgan acreditador, que emet el dictamen corresponent en forma de certificat.¹

En els nostres centres es va fer servir l'eina MADS (Model Acreditació del Departament de Salut).

Amb aquesta eina es va poder avaluar els 9 criteris en què s'organitza:

1. Lideratge.
2. Estratègia.
3. Gestió de les persones de l'EAP.
4. Aliances i recursos.
5. Processos.
6. Resultats en els ciutadans.

7. Resultats en les persones de l'EAP.
8. Resultats en la societat.
9. Resultats en processos clau.

Aquests nou criteris estaven compostos de subcriteris que es dividien alhora en agrupadors conceptuals.

5.6.2. Desenvolupament

Tot i que la qualitat era un tema que tots els EAP (equips d'atenció primària) i hospitals estaven treballant, aquesta acreditació va ordenar la sistemàtica de com fer-ho.

Per la professió infermera no es nou treballar amb qualitat. Si ens fixem hi ha una estreta similitud entre el procés d'atenció d'infermeria (PAI) (figura 1) i el cicle de la millora contínua (figura 2). Podríem dir que ja tenim integrada la sistemàtica de treball en qualitat. En el PAI fem una valoració, un diagnòstic, planifiquem unes intervencions, les executem i les avaluem retroalimentant tot el procés. En la millora contínua avaluem metes i resultats (*check*), prenem mesures correctores, preventives o de millora (*act*), definim una meta, recopilem dades, definim mètode (*plan*) i executem (*do*).

Figura 1. Procés d'atenció d'infermeria (PAI)

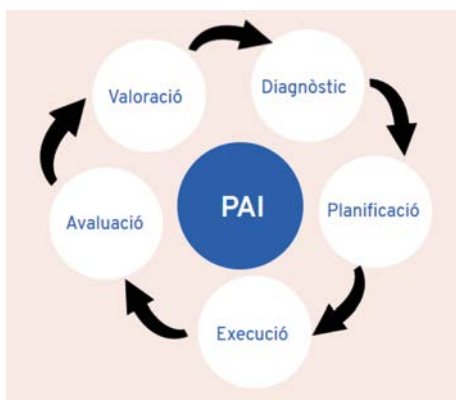
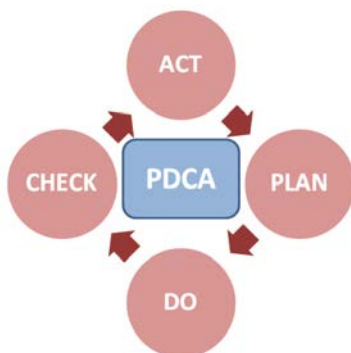


Figura 2. Cicle de la millora contínua



A l'ENAPISC, Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària,² una de les línies estratègiques és poder garantir una atenció sanitària de qualitat i segura, adaptant l'atenció als valors, preferències i necessitats de les persones de la comunitat i, alhora, permetre la mesura dels resultats finals en salut de manera homogènia a tot el territori. Aquesta línia defineix dos objectius que estan orientats a garantir l'equitat territorial pel que fa al contingut i accés a la cartera de serveis i a l'excel·lència de serveis, a través de l'acreditació en qualitat i seguretat del pacient.

El nostre paper en qualitat com a professionals de la infermeria ha de ser molt actiu, ja que ens ajuda a garantir unes cures i atencions de qualitat als pacients. Estem al costat de pacients, som figura de proximitat i referents. Si aquest paper l'estenem als processos de millora contínua i de qualitat podem ajudar tant a garantir aquestes cures de qualitat com a la millora de tota l'organització.

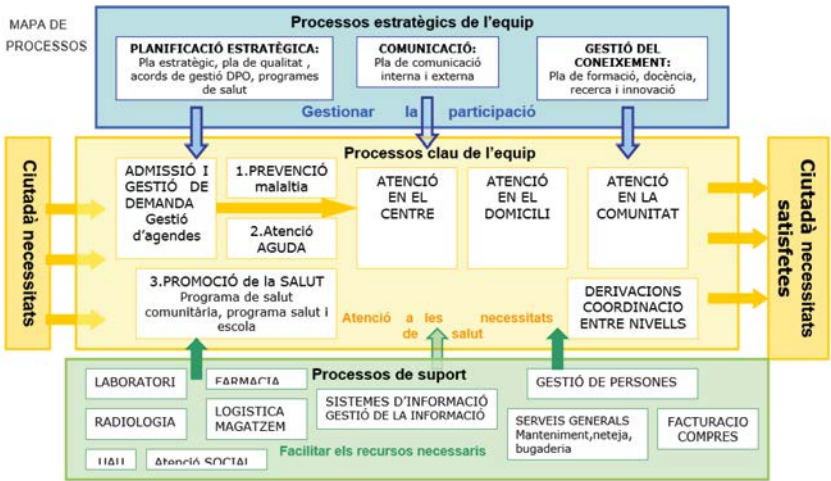
De fet, gran part dels processos dels EAP (figura 3), pivoten en el personal d'infermeria i TCAI, que són els professionals que han escrit i implementat els procediments i els processos d'avaluació dels indicadors que contenen.

Quan parlem de processos, parlem, entre d'altres, de gestió de material fungible i fàrmacs (estocs suficients, control de caducitats, eliminació), gestió de material electromèdic (formació, verificació, manteniment, etc.), control de cadena del fred, control de seguretat en esterilització, procediment i circuit d'extraccions de sang, gestió de residus... I un llarg etcètera d'aspectes que garanteixen un bon funcionament dels equips d'atenció primària (EAP) (figures 3 i 4).

Figura 3. Classificació de tipus de processos Direcció Atenció Primària IAS-ICS de Girona 2014

Tipus de processos	Definició	Processos
Estratègics	• És l'activitat que fixa els objectius i les pautes d'actuació generals. També és de la que s'obté informació -de la satisfacció dels ciutadans i dels professionals- per a la planificació	• Pla Estratègic i pla de qualitat • Acords de gestió i Objectius de l'organització • Programa de salut: atenció comunitària, atenció als ciutadans, guies de pràctica clínica i trajectòries • Pla de formació, docència i recerca • Pla de comunicació
Clau	• És l'activitat de l'organització en què els ciutadans tenen un contacte directe i obtenen un benefici del servei. • Desenvolupen la missió de l'organització.	• Admissions -Programació • Atenció als ciutadans • Atenció domiciliària • Atenció en el centre • Atenció a la Comunitat • Derivacions, coordinació entre nivells
De suport	• És el que facilita els recursos necessaris als altres processos de l'organització perquè puguin portar a terme la seva missió.	• Laboratoris • Radiologia • Farmàcia • Atenció social • UAU • Sistemes d'informació i gestió de la informació • Serveis Generals: manteniment, neteja, bugaderia • Gestió de persones: Contractació i personal • Facturació i compres • Logística i magatzem

Figura 4. Model mapa de processos Direcció Atenció Primària IAS-ICS de Girona 2014



Degut a aquest compromís amb els pacients i amb la millora contínua, els professionals d'infermeria hem liderat en molts aspectes tot aquest procés d'acreditació, molts referents de qualitat dels EAP tenen perfil d'infermeria, hem participat en múltiples grups de millora que han millorat notablement les nostres organitzacions.

Lligat a tot aquest procés de millora i seguretat del pacient hi ha diverses eines que ens donen suport i ens faciliten el seguiment.^{3,4}

5.6.2.1. TPSC Cloud

El TPSC Cloud es un sistema de notificació i gestió d'incidents que afecten la seguretat de pacient posat en marxa el maig de 2013 pel Departament de Salut.

Té com a principal objectiu millorar la seguretat del pacient mitjançant l'anàlisi i gestió dels incidents que es produeixen, així s'aconsegueix tenir organitzacions més segures i reduir al màxim la probabilitat que succeeixin esdeveniments adversos.

Com a infermeres tenim el deure de notificar qualsevol incident que afecti la seguretat del pacient, tant si no produeix cap dany com si el produeix, i participar en la seva gestió i aportar tota la informació que se'ns requereixi respecte a l'incident. També és recomanable participar en grups de millora de seguretat que hi ha constituïts en els nostres centres. Aquesta és la manera de treballar cada vegada amb més seguretat.

5.6.2.2. Notificació d'incidències generals

Cada EAP ha de tenir un sistema de notificació d'incidències que ajudin a la millora contínua. Aquestes notificacions han de respondre a un ampli ventall d'aspectes que responguin a gran part dels processos que es duen a terme en un EAP (gestió material, incidències de la història clínica, incidències del material tecnicoassistencial i infraestructures, incidències de programacions, incidències relacionades amb els proveïdors i la continuïtat assistencial, etc.).

Cada incidència ha de ser tractada pel seu responsable i s'ha de solucionar donant *feed-back* a l'usuari notificador. L'anàlisi de les incidències ens permet veure en quins processos calen accions de millora. Una assignatura que tenim pendent és eliminar la connotació acusadora de les incidències i que es vegin com el que són, una aportació per a detectar problemes i disfuncions en la nostra organització, pas previ a qualsevol millora.

5.6.2.3. ProSP

L'aplicació proactiva en seguretat dels pacients (ProSP) neix per a la millora de la seguretat dels pacients que es du a terme a l'Institut Català de la Salut (ICS) des de 2012, en la línia marcada pel Departament de Salut.

Aquesta eina informatitza llistes de verificació d'activitats preventives de processos relacionats amb la seguretat dels pacients i disposa la informació en temps real per al control i millora d'aquests processos.

Aquesta eina està implantada a totes els EAP ICS de Catalunya i Institut d'Assistència Sanitària(IAS) Girona, actualment s'està fent el desplegament als Hospitals ICS de Catalunya.

Aquesta aplicació ens permet programar una sèrie de llistes de verificació o controls als EAP, com, per exemple, el control de la cadena del fred de cada nevera, revisions de caducitats de consultes, revisions de dispositius d'emergències (maletins, carretons, etc.) i tot allò que calgui que afecti la seguretat del pacient.

Quan no es realitzen aquestes activitats o es realitzen amb incidències, es notifica via correu electrònic als responsables, que poden avaluar l'acompliment de les activitats programades i analitzar les incidències generades per detectar necessitats de millora.

5.6.2.4. Gestió documental

Un repte que afronten els EAP es la gestió documental. En cada EAP es genera un nombre molt alt de documents, procediments, plans, actes, registres, etc. Aquests documents han d'estar disponibles perquè el professional que necessiti consultar la informació o recuperar un registre el pugui trobar en el mínim temps possible, que estigui actualitzat i sigui vigent.

Actualment hi ha diverses solucions comercials i algunes entitats com ICS-IAS Girona estan desenvolupant eines pròpies perquè s'adaptin a les necessitats dels EAP.

5.6.3. Aspectes clau

- L'acreditació dels equips d'atenció primària sota els criteris de l'EFQM va marcar un abans i un després en qualitat a l'atenció primària.
- És clau seguir treballant per mantenir les acreditacions i per la millora contínua en els EAP.
- Ja que les properes acreditacions estaran orientades a resultats, cal ser molt sistemàtics i curosos en la notificació d'incidències de qualitat, esdeveniments adversos i en el registre de tots els controls que fem per poder fer avaluació dels processos.
- La infermera té un paper fonamental en tota aquesta millora que reverteix en una millor i més segura atenció al pacient.

- La contribució de la infermera comprèn des del dia a dia, detectant aspectes de millora i notificant-los, fins a participar en grups de millora o ser referent de qualitat.

Bibliografia

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Acreditació d'equips d'atenció primària a Catalunya: manual d'estàndards. Barcelona: Departament de Salut; 2015.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària: ENAPISC. Barcelona: Departament de Salut; 2019.
3. Massanés M, Álava F, Oliva G, Navarro L, Jiménez M, Esquerra M et al. Notificació i gestió d'incidents relacionats amb la seguretat dels pacients com a eina per a la millora contínua. *Annals de Medicina*. 2017; 100: 18-22.
4. Gens M, Hernández N, Ayala D, Mengíbar Y, Hernández O, Martín F, et al. "Coneixement, innovació i tecnologia", treballem junts per millorar la seguretat del pacient: aplicació proactiva en seguretat dels pacients proSP. *Annals de Medicina*. 2021; 104: 6-10.

5.7.

Treball en xarxa de la infermera d'atenció primària i salut comunitària (treball intersectorial)

ANGELINA GONZALEZ, FERRAN DABAN

5.7.1. Introducció

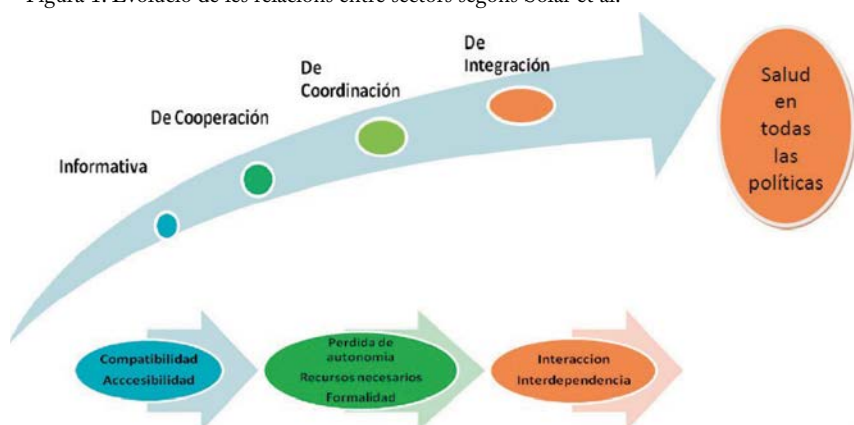
Ja que la salut depèn dels determinants socials, per millorar la salut de les comunitats és necessari treballar amb un enfocament intersectorial, que permeti un abordatge conjunt i coordinat entre tots els sectors que desenvolupen polítiques que afecten la salut.¹ La **intersectorialitat** es defineix com la relació reconeguda entre una o diverses parts de diferents sectors de la societat que s'estableix per emprendre accions amb el fi d'assolir resultats en salut de manera més eficaç, eficient i sostenible que aquella que el sector sanitari pugui assolir tot sol.² En aquest sentit el sector salut ha d'assumir que no és l'únic protagonista i que cal un lideratge compartit.³

Segons el grau de relació que s'estableix entre els diferents sectors es defineixen uns nivells d'intersectorialitat (figura 1):⁴

- Relació informativa: intercanvi d'informació amb altres sectors. És una relació unidireccional que suposa un primer pas cap a la intersectorialitat.
- Relació de cooperació: interacció entre sectors per tal d'assolir una major eficiència en les accions de cadascú, i pot comportar una certa pèrdua d'autonomia.
- Relació de coordinació: treball conjunt que suposa l'ajustament de programes per part de cada sector per millorar l'eficiència i l'efectivitat. Requereix l'establiment d'una xarxa horitzontal i compartir recursos.

- Relació d'integració: Definir un programa conjuntament que representa més que el treball d'un sector. És la relació que permet evolucionar cap a la **salut en totes les polítiques**.

Figura 1. Evolució de les relacions entre sectors segons Solar et al.⁴



La salut en totes les polítiques és un enfocament que considera la salut a l'hora de formular polítiques fora del sector de la salut, de manera que es comparteix la responsabilitat de la salut de la població.¹ En el nostre context, el Pla interdepartamental i intersectorial de Salut Pública (PINSAP)⁵ suposa la implementació a Catalunya de l'estratègia de salut en totes les polítiques.

L'àmbit municipal és el nivell bàsic per a l'impuls de salut comunitària i la promoció de la salut. En aquest sentit la intersectorialitat i el treball en xarxa és una de les eines clau per a l'acció local.⁶ La col·laboració intersectorial en l'àmbit municipal possibilita compartir el coneixement i contribueix al desenvolupament de les capacitats grupals i comunitàries.³

La salut comunitària s'ha definit com un enfocament multisectorial per a comprometre's i treballar conjuntament amb les comunitats amb l'objectiu de millorar la salut i la qualitat de vida de les persones d'un territori.⁷ L'impacte de les intervencions derivades de la salut comunitària es pot produir a diferents nivells, que van des de canvis a nivell dels entorns i els determinants estructurals a canvis de les conductes o finalment sobre la mateixa salut.⁸ En aquest sentit les intervencions que modifiquen i milloren entorns i determinants estructurals són els que major impacte tindran sobre la salut.

Els diferents estudis que mostren com la salut comunitària millora la salut de les poblacions coincideixen a afirmar que aquesta ha de incloure diferents components com ara:⁹

- a. La **participació comunitària** en el disseny, la implementació i l'avaluació dels programes.
- b. El treball en **xarxa i intersectorial** amb un treball col·laboratiu constant.
- c. Que les intervencions siguin **específiques** a abordar les necessitats en salut.
- d. La necessitat d'una **avaluació sistemàtica**.

L'OMS defineix **xarxes socials** com les relacions i vincles socials entre les persones que poden facilitar l'accés o mobilització del suport social a favor de la salut. Una societat estable té més probabilitats d'establir xarxes socials que facilitin l'accés al suport social. Societats amb alt índex d'atur, plans de reubicació d'habitatges a gran escala i una ràpida urbanització, poden donar lloc a una desorganització greu de les xarxes socials. En aquestes circumstàncies, l'acció destinada a promoure la salut es podria centrar a donar suport al restabliment de xarxes socials.²

5.7.2. Infermeria de família i comunitària i treball en xarxa

La infermeria de família i comunitària aplica cures en el continuïtat salut-malaltia a l'individu, famílies i comunitat per afavorir la salut i l'autocura. Per desenvolupar aquesta tasca ha de:

- a. conèixer la comunitat en la que treballa pel que fa a les necessitats i actius;
- b. intervenir en els òrgans de salut pública per identificar els elements que influeixen en la salut de la comunitat; i
- c. participar activament en la creació i l'enfortiment de la dinamització dels actors comunitaris en xarxa.¹⁰

El rol de la infermera de família i comunitària inclou totes les persones de la comunitat i la comunitat mateix. És essencial la seva participació, com a professional expert en la comunitat, en la promoció d'entorns locals on les persones puguin exercir un major control sobre la seva pròpia vida, així com desenvolupar oportunitats de participació social, de contacte, reconeixement, autonomia personal i control sobre les condicions de vida. Cal identificar el que cada persona, grup o institució pot aportar a la xarxa, i que sigui a partir d'aquesta aportació com es vinculin a la xarxa.¹

La salut comunitària consisteix a crear i/o potenciar les relacions i vincles entre diferents agents comunitaris. Aquests agents pertanyen a l'administració, professionals/tècnics i ciutadania.¹¹ El treball intersectorial i en xarxa no es genera de forma automàtica, ja que implica transformacions internes a les organitzacions, requereix de suport institucional i temps perquè es puguin donar els canvis necessaris.¹

Les fases inicials del procés comunitari contempnen la cerca d'aliances, a partir de les quals, i en funció de les oportunitats del territori (actius), es podrà incidir en la millora dels determinants de la salut i en la reducció de les desigualtats. A l'àmbit local, la cerca d'aliances definirà la composició del grup motor de salut comunitària, que serà el responsable de vetllar per la salut de la seva comunitat. Aquest grup podria estar compost per: veïns i veïnes, entitats socials, equips d'atenció primària, equips de serveis socials, salut pública, representants de la part política, associacions del territori, farmàcies, biblioteques, escoles i instituts, serveis de seguretat (guàrdia urbana, locals, etc.), casals infantils o de joves, centres de salut mental, residències i centres de dia de persones grans, entre d'altres.

Per ser operatius, els grups no haurien de superar les deu o quinze persones, per tant es poden fer diversos grups comunitaris per tractar diferents necessitats en salut, com per exemple:

- a. grup motor per treballar necessitats en salut de les persones grans;
- b. grup motor per treballar necessitats en salut de les persones joves, etc.

I així fins a tractar totes les necessitats en salut que la comunitat vol abordar.¹²

A totes les poblacions abunden la diversitat, la desigualtat i els desacords. Els conflictes formen part de l'acció comunitària i del treball en xarxa. És important no amagar-los i promoure el diàleg. La clau de tot procés comunitari és aconseguir trobar el punt de trobada i mobilització entre els diferents agents comunitaris i en aquest sentit la infermera pot jugar un paper clau.

L'espai on es concreta el treball en xarxa és divers, en alguns territoris és mitjançant un grup motor, en d'altres en una taula de salut, sigui quin sigui és fonamental establir espais de trobada legítims, amb un pacte d'objectiu i cronograma. És important no tenir pressa, en ocasions fins i tot tocarà retrocedir en la cerca d'un procés realment inclusiu i participatiu, establir relacions de confiança i assegurar-se que la xarxa sigui inclusiva i no deixi fora representant dels grups més vulnerables de la comunitat.^{1,11}

L'avaluació de la xarxa ajudarà a valorar la seva evolució en el temps i possibles elements de millora. Es pot fer servir el sociograma o mapa social, una representació gràfica de les relacions que sorgeixen entre els diversos actors implicats en el procés comunitari i la xarxa.^{11,13} Es recomana realitzar el

sociograma en un format participatiu per identificar punts febles i forts entre el conjunt de persones implicades. Es pot realitzar el sociograma a l'inici del treball en xarxa i al cap d'uns anys.

5.7.3. Un exemple de treball en xarxa: baixem al carrer

La soledat en la gent gran és un problema cada vegada més prioritzat en processos comunitaris a Catalunya, i que està associat a una major mortalitat, una pitjor salut percebuda, una pitjor qualitat de vida, i a més risc de demència.^{14,15} En canvi, està documentat l'efecte positiu de la participació i el suport social sobre la salut i el benestar de les persones grans. Les persones que s'impliquen activament en la vida i que tenen relacions socials són més felices, tenen millor estat de salut físic i mental i més capacitat per afrontar els canvis i les transicions vitals.¹⁶⁻¹⁹

Per donar-hi resposta, a Barcelona es va desenvolupar el programa «Baixem al carrer», amb l'objectiu de reduir la soledat i l'aïllament de les persones grans amb dificultats de sortir de casa per barreres arquitectòniques. Una intervenció en què hi participen molts agents i sectors del territori de forma coordinada amb l'objectiu de millorar la salut d'aquestes persones. Els equips d'atenció primària, serveis socials i associacions del territori treballen en la detecció de les persones grans aïllades; Creu Roja i els plans comunitaris en la coordinació i execució del programa; les persones voluntàries de la comunitat (veïns i veïnes) per acompanyar les persones grans en les sortides; Salut Pública de Barcelona en l'avaluació del programa; i finalment, l'Ajuntament de Barcelona en el seu finançament. Després de cinc anys d'avaluació s'ha vist com les persones que han participat en el programa han millorat la seva salut mental, la seva salut percebuda i mostren menys ansietat.²⁰

5.7.4. Xarxes comunitàries per donar resposta a la COVID-19

Organismes internacionals i nacionals assenyalen que les xarxes comunitàries poden col·laborar en la disminució de la incidència de la COVID-19 al proveir suport a la comunitat, repartir responsabilitats, distribuir recursos, executar la comunicació de riscos i fer intervencions abordant els determinants socials de la salut per així controlar el brot a través de la participació comunitària.²¹⁻²³

Un estudi realitzat a Catalunya va identificar 93 xarxes que van activar-se per donar resposta a l'emergència sanitària i social deguda a la pandèmia i al confinament. És rellevant que el 67 % de les xarxes no existien prèviament a la pandèmia i el 60 % van ser liderades per la comunitat.

Amb relació a la reticència vacunal el treball dels equips de salut pot mobilitzar a la comunitat amb l'objectiu de desacreditar els informes falsos sobre la vacuna i garantir l'educació sanitària sobre els seus beneficis, contribuint a una major acceptació.²⁴ Els països amb estructures de participació preexistents i amb forts vincles entre els equips de salut i les comunitaris poden integrar de manera completa i significativa els plans de resposta a la pandèmia.²⁵ A Catalunya, les xarxes comunitàries existents pre-pandèmia han suposat una eina clau per afrontar la COVID-19 i les seves conseqüències socials.²⁶

En aquests moments, per mantenir el contacte amb la xarxa és important conèixer eines en línia per fer possible reunions en temps de distanciament social.

Eines

- Informació i eines sobre salut comunitària a Catalunya.
- Cercador d'actius comunitaris: Actius i salut.
- Dinàmica El cabdell i altres idees per treballar la cohesió del grup.
- Com acabar per sempre amb les reunions plom. Plataforma de voluntariat.

Xarxes d'interès

- Xarxa AUPA
- Alianza de Salud Comunitaria (ASC).
- Red de Actividades Comunitarias (RAC).
- Xarxa Espanyola de Ciutats Saludable (RECS).
- Xarxa Espanyola de Universitats Saludables.

5.7.5. Aspectes clau

Millorar la salut requereix d'un treball integrat entre els diferents sectors que influeixen en la salut a partir de polítiques no sanitàries. Dins l'àmbit local aquesta intersectorialitat es tradueix en el treball en xarxa, fonament de la salut comunitària, en què la infermera de família i comunitària té un rol fonamental com a líder i facilitadora.

Bibliografia

1. Ministerio de Sanidad. Acción Comunitaria para ganar Salud...o cómo trabajar en común para mejorar las condiciones de vida. Madrid: Ministerio de Sanidad, Secretaría General Técnica; 2021.
2. OMS. Promoción de la Salud. Glosario [Internet]. Ginebra: OMS; 1998. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
3. Paredes JJ, Rodenas A, Cassetti V. Practicar la intersectorialidad en salud o cómo romper muros para trabajar conjuntamente. Actual en Med Fam – SEMFYC. 2021; 17 (5): 285-291.
4. Solar O, Valentine N, Rice M, Albrecht D. Moving forward to equity in health. What kind of intersectoral action is needed? An approach to an intersectoral typology. Partnership and Intersectoral Action [Conference Working Document]. Presented at: 7th Global Conference on Health Promotion, Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap [Internet]. Nairobi: Kenya (26-30 d'octubre de 2009) [consultat el 5 de maig de 2016]. Disponible a: <http://pediatricsociale.fondationdrjulien.org/wp-content/uploads/2015/08/8-Solar-et-al.-2009.pdf>
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Balanç Pla Interdepartamental de salut (PINSAP) 2014-2016. Amb tothom sumem salut [Internet]. Barcelona; 2016 [consultat el 5 de juliol de 2021]. Disponible a: https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/sobre_lagencia/pinsap/06_Memories/PINSAP-balanc-2014-2016.pdf
6. Hernán M, March S, Botello B, Cubillo J, Gea V, Segura A. Quién, cómo y qué: salud comunitaria y administración local. Gac Sanit. 2018; 32 (S1): 1-4.
7. Goodman RA, Bunnell R, Posner SF. What is “community health”? Examining the meaning of an evolving field in public health. Prev Med. 2014; 67 (S1): S58-61.
8. Roussos ST, Fawcett SB. A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. Annu Rev Public Health. 2000; 21: 369-402.
9. Cyril S, Smith BJ, Possamai-Inesedy A, Renzaho AMN. Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: A systematic review. Glob Health Action. 2015; 8 (1): 1-13.
10. Morín V, coordinador. Infermeria familiar i comunitària. Promoció de la salut. Educació per a la salut (eBook). Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona; 2020.
11. Equip PADEICS. Guia per treballar en salut comunitària a Catalunya [Internet]. Barcelona; 2020 [Consultat el 6 de juliol de 2021]. Disponible a: http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/atenciocomunitaria/020221CAT025_GUIA_FINAL_Guia_per_treballar_en_Salut_Comunitaria_a-Cataluny_-..._.pdf
12. Artazcoz L, Calzada N, Colell E, Daban F, Díez E, Fernández A et al. Barcelona Salut als Barris. Com desenvolupar l'estratègia de salut comunitària [Internet]. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2017. Disponible en: https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2017/11/Barcelona_Salut_als_Barris_Com_desenvolupar_estrategia_salut_comunitaria_2017.pdf

13. Rebollo O, Morales E, González S, Institut de Govern i Polítiques Públiques (IGOP) — Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Guía operativa de evaluación de la acción comunitaria. Barcelona: IGOP-UAB; 2016.
14. Hand C, Retrum J, Ware G, Iwasaki P, Moaalii G, Main DS. Understanding social isolation among urban aging adults: Informing occupation-based approaches. OTJR (Thorofare N J). 2017; 37 (4): 188-198.
15. Singh A, Misra N. Loneliness, depression and sociability in old age. Ind Psychiatry J. 2009; 18 (1): 51-55.
16. Grenade L, Boldy D. Social isolation and loneliness among older people: Issues and future challenges in community and residential settings. Aust Health Rev. 2008; 32 (3): 468-478.
17. Pool MS, Agyemang CO, Smalbrugge M. Interventions to improve social determinants of health among elderly ethnic minority groups: A review. Eur J Public Health. 2017; 27(6): 1048-1054.
18. Niedzwiedz CL, Richardson EA, Tunstall H, Shortt NK, Mitchell RJ, Pearce JR. The relationship between wealth and loneliness among older people across Europe: Is social participation protective? Prev Med. 2016; 91: 24-31.
19. Cattan M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. Ageing Soc. 2005; 25 (1): 41-67.
20. Daban F, Garcia-Subirats I, Porthé V, López MJ, de-Eyto B, Pasarín MI, et al. Improving mental health and wellbeing in elderly people isolated at home due to architectural barriers: A community health intervention. Aten Primaria. 2021; 53 (5): 102020.
21. World Health Organisation. Risk communication and community engagement readiness and response to coronavirus disease (COVID-19): interim guidance, 19 March 2020. Ginebra: World Health Organization; 2020.
22. Ilesanmi OS, Afolabi AA. In Search of the True Prevalence of COVID-19 in Africa: Time to Involve More Stakeholders [Internet]. Int J Health Life Sci. 2020; In Press (In Press): e108105. Disponible a: https://www.researchgate.net/profile/Olayinka-Ilesanmi-2/publication/344391023_In_Search_of_the_True_Prevalence_of_COVID-19_in_Africa_Time_to_Involve_More_Stakeholders/links/5f6fa339a6fdcc00863e110d/In-Search-of-the-True-Prevalence-of-COVID-19-in-Africa-Time-to-Involve-More-Stakeholders.pdf
23. Ruiz E, Cubillo J, Segura J, Campos P, Koerting A, Hernández T et al. Redes comunitarias en la crisis de COVID-19. Madrid: Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación; 2020.
24. Afolabi AA, Ilesanmi OS. Dealing with vaccine hesitancy in Africa: The prospective COVID-19 vaccine context. Pan Afr Med J. 2021; 38: 3.
25. Gilmore B, Ndejjo R, Tchetchia A, de Claro V, Mago E, Diallo AA Community engagement for COVID-19 prevention and control: a rapid evidence synthesis. BMJ Glob Health. 2020; 5 (10): e003188.
26. González A, Campaz YD, Sanmamez N, Belmonte M, Oliva N, Cabezas C. Salut comunitària en temps de la COVID-19. Una proposta per a l'acció comunitària en salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

VI.

Atenció a les persones al llarg de la vida

6.1.

Atenció a la infància

MARTA CALABIA, ALBA BRUGUÉS

6.1.1. Introducció

La població infantil és un grup vulnerable i requereix d'una atenció especialitzada i de qualitat. En aquest sentit, el paper de la infermera familiar i comunitària en l'etapa infantil és fonamental per garantir un estat òptim de salut durant els primers anys de vida i per tal que repercuteixi en el futur de la societat. Dur a terme activitats de prevenció i promoció de la salut en l'etapa infantil pot marcar de forma positiva l'infant durant la resta de la seva vida.

6.1.2. Atenció a l'infant

L'atenció a l'infant a Catalunya gaudeix d'un alt nivell de qualitat. La infermera familiar i comunitària intervé en els processos de salut, tant de forma preventiva com assistencial perquè el nen i la seva família gaudeixin d'una vida saludable. Actualment, ens enfrontem a nombrosos canvis d'escenari on els plans de cures han d'anar adaptant-se a cada situació. Desapareixen algunes malalties infeccioses gràcies a la vacunació, però n'apareixen de noves. Disminueix la mortalitat infantil gràcies als avenços en la medicina, però s'incrementen les discapacitats produïdes per la superació de patologies greus. D'altra banda, les famílies han de ser les principals protagonistes i han de participar de manera activa en la salut dels infants i en l'abordatge de les seves necessitats dins d'un context biopsicosocial. Tot plegat, amb una mirada més enllà de la malaltia, i tenint com a eix transversal la promoció de la salut. És important promoure l'autocura i que les famílies s'impliquin en la seva salut i la dels seus infants.

També s'ha de fomentar la presa de decisions compartida entre la infermera i les famílies per tal de donar aquest protagonisme necessari per potenciar la salut dels infants.

L'atenció primària de salut, en aquests últims anys, ha patit un augment de visites a les consultes, però amb un bon pla de prevenció i educació de la salut per als processos d'autocura es podria reduir la hiperfreqüentació.

A més, a causa de la demanda d'atenció assistencial de processos que precisen una intervenció preferent en la població infantil es redueix la possibilitat de dedicar el temps necessari a les activitats preventives, que són de gran importància. S'ha de trobar la manera d'executar aquestes tasques de prevenció perquè, així, evitariem gran part de visites espontànies.

Un altre aspecte a destacar és la capacitat de resolució en les consultes d'atenció a l'infant dins de l'atenció primària. En aquest sentit, és important que hi hagi una bona comunicació amb el centre de referència per tal d'evitar derivacions i duplicitat de visites i/o proves diagnòstiques. Això implica oferir sessions formatives per part dels especialistes i millorar les vies comunicatives entre atenció primària de salut i atenció hospitalària.¹⁻³

6.1.3. Revisions de salut

Per tal de fer un bon seguiment de la salut dels infants és necessari disposar d'un protocol d'actuació. En aquest sentit, a Catalunya actualment disposem del document *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica*, on es recullen recomanacions d'activitats preventives i de promoció de la salut amb actuacions assistencials a l'edat infantil. Aquest document ha estat elaborat d'acord amb l'evidència científica i l'experiència professional i es revisa periòdicament.³

D'altra banda, tota revisió de salut ha d'estar estructurada i ordenada. Els punts clau a valorar en cada visita són:

- Anamnesi.
- Somatometria.
- Exploració física.
- Exploració del desenvolupament psicomotor.
- Educació sanitària.
- Immunitzacions.

6.1.3.1. Anamnesi

En aquesta part és important l'entrevista com a eina de recollida de dades. L'entrevista ha de ser pautaada i estructurada.

En primer lloc recollirem dades dels antecedents de salut, tant de l'infant com de la família i, posteriorment, es realitza una avaluació des de la darrera visita i es resolen dubtes i preocupacions. També es fa una comprovació de les activitats preventives pautaades en les darreres visites i es valoraran els hàbits, l'estat psicològic tant del infant com de la família i l'entorn social.

És important propiciar un ambient de confiança per tal que hi hagi una bona comunicació.

6.1.3.2. Somatometria

En aquesta part s'avaluen paràmetres com el pes, la mida i el perímetre cranial i es comparen en gràfics de creixement estandarditzats, adaptats a la nostra població. Les patologies que es pretenen detectar són l'obesitat, l'endarreriment ponderal, la talla baixa patològica, la macrocefàlia i la microcefàlia i els trastorns de la pubertat (precoç o tardana).

6.1.3.3. Exploració física

Es realitzarà una exploració física per aparells.

Tot i que cada edat tindrà uns aspectes diferents a valorar, en cada revisió hem de realitzar una valoració de tots els ítems que s'anomenen a continuació:

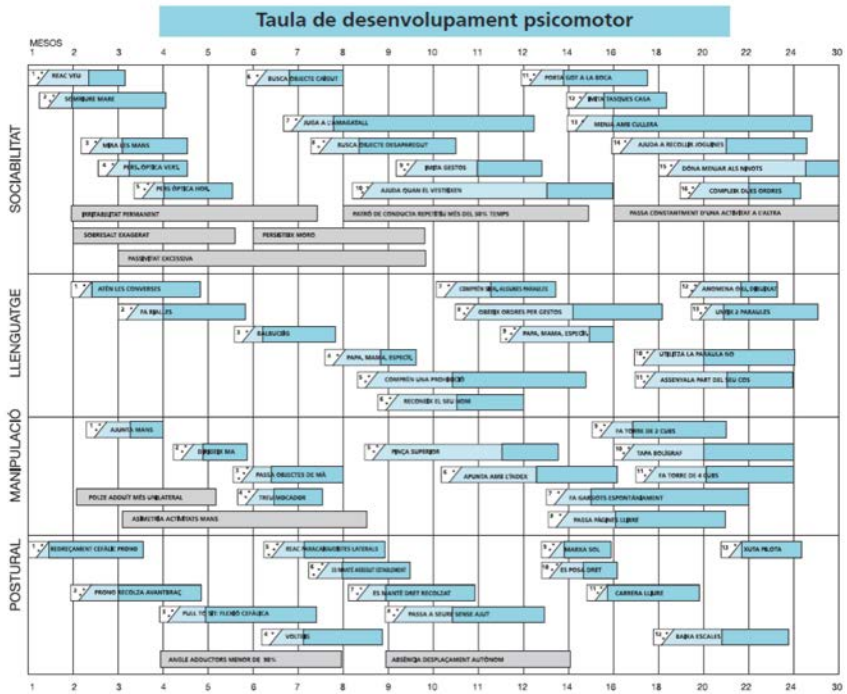
- Pell i fàneres: coloració de la pell, estat d'hidratació i presència de lesions o alteracions a la pell.
- Cap i coll: mida del cap, forma i posició. Valoració oftalmològica adequada a cada edat. Exploració de la cavitat bucal i dentició.
- Aparell respiratori i tòrax: inspecció, palpació, percussió i auscultació respiratòria.
- Aparell cardiovascular: auscultació cardíaca. Tensió arterial en les revisions corresponents.
- Aparell digestiu: inspecció, palpació, percussió i auscultació de la zona abdominal.
- Aparell urogenital: valorar alteracions. Forma i mida.

- Aparell osteomuscular: valoració del raquis i membres —simetria, mobilitat, to, tropisme—. Maniobra d’Ortolani i Barlow en les edats més primerenques.⁴

6.1.3.4. Exploració del desenvolupament psicomotor

Per tal de fer una avaluació correcta del desenvolupament psicomotor, ens basarem en la taula de Llevant com a eina per descartar alteracions. És un instrument per detectar precoçment una desviació en el desenvolupament psicomotor del nen/a menor de dos anys.

Figura 1. Desenvolupament psicomotor. Taula de Llevant reduïda⁵



6.1.3.5. Educació sanitària

El consell de salut ha d'estar present en totes les visites d'atenció a l'infant, ja sigui per una revisió rutinària o una visita d'urgències.

L'educació sanitària no només ha d'estar a dins la consulta, sinó que s'ha de traslladar a les escoles, al carrer, a les cases, realitzant activitats comunitàries.

Les intervencions grupals són una bona eina per afavorir la interacció entre els participants.

Les habilitats comunicatives de la infermera són de gran importància perquè el missatge arribi a la família de forma clara i comprensible.

6.1.3.6. Immunitzacions

El calendari de vacunacions sistemàtiques és una eina que recull les vacunacions sistemàtiques recomanades a Catalunya a tota la població. El calendari recull les vacunes més adients al moment més adequat per la situació epidemiològica de Catalunya.

Figura 2. Calendari de vacunacions sistemàtiques 2020⁶



6.1.4. Aspectes clau

A continuació s'esmenen aspectes a destacar:^{1,7,8}

- La promoció de la lactància materna ha de ser imprescindible en totes les consultes d'infermeria d'atenció a l'infant.
- La detecció, tractament i prevenció de l'obesitat ha de ser un dels principals objectius.
- La gestió de les demanades que precisen una intervenció prioritària o preferent del nen ha de ser àgil i resolutiva i ha d'estar recolzada per un bon pla d'activitats comunitàries relacionades amb aquesta temàtica.
- Posar focus d'atenció al maltractament infantil, ja que a l'atenció primària tenim una situació privilegiada per a la prevenció i la detecció de possibles casos.
- La prevenció i promoció de la salut en infants i famílies consisteix a orientar i facilitar hàbits i actituds de salut positius en els infants i adolescents, detectar precoçment els problemes de salut i fer un seguiment o derivació al servei corresponent.
- Potenciar l'ús de les tecnologies, tant per comunicar-se amb les famílies i evitar visites innecessàries com per prescriure pautes.
- Cal oferir formació especialitzada i continuada en infermeria familiar i comunitària i fomentar la investigació per part dels professionals.

Bibliografia

1. Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que publica el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria [Internet]. BOE, núm. 109, (07-05-2019). Disponible a: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761
2. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Programa de salud infantil (PSI). Madrid: Exlibris Ediciones, SL; 2009.
3. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica: infància amb salut. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2008.
4. Calabia M, Grup de Treball d'Atenció Infermera a l'Infant. Atenció Infermera a l'Infant. Guia de valoració i exploració. Barcelona: CASAP, Castelldefels Agents de Salut; 2018.
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Taula de Desenvolupament Psicomotor [Internet]. [consultat el 6 de juliol de 2021]. Disponible a: https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/infancia-i-adolescencia/02infancia-amb-salut/tauladesenvolupamentpsicomotor.pdf

6.1. ATENCIÓ A LA INFÀNCIA

6. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Calendari de vacunacions sistemàtiques [Internet]. [consultat el 6 de juliol de 2021]. Disponible a: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/V/vacunacions/documents/calendari_vacunacions.pdf
7. Institut Català de la Salut, Sant Joan de Déu Barcelona Hospital. Prevenció i tractament del sobrepès i l'obesitat a pediatria: pautes de consens d'assistència primària de l'ICS en coordinació amb l'Hospital de Sant Joan de Déu. Barcelona: Departament de Salut; 2016.
8. de la Flor J, Marès J, Ridao M. Infancia y adolescencia: principales problemas de salud. A: Martín A, Cano JF, Gené J. Compendio de atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica en medicina de familia. 5a ed. Madrid: Elsevier España; 2019. p. 458-482.

6.2.

Atenció a l'adolescència i joventut

BELÉN PÉREZ

«Els adolescents no són difícils d'entendre, però els adults no ens parem a mirar-los o preguntar-nos què senten»
Jaume Funes

6.2.1. Introducció

L'OMS defineix l'adolescència com el període de creixement i desenvolupament humà que es produeix després de la infància i abans de l'edat adulta, entre els 10 i els 19 anys.¹ Es tracta d'una de les etapes de transició més importants en la vida del ser humà, que es caracteritza per un ritme accelerat de creixement i de canvis, superat únicament pel que experimenten els lactants. Aquesta fase de creixement i desenvolupament ve condicionada per diversos processos biològics. L'inici de la pubertat marca el pas de la infància a l'adolescència.

La SAHM (Societat Americana de Salut i Medicina de l'Adolescència) la situa entre els 10-21 anys, tot distingint 3 fases que se solapen entre si: adolescència inicial (10-14 anys), mitjana (15-17 anys) i tardana (18-21 anys).

6.2.2. Diferents teories

Amb relació al desenvolupament adolescent no hi ha una única teoria.

Hi ha visions contraposades entorn de la naturalesa de l'experiència adolescent:

Stanley Hall² (psicòleg nord-americà) el 1904 publica la primera obra sobre l'adolescència, va ser el primer psicòleg que va investigar aquest període de la vida al començament del segle xx. Considerava que els canvis físics

inflüen en la psicologia adolescent i que l'esforç que realitzen els joves per adaptar-se a aquests canvis provocava «tempesta» i «estrès» Per tant, va donar una concepció de l'adolescència com tempestuosa i inestable, però alhora entusiasta i apassionada.

En canvi, l'antropòloga Margaret Mead³ va realitzar estudis sobre l'adolescència a Samoa (1928) i a Nova Guinea (1953), va destacar la importància de la cultura en el desenvolupament, ja que en aquestes societats l'adolescència era una etapa plaent de la vida i no es caracteritzava per crisis ni tensions.

L'autora proposa que la joventut s'afronta a un món social ple de limitacions (origen de les crisis emocionals) i que les figures adultes no proporcionen les eines adequades per fer-hi front.

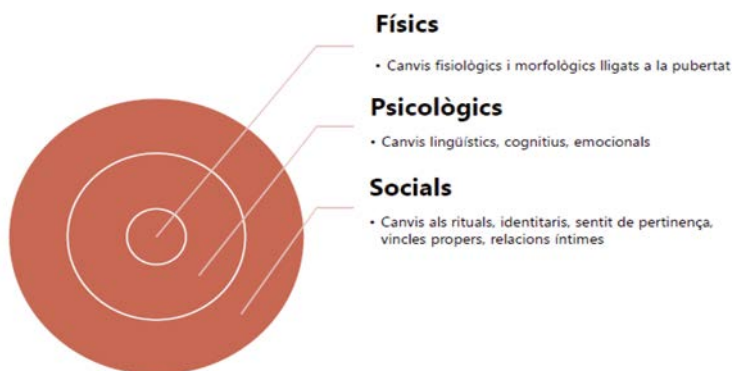
Per tant, els problemes a l'adolescència són un problema social i no característics del jove.

Característiques comunes de l'adolescència

- Etapa de transició cap a l'estat adult.
- Els trets fonamentals (físics i psicosocials) d'aquesta etapa són heterogenis i molt variables.
- Les variacions dels contextos socials dificulten les comparacions entre grups i generacions d'adolescents.
- Aquestes variacions dels contextos afecten la comprensió i el vincle entre generacions.

6.2.3. Introducció als aspectes biològics, psicològics i socials de l'adolescència

Figura 1. Diferents canvis a l'adolescència



6.2.3.1. Físics

Canvis fisiològics i morfològics lligats a la pubertat

Els canvis més importants tenen lloc en l'esfera sexual i culminen amb l'adquisició de la fertilitat. L'edat cronològica té poca correlació amb la maduració sexual i el creixement pot ser molt variable.

Per avaluar l'estat de desenvolupament puberal s'utilitzen les taules dissenyades per Tanner (1962), qui va dividir en 5 graus el desenvolupament mamari i el de borrisol púbic i genital. Aquestes taules són usades universalment i permeten una avaluació objectiva de la progressió puberal. Això permet diferenciar la pubertat normal de la patològica (figures 2 i 3).

La pubertat comença amb secrecions hormonals que desencadenen un ràpid creixement, en les noies a partir dels 11 anys i en els nois a partir dels 13 anys. Durant aquest procés, es desenvolupen els caràcters sexuals primaris (maduració dels òrgans reproductors, ovaris i testicles) i els caràcters sexuals secundaris (trets no reproductors). Mentre que en ambdós sexes apareix el borrisol púbic i axil·lar, la gran diferència és que en les noies es produeix un augment en la grandària dels pits i els malucs i en els nois apareix el borrisol facial i la veu més greu.

Figura 2. Estadis puberals en la dona. Adaptada de Muñoz et al.⁴

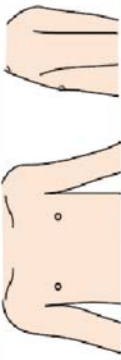
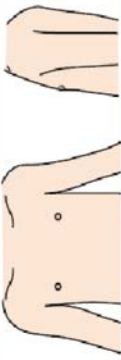
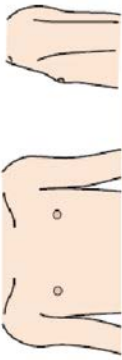
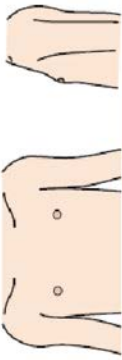
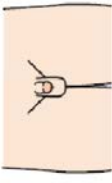
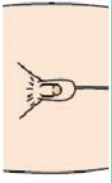
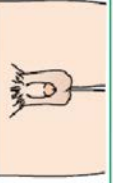
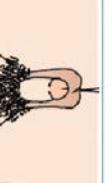
Estadio de Tanner	Desarrollo mamario en la mujer durante la pubertad, según Estadios de Tanner		Edad biológica
Grado 1			< 10 años 6 meses
Grado 2			10 años y 6 meses
Grado 3			11 años
Grado 4			12 años, si no hay menarquia
Grado 5			12 años y 8 meses

Figura 3. Estadis puberals en l'home. Adaptada de Muñoz et al.⁴

Estadio de Tanner	Desarrollo genital en el hombre durante la pubertad, según Estadios de Tanner		Edad biológica
Grado 1		Los testículos tienen un volumen menor a 4 cc, escroto y pene tienen características infantiles.	< de 12 años
Grado 2		El pene no se modifica, mientras los testículos aumentan ligeramente de tamaño alcanzando un volumen testicular de 4 a 8 cc, la piel del escroto se enrolla y se modifica su estructura haciéndose más laxa.	12 años
Grado 3		Se inicia el crecimiento del pene en longitud, los testículos tienen un volumen entre 6 y 12 cc y el escroto está más laxo.	12 años 6 meses
Grado 4		Hay mayor crecimiento del pene, con aumento de su diámetro y desarrollo del glándulo, los testículos están entre 15 y 20 cc y el escroto está más desarrollado y pigmentado.	13 años 6 meses
Grado 5		Los genitales tienen forma y tamaño semejantes a los de un adulto. Volumen testicular promedio de 25 cc.	14 años 6 meses

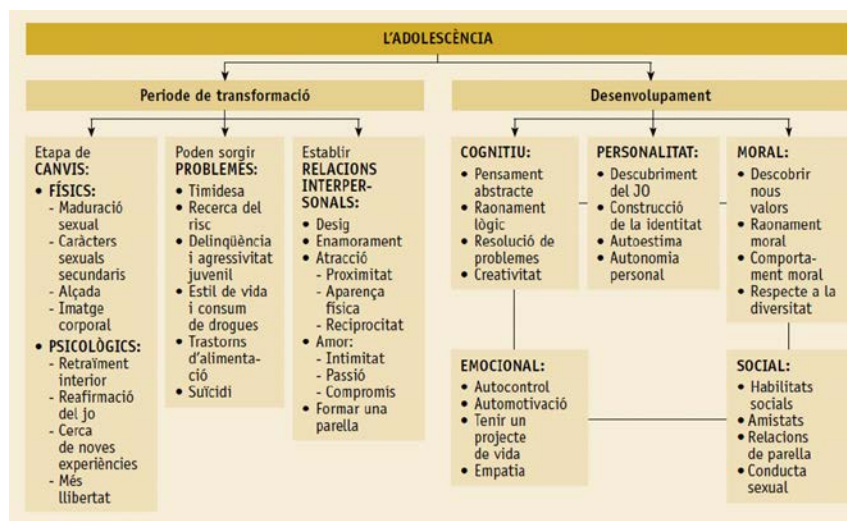
La pubertat pot determinar-se amb senyals objectius: en les noies apareix la menstruació, que indica la maduració sexual de la dona, i en els nois el borrisol púbic i la capacitat d'ejaculació.

6.2.3.2. Psicològics

Canvis lingüístics, cognitius i emocionals

L'adolescència és una fase de **reafirmació del jo**, l'individu pren consciència de si mateix i adquireix més control emocional. En aquesta etapa es produeix un desig d'assolir més independència i llibertat. L'adolescent vol més **autonomia** i busca noves experiències, perd la confiança bàsica en la família, cosa que fa que se senti estrany i angoixat en un món amb el qual no se sent plenament identificat.

Figura 4. L'adolescència: període de transformació i desenvolupament⁵



6.2.3.3. Socials

Canvis als rituals, identitaris, sentit de pertinença, vincles propers i relacions íntimes

La identificació dels joves com a grup psicosocial, encara que molt heterogeni, permet parlar avui d'una cultura juvenil.

Els adolescents, a més d'afrontar els canvis físics i psicològics, necessiten desenvolupar les seves capacitats intel·lectuals, morals i emocionals, ser conscients de les creences i idees irracionals que els impedeixen adaptar-se a l'entorn, i millorar les seves habilitats socials.

6.2.4. Atenció als adolescents a la consulta d'atenció primària

Quan parlem d'adolescents i joves estem abordant una realitat molt diversa i heterogènia que té a veure amb l'edat, el sexe, l'entorn socioeconòmic o l'ocupació, però també amb l'espai geogràfic, l'hàbitat, les condicions familiars, l'entorn cultural, etc.

Per tant, quan parlem de promoció, prevenció i atenció sanitària en adolescents hem de partir d'una perspectiva integral, abastant les diferents àrees del desenvolupament saludable de la població jove.

Els joves no solen acudir a la consulta d'atenció primària, ja que habitualment estan sans i no solen tenir percepció del risc en les seves conductes. És per això que davant qualsevol consulta per part de l'adolescent, a més de solucionar el seu problema, s'ha d'aprofitar per realitzar la detecció de factors de risc i prevenció i promoció de la salut.

Quan en la consulta a demanda es pot dedicar poc temps a l'adolescent, és convenient derivar-lo a la consulta programada. Les guies de pràctica clínica d'atenció primària, tant nacionals com internacionals (American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians), recomanen realitzar revisions als adolescents de manera periòdica (anual o cada dos anys).

L'examen de salut de l'adolescent s'estructura en: entrevista clínica, exploració física i activitats preventives.

Segons el Programa d'Activitats Preventives i de Promoció de la Salut (PAPPS) s'hauria d'incidir en els següents punts:^{6,7}

- Consum de tabac, alcohol o altres drogues.
- Embaràs i infeccions de transmissió sexual (ITS).
- Detecció i registre del risc d'accidents domèstics, esportius i en vehicles de motor.
- Alimentació.
- Exercici físic.
- Salut bucodental.
- Protecció solar.
- Prevenció cardiovascular.

Actualment és en els instituts i col·legis on es realitzen la major part dels programes d'educació per a la salut, sobretot en temes de prevenció de drogodependència i educació sexual. No obstant això, la prevenció i promoció de la salut de l'adolescent entra dins de les competències de les infermeres de pediatria i adults i s'ha d'aprofitar qualsevol ocasió per insistir en aquests temes.⁵

6.2.5. Atenció als adolescents als centres educatius

Amb l'objectiu de millorar la salut dels adolescents, l'any 2004, el Departament de Salut amb l'Agència de Salut Pública de Catalunya a través dels centres d'atenció primària de salut creen el programa «Salut i Escola» perquè els joves puguin assessorar-se sobre temes relacionats amb la salut dins del mateix centre docent mitjançant la consulta oberta.⁸

El programa «Salut i Escola» (PSiE) té com a objectiu millorar la salut dels adolescents mitjançant accions de promoció de la salut, de prevenció de les situacions de risc i d'atenció precoç per als problemes relacionats amb la salut mental, la salut afectiva i sexual, el consum de drogues, alcohol i tabac, en col·laboració amb els centres educatius i els serveis de salut comunitària presents en el territori.

Els eixos fonamentals d'actuació del PSiE són la salut mental, la salut afectiva i sexual, la violència i els maltractaments segons gènere, els hàbits de salut (consum de tabac i altres drogues, altres addiccions, exercici físic, dieta, etc.) i els trastorns de la conducta alimentària.

Una de les principals línies d'actuació d'aquest programa és el servei Consulta Oberta, que implica el desplaçament periòdic de professionals d'infermeria als centres docents per afavorir l'accessibilitat dels adolescents a l'atenció sanitària amb garanties de privacitat, confidencialitat i proximitat.

6.2.6. Aspectes clau

L'adolescència és una etapa amb molts canvis que afectarà l'evolució de la persona cap a l'etapa adulta. Disposem de diversos programes per tal d'acompanyar l'adolescent en aquesta etapa i fer promoció de la salut, prevenció de la malaltia i detecció precoç, com són el PAPPS i el programa «Salut i Escola».

Bibliografia

1. Organización Mundial para la Salud (OMS). Salud para los adolescentes del mundo [Internet]. Ginebra: WHO; 2014. [Consultat el 12 de juliol de 2021]. Disponible a: https://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf
2. Cravens H. The historical context of G. Stanley Hall's Adolescence (1904). *Hist Psychol.* 2006; 9 (3): 172-185. DOI: 10.1037/1093-4510.9.3.172.
3. The Institute of Intercultural Studies Inc [Internet]. The Margaret Mead Centennial. MARGARET MEAD AN ANTHROPOLOGY OF HUMAN FREEDOM, 2001. [Consultat el 12 de juliol de 2021]. Disponible a: <http://www.mead2001.org>
4. Muñoz MT, Pozo J. Pubertad normal y sus variantes. *Pediatr Integral.* 2011; XV (6): 507-518.
5. McGraw-Hill Education. L'adolescència [Internet]. [Consultat el 12 de juliol de 2021]. Disponible a: <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448181492.pdf>
6. Esparza MJ, Colomer J, Soriano FJ, grupo PrevInfad. Manual de trabajo del grupo PrevInfad / PAPPS Infancia y Adolescencia. A: Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [Internet]. Actualizat gener de 2017. [consultat el 12 de juliol de 2021]. Disponible a: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_manual_trabajo.pdf
7. Pérez A. Guía de atención al adolescente [Internet]. Granada: Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria; 2015. [Consultat el 12 de juliol de 2021]. Disponible a: <https://www.samfyc.es/pdf/GdTAdol/2015009.pdf>
8. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Programa Salut i Escola. Guia d'implantació [Internet]. Barcelona: Departament de Salut; 2008. [Consultat el 12 de juliol de 2021]. Disponible a: https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/infancia-i-adolescencia/03salut-i-escola/guia-implementacio-salutescola.pdf

6.3.

Atenció a l'adulesa

M. CARMEN MALAGÓN, MARTA ROQUETA

6.3.1. Introducció

L'adulesa és l'etapa més extensa de la vida de la persona. Comprèn un període de temps on intervenen factors biològics, psicològics, emocionals, espirituals i socials que interaccionen i condicionen el desenvolupament de la persona durant la seva joventut i la seva maduresa. Cada persona té un desenvolupament vital únic. Hi ha consens en la majoria de societats occidentals que l'adulesa va dels 18 als 65 anys. Segons les ciències socials es classifica en dues etapes: la persona adulta jove, entre els 19 i 25 anys i la persona adulta madura, entre els 26 i 65 anys. Aquesta classificació concorda també amb l'acceptació de la comunitat científica que la màxima capacitat física de la persona s'assoleix al voltant dels 25 anys.¹

6.3.2. La infermera comunitària en la cura de la persona adulta

Durant aquesta etapa de la vida, les persones realitzen gran nombre d'activitats socials, assumeixen responsabilitats cíviques i legals i tenen vivències i experiències molt diverses. És un període ple d'oportunitats per créixer i desenvolupar-se, segons les ciències psicològiques es considera una etapa productiva i de transició per l'individu.² També durant l'adulesa es desenvolupen les capacitats per establir i mantenir els vincles familiars i les relacions socials. L'adulesa madura és una etapa de crisis existencials, ja que el que es considera la meitat de la vida arriba en aquesta etapa. És un temps de cerca, de reflexió i avaluació del que la persona ha aconseguit.^{1,2} Amb relació a la biologia, l'adulesa jove és una etapa de màxima capacitat física i

l'organisme funciona al seu màxim rendiment i en plena etapa reproductiva, fet que incrementa els canvis de rol de la persona, tant dels homes com de les dones. En l'adulthood madura, s'inicien els canvis biològics i fisiològics de l'envelliment de les cèl·lules i els teixits; tot i això, l'adaptació de l'organisme és lenta i els canvis no tenen afectació a les capacitats físiques de la persona fins entrar en l'etapa de l'adulthood gran (més de 65 anys).³ En el cas de les dones, durant l'etapa de la maduresa pateixen canvis hormonals fisiològics que els determinen un canvis en l'estil de vida, a més dels canvis de rols de la mateixa etapa, com la finalització de l'etapa laboral i l'assoliment del canvi de rols dins de la unitat familiar.³

Amb relació a l'assistència a la persona, la família i la comunitat, la infermera, des d'una perspectiva salutogènica,^{3,4} acompanya les persones durant aquesta etapa de la vida, identificant els actius en salut que poden utilitzar per augmentar el seu benestar i la seva qualitat de vida present i futura. Acompanya, en totes les decisions que involucrin a la salut, des de una visió integradora de la persona, com per exemple decisions relacionades amb els hàbits saludables i l'estil de vida, el seguiment de les activitats preventives de malalties prevalents durant aquesta etapa, la salut afectiva i reproductiva, l'atenció durant l'embaràs i el puerperi, l'afrontament de les responsabilitats familiars, i la promoció de les relacions personals i íntimes saludables, etc. La infermera dona l'assistència sanitària relacionada amb la planificació de les cures quan les persones es troben en situació de malaltia. En aquestes situacions, també ha de promoure la màxima autonomia i empoderament i respectar les decisions que pren la persona amb relació als tractaments i règims terapèutics, entre altres. La infermera fomenta l'alfabetització en salut de les persones dins el sistema sanitari en l'etapa de l'adulthood.

Quant a la recerca, la infermera ha de donar respostes als interrogants en la cura de les persones en aquesta etapa de la vida. Cercar la manera d'empoderar les persones, les famílies i les comunitats per gestionar la pròpia salut, promocionar l'adherència als hàbits saludables i els estils de vida que demostrin efectivitat en l'envelliment actiu i saludable, així com cercar noves maneres de cuidar en moments de fragilitat, en persones amb patologies cròniques greus, com les oncològiques, i que es troben al final de la seva vida durant aquesta etapa. Proporcionar estratègies per millorar la cura i l'afrontament de la malaltia per part de la persona i de les persones cuidadores és un repte en recerca.

La promoció de la salut de les persones en l'etapa adulta és un pilar i una oportunitat per l'atenció primària de salut. Cal considerar que la promoció de la salut no només es porta a terme en persones, famílies o comunitats sense patologies, sense signes ni símptomes, sense manifestacions de dependència de

les seves necessitats biopsicosocioespirituals, sinó que s'ha de promocionar el benestar de les persones en qualsevol de les situacions de patologia, fragilitat i dificultats que es visquin.^{4,5} Partint d'un concepte de *salut positiva*, posant la persona al centre i amb una mirada infermera integral.

Per tal de concretar la promoció de la salut i la prevenció de les malalties més prevalents en les persones en edat adulta, la infermera disposa del Programa d'activitats preventives i de promoció de la salut (PAPPS) creat 1988.⁶ Els impulsors del PAPPS es van inspirar en els programes de prevenció *Canadian Task Force on Preventive HealthCare* (1978)⁷ i *United States Preventive Services Task Force* (1984).⁸ El programa està finançat per la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria semFYC (Espanya). Des de l'inici, el PAPPS ha incorporat el programa d'activitats preventives i de promoció de la salut de la població, basant-se en l'evidència científica, ha informat dels recursos disponibles i dels resultats de les avaluacions de les activitats preventives en atenció primària i ha fomentat la formació i la recerca sobre la prevenció. El PAPPS també fomenta en el ciutadà una major responsabilitat sobre la cura de la seva pròpia salut, i la col·laboració amb altres societats científiques per generar i difondre recomanacions consensuades. Permet posar en marxa recerques que avaluen els resultats en salut de les diferents recomanacions que integra. Concretament, el PAPPS proposa un recull de recomanacions d'activitats de promoció de la salut i preventives de les patologies més prevalents, que revisa cada 2 anys per tal de donar la màxima qualitat assistencial.⁶

Per altra banda, el procés assistencial de l'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) a la xarxa d'atenció primària es coordina a partir de l'Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària (ENAPISC), que té per missió integrar els determinants socials a l'atenció primària i assegurar els drets sexuals i reproductius de la població,⁹ la qual cosa es va impulsar el 1985 des del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i que en l'actualitat és regulat per la Llei Orgànica 2/2010 del 3 de març.¹⁰

6.3.3. Eixos de l'assistència a la persona adulta

Segons el Ministeri de Sanitat d'Espanya, l'atenció a la persona en edat adulta comprèn, en general, la valoració de la salut i dels factors de risc, els consells sobre estils de vida saludables, la detecció dels problemes de salut i valoració del seu estadi clínic, la captació de la persona per al seguiment clínic adequat a la seva situació, l'atenció i seguiment de persones amb polimediació i amb pluripatologia, i la informació i consell sanitari sobre la seva malaltia i les cures necessàries a la persona atesa i a la persona cuidadora, si s'escau.¹¹ Des

de la perspectiva salutogènica i posant a la persona al centre de l'atenció, és necessari valorar també els factors protectors de la salut en aquesta etapa de la vida i les preferències de les persones amb relació a la seva salut. L'atenció a la persona adulta també incorpora el PAPPS amb les recomanacions per la promoció dels estils de vida,¹² i la prevenció de la patologia cardiovascular,¹³ el càncer,¹⁴ les malalties infeccioses,¹⁵ la salut mental¹⁶ i les recomanacions específiques per la salut de la dona.¹⁷

Concretament, en primer lloc, en relació amb l'atenció sanitària a persones amb problemes de salut crònics més prevalents, es porten a terme els protocols d'atenció a persones amb diabetis mellitus, incloent el subministrament del material necessari per al control de la seva malaltia; persones amb malaltia pulmonar obstructiva crònica i asma bronquial; persones amb hipercolesterolèmia; persones amb hipertensió arterial; persones amb insuficiència cardíaca crònica; persones amb cardiopatia isquèmica; persones amb obesitat; persones amb problemes osteoarticulars crònics o dolor crònic muscular i esquelètic.

En segon lloc, amb relació a l'atenció a persones amb VIH + i malalties de transmissió sexual, l'objectiu és contribuir al seguiment clínic i millora de la seva qualitat de vida i evitar les pràctiques de risc.

En tercer lloc, l'atenció domiciliària a persones immobilitzades, comprèn: valoració integral de les necessitats, incloent les causes de la seva immobilització; l'establiment d'un pla de cures infermer, que inclogui mesures preventives, instruccions per al correcte seguiment del tractament, recomanacions higièniques i dietètiques, control dels símptomes i cures generals, així com la coordinació amb els serveis socials; l'accés a les proves i procediments diagnòstics que no es poden dur a terme en el domicili de la persona atesa; la realització i seguiment dels tractaments o procediments terapèutics que es necessiti; la informació i assessorament a les persones vinculades a la persona atesa, especialment a la persona cuidadora principal.

En quart lloc, amb relació a l'atenció a persones amb conductes de risc, compren: l'atenció a persones amb addicció al tabac i suport a la deshabituació. Inclou la valoració de la persona fumadora, la informació sobre riscos, el consell d'abandonament i el suport sanitari i, si escau, la intervenció amb ajuda conductual individualitzada; l'atenció a la persona que consumeix alcohol, que inclou la detecció i quantificació del consum i freqüència de la ingesta, la valoració de la dependència, el consell de limitació o eliminació de consum, la valoració de patologies provocades pel consum i l'oferta d'assistència sanitària per abandonament en cas necessari; i l'atenció a altres conductes relacionades amb addiccions, que inclou la detecció, l'oferta de suport sanitari especialitzat, si cal, per abandonament de la dependència i la prevenció de malalties associades.

En cinquè lloc, amb relació a la detecció precoç i abordatge integrat dels problemes de salut derivats de les situacions de risc o exclusió social, com a menors en acollida, minories ètniques, immigrants o altres.

En sisè lloc, amb relació als serveis específics d'atenció a la dona, coordinada des de la xarxa d'ASSIR.⁹ Es recomana una atenció integral d'homes i dones, amb perspectiva de gènere, per integrar tots els col·lectius, tot i que l'ASSIR als seus inicis es centrava en l'atenció exclusiva a les dones. Els serveis de l'ASSIR inclouen: l'atenció de la salut i els drets sexuals reproductius amb orientació i assessorament reproductiu; la detecció de grups de risc i diagnòstic precoç de càncer ginecològic i de mama de manera coordinada i protocol·litzada amb atenció especialitzada, segons l'organització del corresponent servei; la planificació familiar i l'atenció a la infertilitat, la prevenció i atenció a les infeccions de transmissió sexual (ITS) i sida; l'atenció a la maternitat i la paternitat, l'embaràs i el puerperi, amb el seguiment de l'embaràs normal, de manera coordinada i protocol·litzada amb l'atenció especialitzada, segons l'organització del corresponent servei de salut; l'educació maternal, on s'inclou la promoció de la lactància materna, la prevenció de la incontinència urinària i la preparació al part; la visita puerperal en el primer mes del postpart per la valoració de l'estat de salut de la dona i del nou-nat; la prevenció de les violències masclistes segons el protocol establert; la prevenció, detecció i atenció a la dona durant el climateri; l'atenció afectiva, sexual i el benestar emocional amb una sexualitat plaent, integrant a tots els col·lectius: joves, amb diversitat sexual i de gènere i discapacitat funcional.

Aquesta atenció que realitza la infermera des de l'atenció primària de salut ha de tenir un enfocament de salut positiva. Això implica que, sense deixar d'atendre la patologia de la persona, la mirada de la infermera ha de cercar, juntament amb la persona, la família o la comunitat atesa, quins actius (recursos) es poden utilitzar en la situació de malaltia o dificultat que es viu per afrontar amb el màxim nivell de benestar la situació concreta.

6.3.4. Aspectes clau de present i futur en l'assistència

Els aspectes clau de present i futur en l'atenció en l'etapa adulta de les persones des de la perspectiva de la salut comunitària són:¹⁸

- La **incorporació del Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS)** dins el desenvolupament de la humanitat inclou la perspectiva de salut sostenible i el concepte de *salut planetària*, que són perspectives

que han de basar les decisions en relació amb l'assistència sanitària d'atenció primària. L'equitat en salut és un objectiu també per assolir: que les persones puguin arribar al màxim de salut i benestar possible independentment de qualsevol condicionant social i econòmic. L'equitat en salut suposa que els recursos siguin assignats segons les necessitats en un sistema de salut públic i universal equitatiu, accessible, gratuït i de qualitat.

- **La prevenció i control de malalties anomenades no transmissibles o malalties cròniques** és un dels reptes que té per endavant la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia. Aquestes malalties són de causa multifactorial i algunes són ambientals i conductuals, factors modificables a treballar des de la perspectiva infermera. La promoció de la salut, la prevenció i la cura de les persones amb malaltia cardiovascular, oncològica, diabetis i malaltia respiratòria crònica són un dels principals reptes per la infermeria comunitària.
- Una aspecte a treballar és la **indicació d'un paquet mínim d'intervencions de promoció i preventives**. La limitació de recursos i el temps entre ells, fa que sigui important una reflexió sobre quines són aquelles activitats de promoció i preventives que demostrin una major influència en la salut de les persones i destinar els recursos a consensuar-les perquè arribin a tota la població.
- Un altre repte per endavant de la infermeria comunitària és el **fonament de la prescripció social**. Aquesta permet a la infermera oferir recursos no clínics a les persones per millorar el seu benestar, enfortir la xarxa social i aconseguir resultats evidenciats en la seva salut.
- Fomentar la **presa de decisions compartides** amb les persones ateses és una transformació actual i necessària de l'assistència sanitària. Empoderar les persones, assegurar que entenen i comprenen la informació per poder prendre decisions sobre la seva salut, amb el suport de la infermera, és del tot necessari per donar resposta al context present i futur. D'aquesta manera també s'incentiva **l'autogestió de la salut i l'autocura** en la malaltia de les persones, famílies i comunitats.
- Incloure **perspectiva i diversitat de gènere** en atenció de la salut de la persona en l'etapa adulta de la vida per donar una assistència de qualitat i inclusiva que doni respostes a les necessitats i preferències actuals de la societat, i promoure estils de vida saludables a tots els col·lectius, detectant situacions de risc de violència o discriminació/exclusió.

Bibliografia

1. Berger K, Thompson RA. Psicología del desarrollo: adultez y vejez. 9a ed. Madrid: Editorial Panamericana, S.A.; 2016.
2. Crain W. Theories of development: concepts and applications. Boston: Pearson; 2011.
3. Malagón MC, Roqueta M, Reig G. La salut al llarg de la vida des de la perspectiva infermera centrada en la persona. Girona: Universitat de Girona, Servei de Publicacions; 2021.
4. Lindström B, Eriksson M. Salutogenesis. J Epidemiol Community Health. 2005; 59 (6): 440-442.
5. Lindström B, Eriksson M. Guía del autoestopista salutogénico: Camino salutogénico hacia la promoción de la salud. Girona: Documenta Universitaria; 2011.
6. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Actualización 2018. Aten Primaria. 2018; 50 (S1): 1-152.
7. Canadian Task Force on Preventive Health Care [Internet]. Canadá: Canadian Task Force on Preventive Health Care; c2019 [consultat el 20 maig de 2021]. Disponible a: <https://canadiantaskforce.ca/>
8. United States Preventive Services Task Force (USPSTF) [Internet]. EUA: United States Preventive Services Task Force; c2020 [consultat el 20 maig de 2021]. Disponible a: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org>
9. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. El procés assistencial de l'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) a la xarxa d'atenció primària [Internet]. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2019 [consultat el 19 maig de 2021]. Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Plans-sectorials/Pla-primaria-salut-comunitaria-enapisc/comissions-tecniques/assir-enapisc.pdf
10. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo [Internet]. BOE, núm. 55 (04-03-2010) [consultat el 19 maig de 2021]. Disponible a: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2>
11. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social [Internet]. Salud Pública. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social, [consultat el 20 maig de 2021]. Disponible a: <https://www.msccs.gob.es/profesionales/saludPublica/home.htm>
12. Córdoba R, Camarelles F, Muñoz E, Gómez JM, San José J, Ramírez JI, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2020. Aten Primaria. 2020; 52 (S2): 32-43.
13. Orozco-Beltrán D, Brotons C, Alemán JJ, Banegas JR, Cebrián-Cuenca AM, Gil VF et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPS 2020. Aten Primaria. 2020; 52 (S2): 5-31.
14. Marzo M, Vela C, Bellas B, Bartolomé C, Ginés Y, Melús E. Grupos de expertos de Cáncer del PAPPS. Recomendaciones de Prevención del Cáncer. Actualización PAPPS 2020. Aten Primaria. 2020; 52 (S2): 44-69.

15. Schwarz G, Sánchez C, Moreno N, Morató ML, Martín S, Javierre AP et al. Prevención de las enfermedades infecciosas. Actualización en vacunes, 2020. Aten Primaria. 2020; 52 (S2): 70-92.
16. Fernández MC, Buitrago F, Ciurana R, Chocrón L, Garcí J, Montón L, Tizón JL. Prevención de los trastornos de la salud mental. Actualización PAPPS 2020. Aten Primaria. 2020; 52 (S2): 52-56.
17. López A, Baeyens J, Bailón E, Iglesias MJ, Ortega A, Alonso P et al. Actividades preventivas en la mujer. Actualización PAPPS 2020. Aten Primaria. 2020; 52 (S2): 125-148.
18. Camarelles F. La prevención y la promoción de la salud en tiempos de cambio. Aten Primaria. 2020; 52(S2): 1-2.

6.4.

Atenció a l'envelliment

CRISTINA BOSCH, SERGI BLANCAFORT

6.4.1. Introducció

L'envelliment global representa un repte de salut pública.¹ Segons Nacions Unides, l'any 2050 el 16 % de la població mundial tindrà més de 65 anys. De tots els continents, Europa és el que té la població més envellida i amb un índex de dependència de la gent gran més elevat.² Destaca una intensificació i feminització de l'envelliment.^{2,3} Les principals causes del fenomen de l'envelliment són la disminució de la natalitat i l'augment de la longevitat. L'any 2018 l'esperança de vida a Espanya era de 83,2 anys (85,9 anys en dones i 80,5 anys en homes).³ A Catalunya, les projeccions estimen que la població major de 65 anys continuarà augmentant, de manera que l'any 2030 hi haurà una població amb un 22,3 % de persones majors de 65 anys. En paral·lel, Catalunya es troba entre les regions europees amb un percentatge de sobreenvelliment més elevat, produint-se una eclosió de la població nonagenària i centenària. L'any 2030 tres de cada deu majors de 65 anys tindran 80 o més anys, per tant, l'índex de dependència de la gent gran creixerà progressivament arribant a un 34,5. Pel que fa a la feminització de l'envelliment (més notable entre majors de 80 anys), continuarà existint, però la seva intensitat es moderarà com a conseqüència de la millora de l'esperança de vida, també en homes.⁴

6.4.2. L'envelliment saludable: marc conceptual

L'envelliment de la societat reflectit en les dades epidemiològiques comporta importants conseqüències en un nombre ampli d'àrees com el mercat laboral, les pensions, les provisions de salut i els serveis socials.² Per tant, arribar a la

vellesa amb la millor salut possible és crucial per aconseguir un desenvolupament sostenible. En aquesta línia, en els darrers temps, s'ha produït una conscienciació creixent del fenomen de l'envelliment i dels seus efectes, que ha merescut un seguit d'iniciatives internacionals dirigides a donar resposta a aquest repte global. Entre elles, l'Estratègia i pla d'acció mundials sobre l'envelliment i la salut⁵ proclama la necessitat d'una resposta integral i urgent per fomentar l'envelliment saludable (ES). Fruit d'aquesta estratègia, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) impulsa la Dècada de l'Envelliment Saludable (2021-2030) amb l'objectiu d'optimitzar la capacitat funcional de les persones grans.⁶ Aquesta dècada constitueix un marc d'acció de salut pública que ofereix l'oportunitat d'unir els governs i els diferents actors al voltant de deu anys d'acció concertada, catalitzadora i de col·laboració per millorar les vides de la gent gran, les seves famílies i les comunitats en què viuen.⁶ En la declaració s'ha proposat: impulsar el canvi de la manera de pensar, sentir i actuar en relació amb l'edat i l'envelliment; garantir que les comunitats fomentin les capacitats de les persones grans; proporcionar atenció integrada i centrada en la persona que respongui a les necessitats de la gent gran; i proporcionar accés a l'atenció a llarg termini quan les persones grans ho necessitin.⁶

Molts dels problemes de salut més rellevants estan subjectes a la influència dels determinants socials de la salut substancialment modificables per l'acció política. Junts, els condicionants i les condicions estructurals de la vida quotidiana constitueixen els determinants socials de la salut i provoquen gran part de la desigualtat en salut.⁷ Diferents comissions europees i estatals alerten que entre països i dins d'ells s'observen desigualtats socials en la salut de la ciutadania, que es deriven principalment de les condicions en les quals les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen.⁸ La reducció de les desigualtats és un imperatiu ètic. Cal abordar els desavantatges produïts per l'impacte acumulatiu dels determinants i treballar per mantenir trajectòries òptimes de capacitat funcional al llarg de la vida i en edats més avançades.⁹

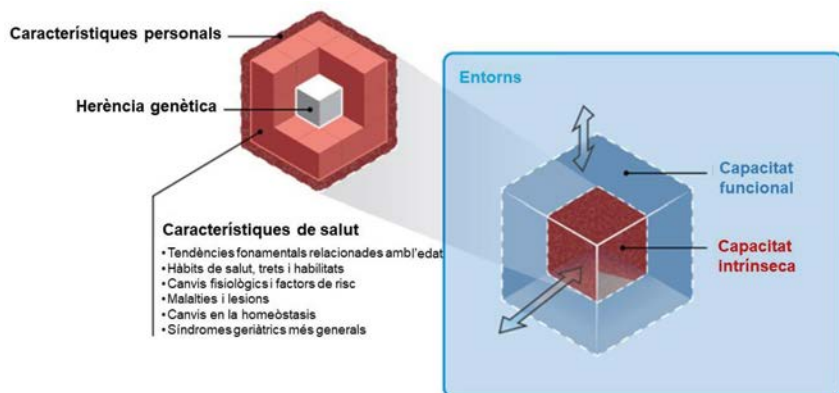
L'OMS defineix l'ES com el procés de fomentar i mantenir la capacitat funcional que permeti el benestar a la vellesa.¹⁰ La capacitat funcional consisteix a tenir els atributs que permeten a totes les persones ser i fer el que per a elles és important, i inclou:

1. capacitat per cobrir les necessitats bàsiques;
2. capacitat per aprendre, créixer i decidir;
3. capacitat per moure's;
4. capacitat per construir i mantenir relacions; i
5. capacitat de contribuir a la societat.⁶

Entenent que la capacitat funcional ve determinada per la capacitat intrínseca (CI) de la persona (capacitats físiques, mentals i psicosocials), l'entorn (físic,

social i normatiu) i la relació entre tots dos (figura 1).¹⁰ Per tant, l'optimització de la capacitat funcional és clau en l'ES.⁶

Figura 1. Envel·liment saludable¹⁰



6.4.3. Atenció integrada i centrada en les persones grans: el nou model de l'OMS

El model de l'OMS centrat en la preservació de la capacitat funcional inclou una nova estratègia (*Integrated Care of Older People, ICOPE*)¹¹ que estableix com a element central la mesura de la capacitat intrínseca. Aquesta estratègia inclou cinc passos que impliquen diferents sistemes i nivells d'atenció i que tenen com a finalitat cobrir les necessitats de salut i socials de les persones grans. El primer pas de l'estratègia pretén identificar pèrdues o dèficits en algun dels dominis de la CI mitjançant la utilització d'un instrument ràpid i breu de cribratge. Aquestes possibles pèrdues han de ser confirmades en el segon pas mitjançant exploracions complementàries que permeten identificar els factors o problemes de salut associats. El tercer pas consisteix en el disseny d'un pla d'atenció integrat dirigit a la implementació d'intervencions que promoguin la millora i el manteniment de la CI, fixant i prioritzant objectius en funció de les necessitats i les preferències de la persona. El quart pas preveu la derivació i el seguiment del pla d'atenció a través dels serveis de salut especialitzats i finalment, el cinquè pas té com a finalitat oferir suport a les persones cuidadores i facilitar informació sobre els actius de salut que facilitin la participació de les persones grans en els recursos comunitaris que estiguin al seu abast.

En relació amb el primer pas, una de les iniciatives impulsades per l'OMS per tal de facilitar la implementació de l'estratègia ICOPE a la comunitat és una *App* gratuïta i disponible en dispositius Android i IOS.¹² Aquesta eina permet a les persones grans fer una valoració de la CI de forma independent o amb l'ajut d'una altra persona del seu entorn (persona cuidadora, familiar, etc.). Les dades obtingudes haurien de facilitar informació rellevant sobre possibles signes de pèrdua en algun dels dominis de la CI i generar una alerta per part de la mateixa *App* que permetria una detecció precoç per part de professionals d'atenció primària en situacions de prefragilitat, i per tant la possibilitat d'anticipar-se a possibles esdeveniments adversos (per exemple: caigudes, discapacitat, institucionalització, pèrdua de qualitat de vida, mortalitat).

6.4.4. El manteniment de la capacitat intrínseca i les intervencions multicomponent

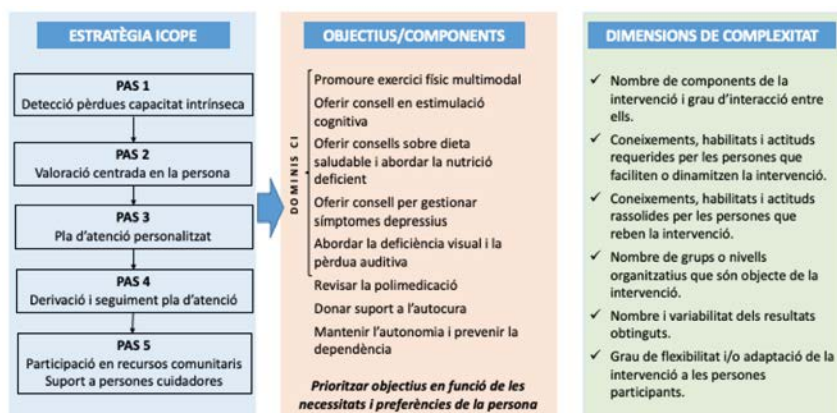
Les funcions corporals que contribueixen a la definició de la CI s'estructuren en cinc dominis: cognitiu, mobilitat, vitalitat (que aborda la nutrició deficient), psicològic i sensorial (que inclou les capacitats visual i auditiva).¹³ Les intervencions que poden ser efectives en el manteniment de la CI en persones grans fràgils són múltiples. Tanmateix, la que ha demostrat ser més efectiva en l'abordatge de les situacions de fragilitat és l'activitat física estructurada i adaptada que incorpori exercicis de força, flexibilitat i equilibri, en el cas d'haver-hi risc de caigudes. Els beneficis de l'exercici físic estan associats a una disminució del risc de mortalitat, malalties cròniques, institucionalització i deteriorament cognitiu i funcional.¹⁴ Considerant que l'eficàcia de l'exercici físic està relacionada amb l'adherència a la intervenció, seria d'interès incorporar estratègies de canvi de comportament que puguin facilitar l'adopció i el manteniment d'estils de vida saludables, i avaluar el seu impacte en el manteniment i la millora de la capacitat funcional a llarg termini.

D'altra banda, i atès que la majoria de les condicions associades amb les pèrdues de CI comparteixen sovint els mateixos determinants fisiològics i conductuals, les intervencions poden tenir un impacte positiu en diferents dominis. Per tant, cal considerar l'efecte sinèrgic que pot tenir la implementació d'intervencions grupals que abordin de manera simultània diferents dominis de la CI mitjançant abordatges multicomponent.¹¹

En el disseny d'aquestes intervencions cal considerar les metodologies per descriure i avaluar intervencions complexes de promoció de la salut.¹⁵ La figura 2 mostra els objectius de l'estratègia ICOPE i les dimensions de complexitat que

cal considerar en l'abordatge de pèrdues de la capacitat intrínseca mitjançant intervencions multicomponent. Entre les diferents dimensions de complexitat s'hi inclouen aspectes com el perfil i les característiques de les persones que faciliten i reben la intervenció, la heterogeneïtat d'objectius i resultats esperats, el grau de flexibilitat o adaptació, i el nombre de components actius de la intervenció i com interactuen entre ells.

Figura 2. Objectius de l'estratègia ICOPE i dimensions de complexitat en l'abordatge de pèrdues de la capacitat intrínseca mitjançant intervencions multicomponent



Font: elaboració pròpia a partir de^{11,15}

En conclusió, es promou una atenció integrada i centrada en les persones grans, enfocada a preservar la capacitat física i mental a mesura que s'envelleix; que també contempli canvis als entorns (habitatge, transport, espais públics, etc.) perquè siguin accessibles i donin suport a les persones grans amb necessitats i capacitats diferents.¹⁰ La finalitat és garantir que totes les persones puguin realitzar el seu potencial amb dignitat i igualtat i en un entorn saludable. L'objectiu ja no és tenir la màxima longevitat, sinó augmentar l'esperança de vida de les persones grans amb salut i qualitat de vida, afavorint que es mantinguin actives, autònomes i integrades a la societat.¹⁰

6.4.5. Aspectes clau

- L'OMS defineix l'ES com el procés de fomentar i mantenir la capacitat funcional que permeti el benestar a la vellesa i impulsa la Dècada de l'Envel·liment Saludable (2021-2030).

- L'OMS inclou l'estratègia ICOPE (*Integrated Care of Older People*), que estableix com a element central la mesura de la capacitat intrínseca amb la finalitat de cobrir les necessitats de salut i socials de les persones grans.

Bibliografia

1. Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects 2019. Highlights [Internet]. Nova York, NY: United Nations; 2019 [consultat el 5 de maig de 2021]. Disponible a: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf
2. Eurostat Statistics Explained [Internet]. Ageing Europe - statistics on population developments; 2021 [consultat el 15 d'abril de 2021]; [aprox. 3 pantalles]. Disponible a: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Ageing_Europe-statistics_on_population_developments
3. Pérez J, Abellán A, Aceituno P, Ramiro D. Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos [Internet]. Madrid: EnR? Envejecimiento en red. 2020; (25) [consultat el 15 d'abril de 2021]. Disponible a: <http://envejecimientoenred.es/un-perfil-de-las-personas-mayores-en-espana-2020-indicadores-estadisticos-basicos/>
4. Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Projeccions de població (base 2018). Principals resultats [Internet]. Barcelona: IDESCAT; 2019 [consultat el 15 d'abril de 2021]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/serveis/biblioteca/docs/cat/projb2018.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. Informe de la Secretaría [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 [consultat el 21 d'abril de 2021] Disponible a: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/blog/WHO%282016%29ProyectoA69-17AccionMultisectorialEnvejecimientoSaludablePlanAccion.pdf>
6. World Health Organization [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2021, Decade of healthy ageing: Baseline report [consultat el 15 d'abril de 2021]. Disponible a: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
7. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S, Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Lancet. 2008; 372 (9650): 1661-1669.
8. World Health Organization [Internet]. Commission on Social Determinants of Health, 2005-2008. Geneva: WHO; 2016, [Consultat el 21 d'abril de 2021]. Disponible a: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/en/
9. Beard JR, Officer AM, Cassels AK. The World Report on Ageing and Health. Gerontologist. 2016; 56 (S2): S163-166.

10. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [consultat el 18 de juny de 2019]. Disponible a: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
11. Organización Panamericana de la Salud. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care [Internet]. Suïssa: OMS; 2020 [consultat el 12 de maig de 2021]. Disponible a: <http://www.who.int/ageing/publications/icope-handbook/en/>
12. Sanchez-Rodriguez D, Annweiler C, Gillain S, Vellas B. Implementation of the Integrated Care of Older People (ICOPE) App in Primary Care: New Technologies in Geriatric Care during Quarantine of COVID-19 and Beyond. *J Frailty Aging*. 2021; 10 (2): 139-140.
13. Cesari M, Araujo I, Amuthavalli J, Cooper C, Martin FC, Reginster JY et al. Evidence for the Domains Supporting the Construct of Intrinsic Capacity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2018; 73 (12): 1653-1660.
14. Tarazona FJ, Gómez MC, Pérez P, Martínez FM, Cabo H, Tsaparas K et al. A Multicomponent Exercise Intervention that Reverses Frailty and Improves Cognition, Emotion, and Social Networking in the Community-Dwelling Frail Elderly: A Randomized Clinical Trial. *J Am Med Dir Assoc*. 2016; 17 (5): 426-433.
15. O'Cathain A, Croot L, Duncan E, Rousseau N, Sworn K, Turner KM et al. Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. *BMJ Open*. 2019; 9 (8): e029954.

VII.

Atenció a les persones amb problemes de salut

7.1.

Consideracions sobre les persones que viuen amb problemes de salut crònics

SUSANNA MANTAS, LÍDIA PORTET

7.1.1. Introducció

La I Conferència Internacional sobre Promoció de la Salut (PS), celebrada a Ottawa (Canadà) el dia 21 de novembre de 1986, va centrar l'objectiu a proporcionar un nou marc més enllà de la línia iniciada a Alma Ata l'any 1978, amb el lema «Salut per a tots l'any 2000». Aquesta conferència tenia la clara orientació d'oferir una resposta a la realitat de la nova concepció de salut pública que demandava la societat, centrant el seu objectiu en la promoció de la salut. Així, la Declaració de Ottawa sobre PS defineix la PS com el procés que consisteix a proporcionar els mitjans necessaris a les persones perquè puguin incrementar el control sobre la seva salut i així millorar-la. D'aquesta manera, la salut es pot obtenir si la persona és capaç d'identificar i satisfer les seves necessitats i adaptar-se de forma adequada a l'entorn en el que viu, en totes les etapes de la seva vida.¹

La PS se centra, no només a reforçar i incrementar el control de les persones sobre la seva salut a partir d'una major capacitat, sinó també es dirigeix a modificar les condicions socials, ambientals i econòmiques que intervenen en els determinants de la salut. És des d'aquest context i a partir dels principis postulats a la I Conferència Internacional en PS que s'aborda el present capítol sobre les consideracions de persones que viuen amb problemes de salut crònics.

La cronicitat és un dels majors reptes actuals als quals s'enfronta la societat per l'elevada taxa de morbiditat que presenta. Les persones que viuen amb problemes de salut crònics representen una elevada incidència entre la població.

Les millores en els tractaments i les tecnologies sanitàries han permès un increment substancial de l'esperança de vida de les persones amb problemes de salut crònics. Tot i que aquestes millores són benvingudes, ens aporten nous reptes quant a les cures i consideracions de la salut d'aquestes persones.²

És important posar en valor la necessitat de noves formes de treballar amb les persones, per tenir present les necessitats psicosocials i el desenvolupament propi de les persones amb problemes de salut crònics.³

L'atenció tradicional s'ha focalitzat en la identificació dels dèficits de salut i a proporcionar intervencions per resoldre aquests dèficits. Tot i la legitimitat d'aquest enfocament, és insuficient per a l'abordatge de les necessitats actuals de salut.⁴

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) anuncia que els problemes de salut crònics constitueixen actualment la principal causa de discapacitat en l'entorn europeu i, en l'actualitat, són les que demanen més recursos sanitaris. L'any 2030 es doblarà la seva incidència en persones amb més de 65 anys.⁵

Tenint en compte l'escenari de treball actual i futur, es fa necessari un replantejament per part dels professionals de la salut.

El Pla de Salut de Catalunya 2016-2020 defineix els objectius i els recursos assistencials, per tal de treballar de forma integrada, multidisciplinària i continuada. Una part important dels problemes de les persones que viuen amb problemes crònics de salut tenen una clara dimensió psicosocial. Per tant, l'atenció ha de posar el focus en la visió positiva de la salut i els seus determinants, en un *sistema centrat en la persona* i en el procés generador de salut, més enllà del problema de salut.⁶

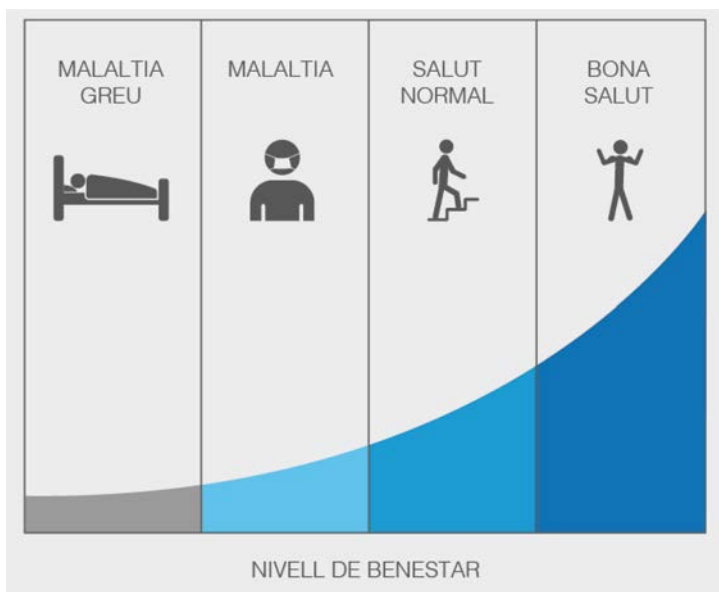
7.1.2. Salut i malaltia

La malaltia no és el contrari de la salut, ja que hi ha un continuïum entre la salut i la malaltia, l'anomenat *procés salut-malaltia*, amb diversos estadis intermedis (figura 1). Es pot donar el cas d'una persona que fa vida normal i que té problemes quant a la salut, o bé, el cas contrari, la persona que malgrat no tenir problemes de salut té importants limitacions en el seu dia a dia.⁷

La salut no fa referència només a l'absència de malestars o signes de malaltia, sinó que és quelcom molt més ric i complex. L'OMS, l'any 1946, va fer la següent definició:

«La salut és un estat de complet benestar físic, mental i social i, no només l'absència de malaltia» (OMS, 1946).

Figura 1. Continuum Salut-Malaltia⁷



Segons aquesta definició, en la salut hi intervenen els següents nivells, que cal tenir en compte:

- **Nivell físic:** fa referència a l'organisme o el propi cos, on aspectes de tipus genètic, la constitució del cos mateix, edat, gènere hi tindrien un paper clau.
- **Nivell mental:** com se sent una persona, quines creences té amb relació a la seva salut, com viu l'experiència de pèrdua de salut, etc.
- **Nivell social:** entorn mediambiental, seguir una alimentació equilibrada, tenir xarxes de suport, tenir accés a una xarxa sanitària àmplia, etc.

7.1.3. Desenvolupament del tema

Es pot entendre el problema de salut crònic com a pèrdua puntual (en aquest contínuum de salut-malaltia) del benestar físic, psíquic o social. Es considera problema de salut la sensació o presència real de trastorns biopsicosocials en una persona.

Contraure un problema de salut crònic comporta una sèrie de reaccions i canvis en la persona que seran diferents segons el moment evolutiu, les

circumstàncies personals i el tipus de malaltia. Un problema de salut crònic per definició obliga a la persona a introduir canvis en el seu estil de vida. En la vivència del problema de salut crònic hi intervenen tres elements: un subjectiu o d'experiència personal, un segon que és la demanda d'ajuda i, el tercer, l'element social i cultural.

- **L'element subjectiu** fa referència al fet que el problema de salut crònic és una experiència personal: sovint és difícil expressar de manera precisa tot el que la persona viu, i encara més, si es tracta de persones amb diversitat funcional, infants o persones amb situació de dependència.
- **La demanda d'ajut**, quan es reconeix que el que se sent i s'experimenta no es pot solucionar per un mateix.
- **L'element social i cultural** té a veure amb com les persones aprenen a conviure amb un problema de salut crònic i com són reconegudes per la societat.

Per tant, a part del diagnòstic clínic d'un problema de salut crònic, cal incloure el diagnòstic psicosocial. És a dir, tenir en compte l'anàlisi individual de la persona, es fa necessari situar a la persona en el centre d'atenció en relació amb la seva situació familiar. Avaluar els sentiments de la persona quan s'esdevé la nova situació i els de la seva família respecte el problema de salut crònic. Tanmateix, cal una valoració de les possibilitats de la persona i de la família per seguir les indicacions mèdiques i terapèutiques, de prescripció social, les característiques de l'habitatge, etc.⁸

7.1.4. Dolor i problema de salut crònic

Qualsevol problema de salut crònic acostuma a comportar dolor o malestar. Com a professionals de la salut, podem atendre a persones que conviuen amb un problema de salut crònic i que acumulen dolor. El **dolor crònic** es caracteritza per generar estrès que haurem d'ajudar a gestionar, ja que el dolor crea desesperança i malestar i interfereix significativament en la qualitat de vida de les persones, les quals necessitaran altes dosis d'equilibri mental per tal de no ser vençudes per les conseqüències emocionals derivades del dolor. L'objectiu principal serà oferir suport a la persona atesa per millorar l'acceptació i la vivència del dolor:

- Comprendre que la persona que conviu amb un problema de salut crònic en algunes ocasions sigui impacient, o bé, presenti canvis en l'estat emocional fruit del dolor, s'esdevé fonamental. Per tant, caldrà:

- Oferir suport emocional, establint una relació basada en l'empatia, càlida i comprensiva.
- Donar eines a la persona per gestionar el dolor i adaptar-se a la nova situació, a través de la relaxació, exercicis, música, etc.
- Considerar els efectes secundaris d'alguns fàrmacs que per alleugerir el dolor poden provocar somnolència en la persona, amb la consegüent pèrdua de les seves capacitats.

7.1.5. Repercussions de la persona que viu amb un problema de salut crònic i el seu entorn

És important tenir en compte que les persones que viuen amb un problema de salut crònic sovint compten amb un suport social i familiar. A la família, també, se li presentaran canvis degut al problema de salut del seu familiar:

- Els familiars també han de viure el procés d'adaptació a la nova situació, deguda al problema de salut crònic d'un i/o alguns dels seus membres, readaptant-se i passant per les mateixes fases de dol (negació, ira, negociació, depressió i acceptació).
- Caldrà incorporar nous hàbits i estratègies per cuidar el familiar, per oferir-li un entorn segur i estable, on es prioritzin noves estratègies d'afrontament actiu envers la nova situació. Des de la PS, caldrà fomentar la salut mental positiva intervenint amb l'objectiu d'incrementar el benestar emocional, la capacitat i les fortaleces, creant condicions i entorns favorables a la nova situació de vida. La salut mental positiva actua com un recurs poderós de protecció davant els problemes de salut crònics.

Les estratègies a apprehendre han de ser avaluades i ajustades segons qui sigui el familiar amb un problema de salut crònic: infants, persones amb diversitat funcional o gent gran.

7.1.6. Infància i problema de salut crònic

Cal preveure les possibles dificultats perquè l'infant sàpiga o pugui expressar amb precisió quin es el seu malestar en funció de la seva edat. Valorar també quins són els actius o recursos generals de resistència de què disposa i que seran importants per a l'adaptació a un nou context de problema de salut crònic.

La intervenció amb famílies on hi ha un infant amb un problema de salut crònic ha de **tenir en compte**:

- El suport a l'infant mateix que conviu amb un problema de salut crònic, perquè conegui la nova situació i adopti les accions d'autocura necessàries per a la seva millora.
- El suport a la família (germans, etc.): donar resposta a les seves necessitats emocionals, donar-los informació adequada a la seva edat, fer-los participants de la nova situació i empoderar-los.
- El suport als pares, acompanyant-los en l'afrontament a la nova situació i a trobar l'equilibri en el seu entorn. Empoderar-los en relació amb el problema de salut crònic, així com en l'aprenentatge de noves estratègies.⁹

7.1.7. Diversitat funcional i problema de salut crònic

Les persones amb diversitat funcional tenen major tendència a contraure més problemes de salut crònics. També poden contraure problemes de salut associats a la mateixa discapacitat. Les principals consideracions a tenir en compte són fer un bon acompanyament i donar suport a aquestes persones, en dues línies principals:

- Empoderar-los, oferir eines i estratègies perquè coneguin el seu problema de salut crònic i incorporin hàbits i estils de vida saludable.
- Oferir eines per tal d'identificar els actius en salut que tindran un efecte positiu en la gestió del problema crònic de salut.

7.1.8. Gent gran i problema de salut crònic

L'augment de l'esperança de vida, juntament amb la millora de la qualitat de vida, els avenços mèdics i els estils de vida més saludables han fet possible que la població de més edat pugui conviure amb problemes de salut crònics. La consideració més important és que, en moltes ocasions, el problema de salut pot desencadenar una pèrdua en l'autonomia i suposar l'agreujament d'una situació de dependència prèvia. Viure amb un problema de salut crònic planteja nous reptes a la persona, especialment a la població de més edat. L'objectiu és aprendre a afrontar aquests reptes i promocionar l'autocura. Entendre què li passa i *participar activament en la cura de la*

seva salut pot ajudar a afrontar aquests reptes. Serà important, en primer lloc, identificar els símptomes biològics o psicosocials que la persona percep com a amenaçadors per tal d'entendre'ls i reduir-los. En segon lloc, reforçar l'autoestima de la persona amb un problema de salut crònic, detectar i potenciar els recursos propis de la persona i enfortir la sensació de control de la nova situació. En tercer lloc, caldrà afavorir l'expressió de les emocions per aconseguir una adaptació i acceptació de la situació. Per últim, oferir-li suport social, vetllar perquè la persona tingui bon suport emocional del seu entorn immediat.

7.1.9. Aspectes clau

Des del model d'atenció integral centrat en les persones, promocionar l'autocura de les persones amb problemes de salut crònics esdevé clau. L'autocura entesa com el procés d'implantar-se i esdevenir agent actiu en la pròpia cura, augmentant la confiança i els recursos personals. Empoderar-se envers la nova situació de persona amb problemes de salut crònics motiva i augmenta les possibilitats per afrontar els reptes futurs.

Bibliografia

1. OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [Internet]. Ottawa: Canadá; 1986. Disponible a: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-promocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
2. Servei de Gestió i Anàlisi de la Informació per a la Planificació Estratègica. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 2017 [Internet]. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2019. Disponible a: <http://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4346>
3. Rotegard AK, Moore SM, Fagermoen MS, Ruland CM. Health assets: A concept analysis. *Int. J. Nurs. Stud.* (2010); 47 (4): 513-525.
4. Burns, I. Easing the transition: Preparing nursing students for practice. *J. Nurs. Manag.* 2009; 16 (6): 20-21.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Ginebra; 2015.
6. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de Salut: 2016-2020. Consorci Sanitari de Barcelona i actuacions estratègiques a la ciutat de Barcelona. Un sistema centrat en la Persona: públic, universal i just [Internet]. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut, Consorci Sanitari de Barcelona, Agència Salut Pública de Barcelona; 2016. Disponible a: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/5495/pla_salut_2016_2020_consorci_sanitari_barcelona_actuacions_estrategiques_ciutat_barcelona_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y

7. Santoro V. La salud pública en el continuo salud-enfermedad: un análisis desde la mirada profesional. Rev. salud pública. 2016; 18 (4): 530-542. DOI: 10.15446/rsap.v18n4.47854
8. Institut Obert de Catalunya. Característiques i necessitats de les persones en situació de dependència. Barcelona: Departament d'Educació; 2020.
9. Kieckhefer GM, Trahms CM. Supporting development of children with chronic conditions: from compliance toward shared management. *Pediatr Nurs*. 2000; 26 (4): 354-363.

7.2.

Comorbiditats

IRIS FORCADA

7.2.1. Introducció

La disminució de les taxes de mortalitat des dels anys 1990 ha portat a un augment de l'esperança de vida, a un envelliment de la població mundial i a una expansió de malalties de baixa mortalitat, amb una heterogeneïtat considerable entre les diferents causes, llocs, edats i sexes. Tot això ha generat un creixent número de persones amb comorbiditats. Gran part de les persones malaltes que es tracten, pateixen més d'una malaltia i, a la vegada, cada una d'elles afecta més d'un òrgan.¹ Marengoni^{1,2} en un estudi sobre trenta-tres poblacions seguides durant divuit anys, va comprovar que la prevalença de pluripatologia entre els majors de 65 anys oscil·lava entre el 21 % i el 98 %. Estudis similars van trobar taxes oscil·lants entre el 50 % i el 100 %.^{1,3}

No obstant això, tot i ser un problema molt freqüent, no existeix una definició universalment acceptada sobre termes com *cronicitat*, *comorbiditat*, *multimorbiditat* o *pluripatologia*. Aquest darrer és un terme que s'utilitza per a fer referència a l'ancià fràgil, als pacients polimedicats, als hiperfreqüentadors en l'àmbit d'atenció primària o als reingressadors en l'atenció hospitalària. Si bé no és sinònim de cap d'aquests conceptes, està íntimament lligat a tots ells. Els pacients pluripatològics no es defineixen només per la presència de dos o més malalties, sinó també per una especial fragilitat clínica.¹ Diferents estudis han caracteritzat els pacients pluripatològics i assenyalen que constitueixen una població homogènia en complexitat, vulnerabilitat clínica, fragilitat, mortalitat, deteriorament funcional, polifarmàcia, pobre qualitat de vida relacionada amb la salut i sovint una situació de dependència funcional. Com a conseqüència, existeix una freqüent demanda d'atenció en diferents àmbits assistencials i de manera difícilment programable, per aguditzacions i aparició de patologies interrelacionades que empitjoren el

pacient. Per tant, existeix un elevat nombre de pacients amb patologies molt complexes que presenta una gran demanda d'assistència i de cures.

7.2.2. Desenvolupament

La comorbiditat es defineix com la presència d'una o més malalties o trastorns que es mostren de forma o manera concomitant o concurrent amb una malaltia o trastorn primari. Actualment, en la majoria d'ocasions, fa referència a les diferents malalties que acompanyen una patologia protagonista aguda (infart de miocardi, infart cerebral o ictus, etc.) o crònica (insuficiència renal crònica, hepatopatia crònica, etc.). Un exemple de comorbiditat seria un pacient amb una diabetis mellitus evolucionada de difícil control i que presenta retinopatia i una nefropatia diabètica incipient. La comorbiditat pot afectar la capacitat de funcionar dels individus afectats i la seva supervivència. És un problema més freqüent en grups d'edat avançada i contribueix a l'aparició d'esdeveniments adversos de salut, com la discapacitat, una mala qualitat de vida, deteriorament funcional, dependència, institucionalització, hospitalització i mort.⁴

La comorbiditat es mesura per la suma del nombre de malalties presents en un pacient, diferenciant el diagnòstic principal dels secundaris.⁵ Actualment, disposem de múltiples instruments que avaluen el pronòstic vital de pacients amb comorbiditats. Els mètodes amb major trajectòria cronològica i cites científiques són: *Cumulative Index Rating Scale* (CIRS), *Index of CoExisting Disease* (ICED), *l'Index de Kaplan-Fenstein*, *Total Illness Burden Index* i *Charlson Comorbidity Index* (CCI).^{5,6} També existeix *Elixhauser Comorbidity Measure* (ECM) que és una llista de 30 afeccions que permeten calcular el risc de mort però que no atorga cap pes al tipus de patologia, tal i com aplica l'índex de comorbiditat de Charlson.^{7,8}

L'índex de comorbiditat de Charlson és un instrument que prediu les complicacions de la suma de certes malalties i la mortalitat.⁹ Aquesta correlació entre l'índex de Charlson i la mortalitat s'ha demostrat en diferents patologies: accident vascular cerebral isquèmic o hemorràgic, malaltia pulmonar obstructiva crònica, infart agut de miocardi, pneumònia adquirida a la comunitat, insuficiència renal crònica, demència, insuficiència cardíaca, hepatopaties, diabetis mellitus, úlcera pèptica, hemiplegia, leucèmies, limfomes, tumors i síndrome de la immunodeficiència adquirida.^{10,11} A cada condició se li assigna una puntuació depenent del risc de morir associat a cadascuna d'elles. Les puntuacions es resumeixen per proporcionar una puntuació total i així, predir la mortalitat. S'han presentat moltes variacions de l'índex de comorbiditat de Charlson, algunes d'elles són els índexs de comorbiditat de Charlson/Deyo,

7.2. COMORBIDITATS

Charlson/Romano, Charlson/Manitoba i Charlson/D'Hores.^{12,13} L'índex de comorbiditat de Charlson s'ha considerat un mètode restrictiu, que infraestima la prevalença de comorbiditats en pacients grans, però alhora és simple i fàcil d'utilitzar i per aquest motiu és el mètode més àmpliament aplicat i validat per a mesurar la comorbiditat.¹⁴⁻¹⁶

Taula 1. Charlson Comorbidity Index

Disease	Points
Myocardial Infarction	1
Congestive Heart Failure	1
Peripheral Vascular disease	1
Cerebrovascular disease	1
Dementia	1
COPD	1
Connective Tissue disease	1
Peptic Ulcer disease	1
Diabetes Mellitus	1
	1 point if uncomplicated
	2 points if end-organ disease
Moderate to severe CKD	
Hemiplegia	
Leukaemia	
Malignant Lymphoma	
Solid Tumour	2 points
	6 point if metastatic
Liver disease	1 point if mild
	3 points if moderate to severe
AIDS	6 points

From: Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying pronostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987; 40: 373-83.

Calculation: Add all items of the Comorbidity score: The total score is the Charlson Comorbidity Index.

COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease

CKD: Chronic Kidney Disease

Les conseqüències de la comorbiditat són múltiples: modula l'evolució de les malalties concurrents, altera l'eficàcia dels tractaments, augmenta les possibilitats de iatrogènia i esdeveniments adversos, augmenta el risc d'hospitalització, allarga l'estada hospitalària, empitjora la qualitat de vida de les persones

que les pateixen, augmenta el risc i severitat de discapacitat i dependència i incrementa el risc de mort.^{4,14}

Valorant les comorbiditats s'identifiquen persones amb fragilitat, susceptibles d'alteracions funcionals. És conegut que el 24 % de les persones majors de 65 anys i el 31,4 % de les majors de 85 anys pateixen quatre o més condicions cròniques. Poder establir un pronòstic fiable en poblacions vulnerables resulta essencial per múltiples raons. En primer lloc, és rellevant per al pacient i el seu entorn familiar; en segon lloc, clínicament és útil per l'abordatge diagnòstic i terapèutic i per a la planificació de l'assistència i les cures; en tercer lloc, és necessari per a la planificació sanitària i de serveis de salut, així com per mesurar els resultats de salut ajustats a una correcta estratificació; i per últim, és clau per poder realitzar una homogeneïtzació de la inclusió d'aquesta població emergent en assajos clínics i estudis epidemiològics.^{4,6,14}

7.2.3. Aspectes clau

Les comorbiditats es defineixen com la presència d'una o més malalties concomitants a una malaltia primària. Aquestes tenen un impacte molt important en la supervivència i qualitat de vida de les persones. Identificar-les ajuda a detectar persones fràgils i susceptibles d'alteracions funcionals, sent l'índex de comorbiditat de Charlson és el més utilitzat per la seva valoració.

Bibliografia

1. Bernabeu M, Alonso P, Rico M, Rotaache R, Sánchez S, Casariego E. Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. *Aten Prim*. 2014; 46 (7): 385-392.
2. Marengoni A, Prevalence and impact of chronic diseases and multimorbidity in the aging population: a clinical and epidemiological approach [Tesi a Internet]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2008. Disponible a: <https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/38644/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual of life Outcomes*. 2004; 2: 51.
4. Torales E, Giménez R, González LA, Backer W, Camillo I, Illatas HR et al. Índice de comorbilidad de Charlson aplicado a pacientes de Medicina Interna: estudio multicéntrico Charlson comorbidity index applied to Internal Medicine patients : a multicenter study. *Rev virtual Soc Parag Med Int*. 2019; 6 (2): 47-56.

5. Moltó A, Dougados M. Comorbidity indices. *Clin Exp Rheumatol*. 2014; 32 (5S85): S-131-4.
6. Zelada MA, Gómez J, Sorando P, Franco A, Mercedes, L, Baztán JJ. Fiabilidad interobservador de los 4 índices de comorbilidad más utilizados en pacientes ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012; 47 (2): 67-70.
7. Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, Coffey RM. Comorbidity measures for use with administrative data. *Med care*. 1998; 36 (1): 8-27.
8. Stanley J, Sarfati D. The new measuring multimorbidity index predicted mortality better than Charlson and Elixhauser indices among the general population. *J Clin Epidemiol*. 2017; 92: 99-110. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2017.08.005
9. Gual N, Yuste A, Enfedaque B, Blay C, Martín R, Inzitari M. Perfil y evolución de pacientes crónicos complejos en una unidad de subagudos. *Aten Prim*. 2017; 49 (9): 510-517.
10. Gutiérrez A, Sánchez M, Otero A. Utilización de un proxy al índice de Charlson para estudiar la asociación entre comorbilidad y mortalidad a corto y largo plazo en mayores. *Aten Prim*. 2012; 44 (3): 153-161.
11. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987; 40: 373-383.
12. Charlson M, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J. Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol*. 1994; 47 (11): 1245-1251.
13. Roffman C, Buchanan J, Allison GT. Charlson Comorbidities Index [Internet]. *J Physiother*. 2016; 62 (3): 171. Disponible a: www.elsevier.com/locate/jphys
14. Pereira B, Ramos T, Iven G, Thumé E, Augusto L. Multimorbidity and mortality in older adults : A systematic review and. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016; 67: 130-8. DOI: 10.1016/j.archger.2016.07.008
15. Abizanda P, Paterna G, Martínez E, López E. Evaluación de la comorbilidad en la población anciana: utilidad y validez de los instrumentos de medida. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010; 45 (4): 219-228.
16. Brusselaers N, Lagergren J. The Charlson Comorbidity Index in Registry-based Research. *Methods Inf Med*. 2017; 56 (5): 401-406.

7.3.

Atenció a la persona polimedicada en l'atenció primària

ANNA BONMATÍ, ELENA OLABARRIETA

7.3.1. Introducció

La persona polimedicada es defineix com aquella persona que compta amb una prescripció de 5 o més medicaments.¹ El perfil de persona polimedicada, en la majoria dels casos, correspon a persones d'edat avançada que presenten multimorbiditat, fragilitat i complexitat degut al seu problema de salut o al seu entorn social o contextual.²

A Catalunya, segons dades de l'any 2019, el 55 % de les persones més grans de 65 anys tenien prescrits cinc o més medicaments, i el 23 % de les persones més grans de 80 anys en tenien prescrits deu o més.^{3,4}

Entre les principals causes de la polimedicació en persones d'edat avançada trobem les múltiples prescripcions de professionals de diferents especialitats i l'aplicació de guies de pràctica clínica centrades en la patologia i no en la persona. La prescripció centrada en la patologia provoca una visió parcial de la persona, amb la consegüent proposta d'objectius terapèutics basada en el balanç benefici-risc dels tractaments farmacològics, però oblidant les expectatives i preferències individuals de cada persona.^{2,4,5}

Es coneix que la polifarmàcia suposa un factor de risc que afavoreix els resultats negatius de salut al disminuir l'adherència terapèutica, augmentar el risc d'efectes adversos i interaccions i incrementar el risc de morbimortalitat.^{6,7} Hi ha estudis que demostren que el risc de mortalitat s'incrementa a partir de la presa de sis o més medicaments, augmentant en deu vegades aquest risc a partir de deu medicaments en persones d'edat avançada.⁸ A més, la

polifarmàcia pot suposar una despesa innecessària per a la societat i una pèrdua d'autonomia de la persona i de la confiança amb l'assistència sanitària que se'ls proporciona.^{6,9}

7.3.2. Rol de la infermera d'atenció primària davant una persona polimedicada

La infermera d'atenció primària es considera una de les professionals de la salut amb un contacte més directe i proper amb la persona. Aquest fet suposa que és la professional amb més coneixements de la complexitat no només de la salut, sinó també de la situació social, d'entorn, etc. de la persona. Així, la infermera d'atenció primària assumeix un rol important en la cura, tractament i seguiment de qualitat de les persones polimedicades.

En primer lloc, la infermera realitza una bona entrevista clínica, fent èmfasi en l'**anamnesi farmacològica**. Es recomana que durant l'anamnesi es creï una relació de confiança i proximitat entre la infermera i la persona atesa per tal de facilitar a la persona que expressi realment els seus dubtes o preocupacions envers la medicació. Es suggereix formular les preguntes de forma neutra i combinar preguntes obertes i tancades per tal d'afavorir la transmissió correcta d'informació sense induir les respostes ni mostrar signes de comunicació verbal o no verbal que puguin ser interpretats com a judicis. En la darrera part de l'anamnesi, és important assegurar que la informació recollida sigui fiable i de qualitat fent un breu resum a la persona i confirmant-ne els punts clau.

Un dels objectius de l'anamnesi farmacològica és la conciliació i revisió continua del pla terapèutic. Aquesta revisió contínua permet detectar errors de medicació en la prescripció, la presa o l'administració; la detecció dels possibles efectes adversos; les adequacions de les posologies o tutoritzacions, etc. En definitiva, l'ús racional i efectiu dels medicaments per part de cada persona.⁹

La infermera d'atenció primària assumeix una tasca de detecció d'efectes adversos que caldrà referenciar al centre de **farmacovigilància** i ser registrats en la història clínica. Aquesta activitat preventiva pot evitar les denominades **cascades de prescripció**, que apareixen quan un fàrmac es prescriu per tractar l'efecte advers produït per un altre. Per tal d'evitar-les, cal sempre, abans d'iniciar una nova prescripció, comprovar que el problema de salut que es vol tractar no sigui un efecte advers d'un altre medicament, prescriure dosis inicials baixes, reavaluar el pla terapèutic i suprimir la nova prescripció en cas que fos necessari.¹⁰

Una altra de les funcions de la infermera envers la persona polimedicada està estretament lligada al seu rol d'educadora per a la salut. L'objectiu fonamental en **l'educació de la salut** és la promoció de la salut, és a dir, facilitar el fet de donar eines i l'afavorir que la persona atesa decideixi optar per mantenir una hàbits saludables que li permetin gaudir de salut i, per tant, que no li sigui necessari el tractament farmacològic. En el cas que això no fos plausible i calgués la prescripció d'un fàrmac, la infermera assumirà llavors l'objectiu d'aconseguir l'empoderament de la persona atesa tant quant a coneixements com a habilitats per motivar-la a realitzar una **millor adherència al tractament** proporcionant-li la màxima efectivitat i la minimització dels riscos per a la persona.¹¹ Es coneix que l'adherència al tractament depèn de factors personals com el nivell educatiu, el nivell d'alfabetització en salut, el suport social o el nivell socioeconòmic; factors relacionats amb la malaltia com la complexitat i la durada del pla terapèutic i de l'equip assistencial amb la relació que s'estableix entre els professionals que l'integren i la persona atesa.¹²

Entre les activitats de la infermera per empoderar la persona a una millor adherència al tractament es troben a:

1. fomentar l'autonomia de la persona envers la seva salut;
2. promoure la presa de decisions compartides entre la persona atesa i la infermera facilitant que aquesta pugui expressar els seus objectius terapèutics al professional de la salut prescriptor;
3. corresponsabilitzar a la persona en la presa de decisions des del moment de la prescripció fins a la retirada del medicament, consensuant el pla terapèutic de medicació individualitzat de manera flexible i dinàmica, i
4. facilitar instruments que ajuden a millorar l'adhesió al tractament (il·lustracions o infografies, sistema de dosificació personalitzada, (SPD), etc.).^{13,14}

Existeixen moltes eines tant directes com indirectes, per mesurar l'adherència al tractament, com el test de Morinsky-Green, test de Batalla, test de Haynes-Sackett o el compliment autocomunicat o el recompte de medicació, entre altres.

S'observa la necessitat d'establir programes **multidisciplinaris** per tal que la persona polimedicada assoleixi una bona adherència al tractament. Així, una de les funcions de la infermera en aquests equips multidisciplinaris està relacionada amb les seves competències en prescripció i desprescripció de fàrmacs.²

La prescripció infermera s'ha legalitzat amb el Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, el qual atorga plena autonomia a les infermeres en la prescripció

d'uns determinats medicaments o problemes de salut. Aquesta competència infermera es desenvolupa principalment en l'atenció primària en el seguiment de les persones amb problemes de salut crònics. Aquesta prescripció cal que sigui una **prescripció prudent**. S'entén com a prudent aquella que té com a objectiu maximitzar els beneficis i minimitzar els riscos, convertint-se en una eina bàsica per la millora de la salut de les persones polimedicades. Per tal de dur-la a terme, es recomana seguir els següents principis:

1. pensar més enllà dels medicaments: cercar alternatives no farmacològiques i considerar si el problema de salut correspon a una cascada de medicaments;
2. practicar una prescripció estratègica: utilització de pocs medicaments però molt ben emprats, sempre que sigui possible iniciar el tractament amb un sol fàrmac;
3. mantenir-se alerta dels possibles efectes adversos i informar-ne a la persona per tal d'empoderar-la;
4. ser prudents amb els nous medicaments comercialitzats sent crítics amb l'evidència que justifica la seva prescripció;
5. treballar amb cada persona per establir objectius comuns d'assoliment: assegurar una bona adherència al tractament davant un fracàs terapèutic, suspendre tractaments amb fàrmacs innecessaris o que no són efectius per aquesta persona;
6. valorar els efectes de tractament de forma àmplia i a llarg termini, tenint en compte el balanç risc-benefici per a la persona i per la qualitat de vida que aquesta desitja gaudir.³

Una segona eina per a la millora de la salut i la qualitat de vida de les persones polimedicades és la **desprescripció**.⁶ La desprescripció es defineix com el procés sistemàtic d'identificació i interrupció d'alguns medicaments en casos en què existeixin danys potencials que superin els beneficis per a una persona, tenint present els objectius de salut a assolir, el nivell d'efectivitat del medicament, l'esperança de vida i els valors i les preferències de la persona. Aquesta desprescripció de fàrmacs pot afavorir una prescripció més raonada, adequada i personalitzada per a cada persona, produint un descens en els nivells de sobretractaments actuals.¹⁵

Les principals barreres per la desprescripció són: les creences sobre els beneficis dels medicaments, la manca de confiança en el professional de la salut que prescriu i desprescriu, la manca d'informació sobre com deixar el medicament i les seves conseqüències i la por a la recaiguda en el problema de salut. Per altra banda, existeixen aspectes facilitadors de la desprescripció, com són: la manca de percepció d'efectivitat del medicament, la por a l'addicció, el fet d'haver experimentat alguna vegada algun efecte

advers, la confiança en el professional que prescriu i les creences contràries a la presa de medicaments.¹⁶

7.3.3. Aspectes clau

La polifarmàcia és un problema de salut que ha augmentat en els darrers anys degut a la multimorbiditat i la complexitat de les persones ateses.

Cal realitzar una avaluació contínua del pla terapèutic de la persona polimedicada atesa tenint present la visió de l'equip multidisciplinar i integrant a la persona en la presa de decisions.

La infermera d'atenció primària té un rol fonamental en la cura de les persones polimedicades, en tant que:

- a. Coneix la complexitat de salut i del context de la persona mitjançant l'entrevista clínica i l'anamnesi farmacològica.
- b. Mitjançant l'educació per a la salut empodera la persona per consensuar els objectius terapèutics segons les seves expectatives i creences i corresponsabilitzar-la en la seva adherència i compliment terapèutic.

Bibliografia

1. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. BMC Geriatr [Internet]. 2017 [consultat 19 Maig 2021]; 17: 230. Disponible a: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5635569/pdf/12877_2017_Article_621.pdf
2. Espauella J, Molist N, Sevilla D, González J, Amblàs J, Solà N et al. Modelo de prescripción centrado en la persona para mejorar la adecuación y adherencia terapéutica en los pacientes con multimorbilidad. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2017 [consultat 19 Maig 2021]; 52 (5): 278-281. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-avance-resumen-modelo-prescripcion-centrado-persona-mejorar-S0211139X17300604>
3. Lestón M, Villén N, Troncoso A. Reptes en la prescripció de medicaments: El sobretractament [Internet]. BIT. 2020; 31 (7). Disponible a: http://medicaments.gencat.cat/web/.content/minisite/medicaments/professionals/butlletins/butlleti_informacio_terapeutica/documents/arxiu/BIT-7-2020-sobretractament.pdf

4. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Procés assistencial d'atenció a la cronicitat i la complexitat a la xarxa d'atenció primària. Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària (ENAPISC), Abril 2019 [Internet]. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2019. Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_actuacio/linies_dactuacio/plans_sectorials/pla_primaria_salut_comunitaria_enapisc/
5. Molist N, Sevilla D, González J, Garcia V, Segura LA, Codina C et al. Therapeutic optimization through goal-oriented prescription in nursing homes [Internet]. Int J Clin Pharm. 2021; 43: 990-997. [consultat 19 Maig 2021]. Disponible a: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11096-020-01206-x>
6. Esteban O, Arroyo MP, Vicens C, González F, Hernández MA, Sempere M. Deprescribiendo para mejorar la salud de las personas o cuando deprescribir puede ser la mejor medicina [Internet]. Aten Primaria. 2018; 50 (S2): 70-79. Disponible a: <https://www.clinicalkey.es#!/content/playContent/1-s2.0-S0212656718305109?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0212656718305109%3Fshowall%3Dtrue&referrer=>
7. Fried TR, O'Leary J, Towle V, Goldstein MK, Trenalange M, Martin DK. Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: a systematic review [Internet]. J Am Geriatr Soc. 2014; 62 (12): 2261-2272. Disponible a: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.13153>
8. Little MO, Morely A. Reducing polypharmacy: evidence from a simple quality improvement initiative [Internet]. J Am Med Dir Assoc. 2013; 14 (3): 152-156. Disponible a: <https://www.clinicalkey.es#!/content/playContent/1-s2.0-S1525861012004203?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1525861012004203%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fpubmed.ncbi.nlm.nih.gov%2F>
9. Muth C, Blom JW, Smith SM, Johnell K, Gonzalez-Gonzalez AI, Nguyen TS et al. Evidence supporting the best clinical management of patients with multimorbidity and polypharmacy: a systematic guideline review and expert consensus [Internet]. J Intern Med. 2019; 285 (3): 272-288. Disponible a: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/joim.12842>
10. Rochon PA, Gurwitz JH. The prescribing cascade revisited [Internet]. The Lancet. 2017; 389 (10081): 1778-1780. Disponible a: <https://www.proquest.com/docview/1895873050/fulltextPDF/3ADD87477E1242D4PQ/1?accountid=15295>
11. Servicio Madrileño de Salud. Gerencia de Atención Primaria. Definición del rol de la enfermera educadora/entrenadora en autocuidados. Estrategia de calidad de los cuidados de Atención Primaria [Internet]. Madrid; 2016. Disponible a: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/chas/rol_de_enfermera_entrenadora_en_autocuidados_julio_2016.pdf
12. Ulley J, Harrop D, Ali A, Alton S, Fowler S. Deprescribing interventions and their impact on medication adherence in community-dwelling older adults with polypharmacy: a systematic Review [Internet]. BMC Geriatr. 2019; 19: 15. Disponible a: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12877-019-1031-4.pdf>

13. Wright DJ, Scott S, Buck J, Bhattacharya D. Role of nurses in supporting proactive deprescribing [Internet]. Nursing Standard. 2019; 34 (3): 44-50. Disponible a: <https://journals.rcni.com/nursing-standard/evidence-and-practice/role-of-nurses-in-supporting-proactive-deprescribing-ns.2019.e11249/full>
14. NICE. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence [Internet]. Londres: Royal College of General Practitioners; 2009 [Consultat 19 Maig 2021]. Disponible a: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg76/resources/medicines-adherence-involving-patients-in-decisions-about-prescribed-medicines-and-supporting-adherence-pdf-975631782085>
15. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing [Internet]. JAMA Intern Med. 2015; 175 (5): 827-834. Disponible a: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2204035>
16. Reeve E, To J, Hendrix I, Shakib S, Roberts MS, Wiese MD. Patient barriers to and enablers of deprescribing: a systematic review [Internet]. Drugs Aging. 2013; 30 (10): 793-807. Disponible a: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40266-013-0106-8>

7.4.

Procés d'adaptació i afrontament de la malaltia

SUSANNA MANTAS, LÍDIA PORTET

7.4.1. Introducció

Les malalties cròniques són trastorns orgànics perllongats en el temps que provoquen alteracions en las funciones o estructures corporals. En general, tenen un pronòstic incert, requereixen de tractament mèdic i poden ser molt intrusives en el dia a dia de les persones que les pateixen,¹ limitant el seu estat funcional, la productivitat i la qualitat de vida.² Sovint, les malalties cròniques tenen un curs variat, progressiu o intermitent, en funció de l'etiologia i la fisiologia de la malaltia en particular. Les persones amb un problema de salut crònic han d'aprendre a conviure amb els símptomes, així com els efectes secundaris derivats dels procediments mèdics.

Encara que a vegades es pugui tenir una imatge estable i sense canvis de la persona amb malaltia crònica, en realitat la seva vida està conformada de moments intensos de canvi que sacsegen la seva rutina. Per tant, les persones amb un problema de salut crònic sovint han de gestionar la incertesa i els canvis. La malaltia pot interferir en la persona en diferents graus segons múltiples factors més o menys relacionats amb la malaltia o el tractament: dolor, fatiga, discapacitat física o cognitiva, curs/cronologia (progressiu/cíclic, intermitent, indeterminat, amenaça de la mort), complexitat (suma de més d'una malaltia crònica), canvis d'aspecte físic, identitat (l'etiqueta de la malaltia i els símptomes que s'hi associen), causes (creences causals), control (fins a quin punt la malaltia es percep com a modificable per la persona o pel tractament), conseqüències (per la vida del pacient: canvi de rol, relacions socials i familiars, economia, etc.), coherència (comprensió de la malaltia per part de la persona),³ etc. Tots aquests factors que hem dit estan influenciats pels trets de personalitat de la persona, les experiències primerenques, socials i ambientals, les creences, la

disponibilitat de suport social i atenció sanitària, entre d'altres. De manera que els factors més directament relacionats amb la malaltia interaccionen amb els factors personals i s'influencien bidireccionalment, resultant-ne l'estat de la persona, el benestar subjectiu, l'adaptació i l'afrontament. Cal evidenciar que en cada persona els factors interaccionen de manera singular, presentant un procés d'adaptació particular, ja que cada persona és diferent i valora aspectes diferents. De la mateixa manera, en un mateix individu podem veure com els valors es modifiquen al llarg de la malaltia i, per tant, l'adaptació i l'afrontament aniran canviant.

La vivència de tots aquest factors, relacionats amb la malaltia, comporta a les persones sentiments d'impotència, frustració i incertesa, així com por al futur i processos de dol, pels canvis i pel que han perdut, provocant-los una gran càrrega emocional.⁴ Tanmateix, s'observa una lluita emocional constant i esgotadora per conservar la integritat i la identitat.⁵ Com s'ha introduït anteriorment, una situació de problema de salut crònic afecta de manera diferent cada persona, hi contribueix, també, com la persona gestiona les emocions aforades i l'estrès. A vegades, no és necessàriament la situació de problema de salut crònic que crea els problemes i la simptomatologia psicològica, sinó la percepció i la resposta de la persona davant la malaltia,⁶ és a dir, les estratègies d'afrontament que utilitza per adaptar-se a la situació crònica i canviant.

7.4.2. Desenvolupament del tema

Conviure amb una malaltia crònica s'ha descrit com un procés continu de canvi. Les persones experimenten una interacció complexa entre la seva malaltia i el seu context vital.⁷ En aquest procés d'adaptació és habitual que aparegui simptomatologia ansiosa-depressiva, la qual no significa necessàriament psicopatologia ni desajust emocional. Si la persona està reajustada anímicament, presenta una simptomatologia emocional reactiva a la situació vital i, preserva un funcionament adaptatiu, que afecta poc a la malaltia o al tractament. Un reajustament insuficient pot no reflectir-se en l'estat d'ànim, però sí en conductes de salut deficitàries. Així mateix, és apropiat avaluar si la simptomatologia ansiosa-depressiva és reactiva a la vivència de malaltia crònica o si té un altre origen.⁸ Amb tot, en la vivència d'una malaltia és usual experimentar malestar emocional. Inclús, pot ser desitjable, perquè és signe d'un bon afrontament i forma part del procés d'adaptació. Per exemple, en rebre el diagnòstic o informació sobre un mal pronòstic, si hi ha absència d'angoixa pot considerar-se desadaptatiu.

Una de les teories més populars de la Psicologia de la Salut que explica les diferències en els resultats de l'ajustament en les malalties cròniques,

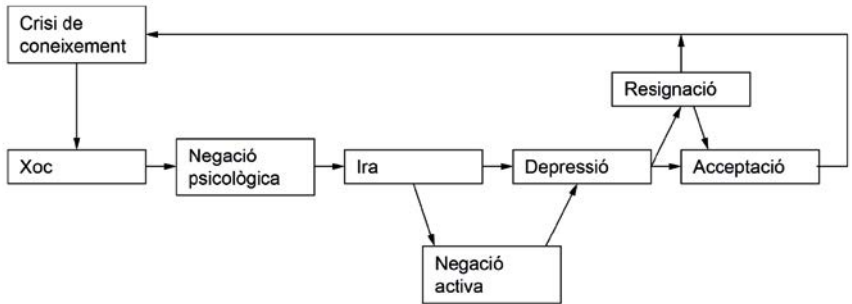
és el model transaccional de l'estrès de Lazarus i Folkman (1984). Segons aquest model *d'amenaçes-recursos*, es tenen en compte els processos d'ajust (valoracions i afrontament) per separat dels seus resultats (respostes emocionals i comportaments). Les persones que conviuen amb un problema de salut crònic perceben diferents demandes, tant de naturalesa interna com externa i, si alguna és valorada com a amenaçadora per a la pròpia integritat o benestar, llavors, analitzen els recursos (propis o aliens) que tenen per afrontar-les. Per tant, la persona fa una valoració conscient o inconscient de la situació o d'un aspecte concret, concloent si és o no una amenaça. Si considera que és una amenaça i que no té suficients recursos per afrontar-la, és a dir, percep que les demandes són més altes que els seus recursos per manejar-les, apareix l'estrès o el patiment. A partir d'aquí, es desenvolupa una resposta, que pot estar dirigida, de manera independent o conjunta, a controlar la reacció emocional que es produeix en la situació estressant (dirigida a l'emoció) o, a generar un canvi en el problema, que causa la pertorbació (dirigida al problema). Així doncs, les respostes adaptatives, segons el model de l'estrès de Lazarus i Folkman, són aquelles que eliminen o redueixen l'estrès, canviant cognitivament la seva avaluació o fent canvis de comportament. Per tant, l'afrontament es un conjunt d'esforços cognitius conductuals que varien de manera contínua, susceptibles a l'evolució de la malaltia i la situació personal de la persona, dels recursos disponibles, amb la finalitat de gestionar les demandes externes i internes.

Una altra forma d'explicar el procés d'adaptació a una malaltia crònica és la proposada per Stedeford (1984),⁹ basada en la teoria de l'autora Kübler-Ross. Aquest model proposa que l'adaptació comença amb una crisi de coneixements, és a dir, amb la recepció de nova informació, la consciència d'aquesta i la percepció d'amenaça per a la integritat o el benestar. A partir d'aquí s'inicia un procés de cinc fases (xoc, negació, ira, depressió i acceptació) determinades pels mecanismes de defensa. És un procés circular, no unidireccional, les fases no han de ser obligatòriament consecutives, les persones poden canviar d'una fase a una altra i retornar a fases anteriors. Tampoc tots les persones hauran de transitar necessàriament per totes les fases. Aquest procés pot posar-se en marxa les vegades que calgui en funció dels diferents moments de la malaltia.

El procés per fases proposat per Stedeford (1984)¹⁰ podria donar-se de la següent manera: quan la persona malalta és conscient de la situació (diagnòstic, nous símptomes, progressió de malaltia, etc.: crisi de coneixements) pot entrar en xoc, estat en que predomina la desorientació i sol tenir una durada limitada, després passar a la fase de negació psicològica, que impedeix a la persona prendre contacte total amb la realitat, ja que no es sent preparada psicològicament per afrontar-la. La següent fase podria ser la d'ira, ràbia i hostilitat, la qual a vegades es projecta en la família, l'equip de professionals assistencials, etc. Seguidament, pot aparèixer la fase de pena i tristesa (depressió), en la qual predomina la simptomatologia depressiva reactiva a tot el que està succeint.

Tant la fase d'ira com la de depressió poden donar pas a una fase de negació activa, que s'entén com a que la persona, tot i saber i verbalitzar la realitat, decideix evitar els pensaments sobre la malaltia com a estratègia d'afrontament per recuperar-se psicològicament. Finalment, pot donar-se la fase de resignació, en la qual la persona es mostra més passiva i no fa gaire esforç per ajustar-se als canvis, amb el risc d'influir negativament en el tractament o en la malaltia. La resignació pot ser adaptativa, sobretot en etapes avançades de la situació o del procés de malaltia crònica. També pot donar-se l'acceptació quan la persona pren consciència de la malaltia, s'hi adapta, es planteja objectius realistes i mostra serenitat.

Figura 1. Model circular d'adaptació d'Stederford¹⁰



Al llarg de la malaltia, però sobretot a l'inici, una de les necessitats més paleses és la de rebre informació sobre la mateixa malaltia i la seva evolució. El moment de comunicar és delicat, la persona amb situació de malaltia crònica té el dret de saber i de no saber. Cal explicar el que la persona demana conèixer, adonant-nos de si el que li explicarem pot assumir-ho, tant a nivell cognitiu com emocional. Alhora, que la persona tingui informació sobre la malaltia que pateix l'apodera i, promou una persona activa en el procés, que pot conviure amb la malaltia mantenint al màxim la seva qualitat de vida. Doncs, és important mantenir una comunicació fluida amb la persona per acompanyar-la en l'autocura al llarg de l'afrontament a la malaltia. Cal garantir que hagi entès quin tractament ha de seguir, quins hàbits ha d'incorporar, com pot alleugerir el dolor o els efectes de la mateixa malaltia, etc.

7.4.3. Aspectes clau

Patir una malaltia afecta de forma integral l'estat de salut de les persones. És normal que les persones en situació de problema de salut crònic presentin certa simptomatologia ansiosa-depressiva de forma reactiva, adaptativa i ajustada. El procés adaptatiu i l'afrontament són continuats, canviants i singulars, hi interfereixen multitud de factors. El mateix problema de salut crònic influeix en el context de les persones, aquest en el transcurs de la malaltia i en la seva vivència.

Bibliografia

1. Schulman-Green D, Jaser S, Martin F, Alonzo A, Grey M, McCorkle R, et al. Processes of self-management in chronic illness. *J N Scholarsh.* 2012; 44 (2): 136-144.
2. Megari K. Quality of life in chronic disease patients. *Health Psychol Res.* 2013; 1 (3): e27.
3. Hopman P, Rijken M. Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psychooncology.* 2015; 24 (1): 11-18.
4. Montalvo A, Cabrera B, Quiñones S. Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. *Aquichan.* 2012; 12 (2): 134-143.
5. Grau JA. Enfermedades crónicas no transmisibles: un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud & Sociedad.* 2016; 7 (2): 138-166.
6. García DJ, Ochoa MC, Martínez NE, González B, Sánchez M, Martínez M. Prevalencia de los mecanismos de adaptación del paciente con enfermedad renal bajo tratamiento de hemodiálisis. *Revista Cuidarte.* 2016; 7 (1): 1144-1151.
7. Paterson BL. The shifting perspectives model of chronic illness. *J Nurs Scholarsh.* 2001; 33 (1): 21-26.
8. Moss-Morris R. Adjusting to chronic illness: time for a unified theory. *Br J health Psychol.* 2013; 18 (4): 681-686.
9. Stedeford A. Facing Death. Patients, families and professionals. Oxford: Heinemann Medical Books; 1984.
10. Barbero J, Gómez-Batiste X, Maté J, Mateo D. Manual per a l'atenció psicosocial i espiritual a persones amb malalties avançades: intervenció psicològica i espiritual. Barcelona: Obra Social "La Caixa"; 2016.

7.5.

Atenció a les persones amb problemes de salut cardiovasculars

LOURDES CAMÓS

7.5.1. Introducció

Les malalties cardiovasculars (MCV) són la primera causa de morbimortalitat en el món occidental. El 2016 van suposar un 31 % del total de morts (17,6 milions),¹ i un 10 % de la càrrega de la malaltia total (mesurada en anys de vida ajustats a discapacitat-AVAD) és atribuïble a aquestes malalties.² Tot i haver disminuït, a Europa causen gairebé quatre milions de morts a l'any (45 % del total).³

Encara que la mortalitat a Espanya és una de les més baixes del món, les MCV en són la primera causa. El 2017 va suposar el 29 % del total de mortalitat (120.000 persones) (en les dones és la primera causa amb el 32 % de les morts i en els homes és la segona amb el 26 %). La meitat d'aquestes morts van ser degudes a cardiopaties isquèmiques i a malalties cerebrovasculars.⁴

A més, les MCV tenen uns costos econòmics importants, que inclouen tant els costos directes assistencials (hospitalització, medicació), com els costos indirectes o no assistencials (mortalitat prematura, incapacitat laboral o cuidadors).³

La patologia de base més freqüent de les MCV en les societats occidentals sol ser l'aterosclerosi, un procés que comença lentament a la joventut primerenca degut a factors de risc, es desenvolupa silenciosament durant anys i es manifesta en etapes més tardanes de la vida.^{5,6}

Les MCV inclouen: malalties del cor, malalties vasculars del cervell i malalties dels vasos sanguinis. Es poden classificar en:

- a. MCV com a conseqüència de l'aterosclerosi: malaltia coronària o cardiopatia isquèmica (infart agut de miocardi o angina de pit), malaltia cerebrovascular (ictus) o malaltia arterial perifèrica.
- b. Altres MCV: cardiopatia reumàtica, malaltia cardíaca congènita, cardiomiopaties o arrítmies, entre altres.

7.5.2. Factors de risc

En l'establiment de les diferents malalties hem de tenir en compte els principals determinants de la salut: no únicament aquells factors individuals, sinó també factors socials, econòmics, culturals i ambientals (model de determinants de la salut de Dahlgren-Whitehead).⁷

D'entre els factors individuals relacionats amb el desenvolupament de les MCV, els més importants es poden classificar en:

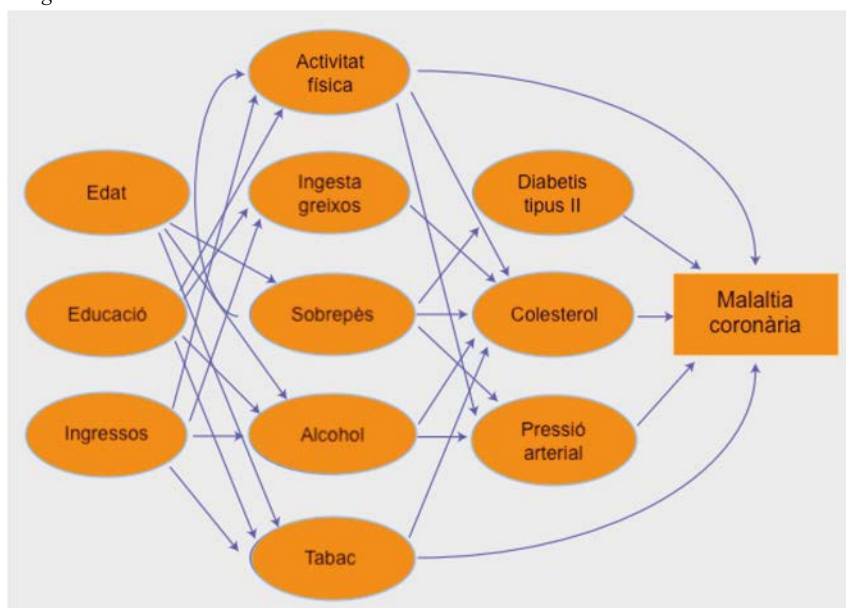
- *Estils de vida*: dieta poc saludable, inactivitat física, hàbit tabàquic i consum nociu d'alcohol (principals factors de risc de comportament de les MCV i altres malalties no transmissibles).
- *Factors de risc metabòlic*: una exposició continuada a estils de vida no saludables afavoreix el desenvolupament de:
 - hipertensió arterial (HTA) (TAS ≥ 140 mmHg o TAD ≥ 90 mmHg).
 - diabetis (DM) (glucèmia en dejú ≥ 126 mg/dl o HbA1c $\geq 6,5$ % o glucèmia 2 h després de TTOG ≥ 200 mg/dl o glucèmia ≥ 200 mg/dl a l'atzar en un pacient amb símptomes).
 - hipercolesterolèmia (CT > 250 md/dl).
 - sobrepès (IMC ≥ 25 kg/m²) i obesitat (IMC ≥ 30 kg/m²).

Altres factors de risc cardiovascular (CV) inclouen factors psicosocials com: estat socioeconòmic, personalitat, estrès, ansietat; factors ambientals com: insomni, edat avançada, sexe i història familiar de MCV.

Les causes d'una malaltia normalment interactuen entre elles. En aquest cas, la DM, el colesterol alt i la pressió arterial alta actuen gairebé directament sobre la malaltia, i la resta ho fa a través d'intermediaris (figura 1).⁸

Les fletxes indiquen algunes de les vies per les quals les causes interactuen.

Figura 1. La cadena causal de la malaltia coronària⁸



7.5.3. Predicció del risc

El risc CV es pot calcular com una suma de nombrosos factors que interaccionen.

Malgrat les seves limitacions (predicció a només deu anys, ser edat-dependents i no tenir en compte els factors de risc no clàssics), les funcions de risc cardiovascular són molt utilitzades per estratificar el risc i gestionar les estratègies preventives.^{9,10} Cal tenir present que en dones el risc és menor que en els homes i es retarda fins a deu anys.⁹

En el nostre territori es fa servir el REGICOR (Registre Gironí del Cor), que és una adaptació de l'equació de Framingham a la baixa incidència de malaltia coronària al nostre entorn i que ha estat validat en població espanyola.¹¹

La funció estima el risc de patir un esdeveniment coronari (fatal o no) a deu anys, a la població d'entre 35 i 74 anys. Per fer-ho valora l'edat, el sexe, el nivell de colesterol (total i HDL), la tensió arterial sistòlica (TAS) i la diastòlica (TAD), la diabetis i l'hàbit tabàquic. El risc es classifica en:¹²

1. Baix (< 5 %).
2. Moderat (5-9,9 %).

3. Alt (10-14,9 %).
4. Molt alt (≥ 15 %).

7.5.4. Prevenció

Un alt percentatge de morts en persones menors de 60 anys es podria prevenir.⁵ A més, s'estima que un 80 % de les MCV són evitables si les conductes de risc per a la salut s'eliminessin.¹³ La Guia Europea de prevenció de MCV considera que les estratègies preventives haurien d'incloure:^{14,15}

- a. *Una estratègia a nivell poblacional*, amb l'objectiu de reduir la incidència de MCV mitjançant accions de salut pública que promoguin canvis en els estils de vida i actuant sobre els determinants de salut socials, econòmics i ambientals. La funció essencial de la salut pública en l'enfocament comunitari és la promoció de la salut. Les lleis i les polítiques dels governs també tenen un paper important en aquest punt.
- b. *Una estratègia d'alt risc*, dissenyada per tal de reduir els factors de risc en els individus amb major risc CV. Aquestes mesures s'enfoquen, principalment, en estils de vida poc saludables. Aquesta estratègia inclou mesures de:
 - b.1. *Prevenció primària*: en aquells individus d'alt risc, però sense MCV establerta. Es realitzen activitats de promoció de la salut amb l'objectiu de millorar el benestar i la qualitat de vida controlant els determinants de salut.
 - b.2. *Prevenció secundària*: en individus amb MCV establerta, amb l'objectiu d'evitar recidives i la progressió de la malaltia i de millorar la qualitat de vida.

En aquesta segona estratègia, però, cal tenir en compte que la majoria d'esdeveniments no es produeixen en nivells alts de risc i que el risc CV és una variable contínua que, per tant, canvia amb el temps.

7.5.5. Atenció i seguiment a les persones amb MCV

Els objectius en el seguiment de les persones amb MCV són:¹⁶

- Assegurar el correcte control del problema de salut i evitar recidives i la progressió de la malaltia.

7.5. ATENCIÓ A LES PERSONES AMB PROBLEMES [...]

- Disminuir la discapacitat i millorar la qualitat de vida.
- Disminuir la mortalitat cardiovascular.
- Reduir els ingressos hospitalaris.

Per aconseguir aquests objectius, cal fer èmfasi en una sèrie de recomanacions que hem de donar a aquestes persones. D'entre les principals, convé destacar la modificació d'estils de vida (MEV) (taula 1).¹⁷⁻²²

Taula 1. Recomanacions per a les persones amb problemes de salut cardiovascular sobre modificacions d'estils de vida

Dieta mediterrània	• Alta ingesta de: Fruita i verdura. Llegums. • Ingesta moderada de: Peix. Llet i derivats. • Poca ingesta de carn. • Consum baix-moderat d'alcohol (principalment en àpats). • Oli oliva per cuinar i amanir.
Activitat física	• Aeròbica d'intensitat moderada, 30-60 minuts 5 dies/setmana, adaptada a les capacitats individuals: Caminar, nedar, bicicleta, ballar.
Tabac	• Promocionar l'abandó de l'hàbit tabàquic: Model de canvi: Prochaska i Diclemente.
Alcohol	• 1-2 begudes/dia (100g/setmana o 15g/dia).
Dormir	• 7-8 hores/nit.

Font: elaboració pròpia

L'atenció primària és un espai privilegiat per fer educació sanitària i, per tant, és el lloc idoni per dur a terme les intervencions que infermeria pot realitzar (juntament amb l'equip) per controlar les MCV (taula 2).^{16,19,21-23}

Taula 2. Intervencions d’infermeria a les persones amb MCV

Educació per a la salut (EpS)	• Participació activa de les persones: motivar, fomentar les habilitats personals i l’autoestima. • Entendre el problema de salut (factors de risc, hàbits de vida saludables, utilitat del tractament, signes i símptomes nous).
Pla de cures	• Valoració contínua integral de les necessitats i dels factors risc CV. • Formular els diagnòstics d’infermeria i les intervencions a fer.
MEV	• Adherència a les MEV (taula 1).
Nivell d’autocura	• Valorar els coneixements i conductes vers els signes d’alarma, dieta, fàrmacs, exercici. • Autocontrols si calen: TA, pes, glicèmia.
Fàrmacs	• Valorar l’adherència al tractament (test indirecte de Morisky-Green).
Qualitat de vida	• Mantenir o millorar la qualitat de vida (qüestionari Minnessota).
Valoració paràmetres clínics	• TA (140/90mmHg). • Mantenir pes saludable IMC 25 kg/m². • Perímetre cintura: 80 cm en dones. 94 cm en homes. • Freqüència cardíaca. • Control colesterol (LDL < 70mg/dl). • Control DM (HbA1c < 7 %).
Suport psicològic	• Estrès sota control 10-15 minuts al dia de relaxació. • Identificació i tractament d’alteracions psicològiques.

Font: elaboració pròpia

7.5.6. Aspectes clau en les MCV

- Estratègies preventives:
 - Estratègia poblacional: salut pública i comunitària.
 - Individus d'alt risc: prevenció primària i secundària.
- Objectius:
 - Disminuir la morbiditat i les discapacitats.
 - Augmentar la qualitat de vida.
- Modificació dels estils de vida: fonamental per la prevenció i tractament.
- Educació per la salut: eina per empoderar les persones.

Bibliografia

1. Abajobir AA, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, Abera SF, Aboyans V et al. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017; 390 (10100): 1151-1210.
2. Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P, Wickramasinghe K, Rayner M, Nichols M. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016. *Eur Heart J*. 2016; 37 (42): 3232-3245.
3. Wilkins E, Wilson L, Wickramasinghe K, Bhatnagar P, Leal J, Luengo-Fernandez R et al. European Cardiovascular Disease Statistics. Brussel·les: European Heart Network; 2017.
4. Ministerio de Sanidad. Indicadores de salud 2020. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: ministerio de Sanidad; 2020.
5. Mendis S, Puska P, Norrving B, World Health Organization, World Heart Federation, et al. Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: World Health Organization; 2011.
6. Santos RD, Nasir K. Insights into atherosclerosis from invasive and non-invasive imaging studies: Should we treat subclinical atherosclerosis? *Atherosclerosis*. 2009; 205 (2): 349-356.
7. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in Health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. *Arbetsrapport*. 2007; (14).
8. WHO. Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks [Internet]. Bulletin of the World Health Organization; 2009. Disponible a: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf

9. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*. 2016; 37 (29): 2315-2381.
10. Goff DC, Lloyd-Jones DM, Bennett G, Coady S, D'Agostino RB, Gibbons R, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the assessment of cardiovascular risk: A report of the American college of cardiology/American heart association task force on practice guidelines. *Circulation*. 2014; 129 (25 S2): S49-73.
11. Marrugat J, Subirana I, Comín E, Cabezas C, Vila J, Elosua R et al. Validity of an adaptation of the Framingham cardiovascular risk function: the VERIFICA Study. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61 (1): 40-47.
12. Marrugat J, Vila J, Baena-Diez JM, Grau M, Sala J, Ramos R et al. Validez relativa de la estimación del riesgo cardiovascular a 10 años en una cohorte poblacional del estudio REGICOR. *Rev esp cardiología*. 2011; 64 (5): 385-394.
13. Peters RJG. Health literacy skills and the benefits of cardiovascular disease prevention [Internet]. *Neth Heart J*. 2017; 25: 407-408. Disponible a: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5513989/pdf/12471_2017_Article_1001.pdf
14. Cooney MT, Dudina A, Whincup P, Capewell S, Menotti A, Jousilahti P et al. Re-evaluating the Rose approach: Comparative benefits of the population and high-risk preventive strategies [Internet]. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2009; 16 (5): 541-549. Disponible a: <http://journals.sagepub.com/are.uab.cat/doi/pdf/10.1097/HJR.0b013e32832b38a1>
15. Perk J, de Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Ž, Verschuren M et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J*. 2012; 33 (13): 1635-1701.
16. Pla Director de Malalties Cardiovasculars. Model De Rehabilitació Cardíaca I Prevenció Secundària en persones que han tingut una Síndrome Coronària Aguda. Generalitat de Catalunya; 2018.
17. Rosato V, Temple NJ, La Vecchia C, Castellan G, Tavani A, Guercio V. Mediterranean diet and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *European Journal of Nutrition*. *Eur J nutr*. 2019; 58 (1): 173-191. DOI: 10.1007/s00394-017-1582-0
18. World Health Organization (WHO). Global recommendations on physical activity for health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponible a: file:///C:/Users/agraac/Downloads/9789241599979_eng.pdf
19. Fistera [Internet]. Barcelona: Elsevier España SLU; 2022. Guías clínicas de cardiología. Disponible a: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/angina-estable/>

7.5. ATENCIÓ A LES PERSONES AMB PROBLEMES [...]

20. Sociedad Española de Cardiología [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Cardiología; 2022. Guías Clínicas 2021. Disponible a: <https://secardiologia.es/>
21. Coll G, Dalfó A, de la Figuera VWM, Gibert E, Isnard M, Martínez V et al. Hipertensió arterial: guies de pràctica clínica [Internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2012. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4540.2>
22. Verdú JM, Pacheco V, Amado E, Esgueva N, López N, Alemany L et al. Guies de pràctica clínica. Insuficiència cardíaca [Internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2008. Disponible a: http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/gpc/Guia_breu_IC.pdf
23. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. PROTOCOL d'educació per a la salut: prevenció secundària cardiovascular [Internet]. Illes Balears: Gerència d'Atenció Primària de Mallorca; 2011. Disponible a: <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1261/Protocol%20d'educacio%CC%81%20per%20a%20la%20salut,%20prevencio%20secundaria%20cardiovascular.pdf>

7.6.

Atenció a les persones amb problemes de salut respiratoris

MARIA VIDAL, NÚRIA VIDAL

7.6.1. Introducció

Les malalties respiratòries són un grup de diverses patologies cròniques de les vies respiratòries i altres estructures del pulmó. Algunes de les més habituals són: la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), l'asma, les al·lèrgies respiratòries, les malalties pulmonars d'origen laboral i la hipertensió pulmonar. Actualment, a escala mundial, hi ha 235 milions de persones que pateixen asma, 64 milions que pateixen MPOC, i milions de persones afectades per altres malalties pulmonars cròniques que no arriben a diagnosticar-se.¹

Les malalties pulmonars cròniques s'associen a una alta morbimortalitat de les poblacions. A Espanya, l'any 2018 suposaven l'11,4 % del total de morts, essent la tercera causa de mort (46.812 defuncions anuals).^{2,3} Segons sexe, les malalties respiratòries són la tercera causa de mort tant en homes com en dones (14,9 morts per cada 100.000 habitants en homes i 87,2 morts per cada 100.000 habitants en el cas de les dones), després dels tumors (la primera causa de mort en homes), i les malalties del sistema circulatori (primera causa de mort en dones).

El càncer de pulmó (22.155 morts/any), les malalties cròniques de les vies respiratòries baixes (15.071 morts/any) i la pneumònia (9.310 morts/any) són les causes més freqüents de mort respiratòria. Pel que fa a Catalunya, i segons dades de l'Idescat, l'any 2018 les malalties respiratòries van suposar la tercera causa de mort (12,96 % del total de morts en homes i 10,87 % del total de morts en dones), després de les neoplàsies i de les malalties cardiovasculars.⁴

7.6.2. Definició

D'entre les malalties respiratòries, la MPOC és la més important. Aquesta és una malaltia complexa i multisistèmica, caracteritzada per una limitació crònica del flux aeri amb símptomes respiratoris persistents.^{5,6} Els símptomes respiratoris principals inclouen la dispnea, la tos i l'expectoració, però la seva presentació clínica pot ser molt heterogènia i aquest fet pot tenir repercussions pronòstiques i terapèutiques.⁷ Els pacients poden presentar períodes d'empitjorament clínic agut, el que s'anomenen *exacerbacions*.

Les comorbiditats més freqüents de l'MPOC són la malaltia cardiovascular (cardiopatia isquèmica, insuficiència cardíaca i ictus), la hipertensió arterial, la diabetis mellitus, la insuficiència renal, l'ansietat-depressió, l'osteoporosi i la neoplàsia de pulmó.⁶

La prevalença d'MPOC en la població espanyola major de 40, d'acord a l'estudi EPI-SCAN II, és del 12,4 %, incrementant-se amb l'edat i el sexe masculí, amb un infradiagnòstic estimat del 73 %.^{8,9} Aquesta situació fa que gran part dels pacients arribin a estadis avançats de la malaltia sense el diagnòstic previ, ni els tractaments adequats. Així doncs, és prioritari un cribratge d'MPOC davant de qualsevol persona que presenti símptomes típics de la malaltia i estigui exposada a alguns factors de risc, com ara el tabac.⁸

La sospita clínica es planteja amb una persona de més de 35 anys amb clínica respiratòria i antecedents d'exposició al tabac i altres factors de risc coneguts. La dispnea és el símptoma principal i s'ha de mesurar segons l'escala mMRC (taula 1).¹⁰ Cal tenir present que la dispnea es pot acompanyar d'altres manifestacions clíniques. Davant la sospita clínica, caldrà confirmar el diagnòstic mitjançant una espirometria forçada. Aquesta prova s'ha de realitzar durant la fase estable de la malaltia.

7.6.3. Factors de risc

L'envel·liment de la població, juntament amb l'exposició continuada als factors de risc, fa preveure un augment de la prevalença de l'MPOC en les pròximes dècades.⁹ El consum de tabac és el principal factor de risc per desenvolupar MPOC. La seva relació causal s'ha establert en nombrosos estudis prospectius de cohorts, entre ells el del el British Medical Research Council¹¹ i del Framingham Heart Study Offspring.¹² Els estudis prospectius de cohorts estimen que el risc absolut de desenvolupar MPOC entre els fumadors és 9 o 10 vegades més alt que entre els no fumadors.^{13,14} No obstant això, només es diagnostica MPOC al 50 % dels fumadors. A més, s'ha demostrat que el risc

és proporcional al consum acumulat de tabac, de manera que el risc passa del 26 % en fumadors de 15-30 paquets a l'any al 51 % en fumadors de més de 30 paquets a l'any.⁸ Així doncs, malgrat ser una malaltia incurable, el cessament del consum de tabac és la mesura més efectiva per prevenir i alentir la seva progressió. Altrament, hi ha una proporció de casos de MPOC diagnosticats en persones no fumadores. En aquest grup de població el tabaquisme passiu és un factor de risc implicat en l'etiopatogènia de la malaltia.¹⁵ Determinats factors ambientals com la contaminació atmosfèrica o exposicions relacionades amb l'entorn laboral també poden contribuir a desenvolupar la malaltia. Aquestes troballes justifiquen investigar l'exposició laboral a tots els pacients i prendre mesures preventives en el lloc de treball sempre que sigui possible. Altres factors de risc de la malaltia són aquells propis de les persones i que poden predisposar al desenvolupament de l'MPOC. Alguns exemples serien la hiperreactivitat bronquial, les infeccions respiratòries (que poden alterar la funció pulmonar en edats pediàtriques) i els antecedents familiars o genètics (com el dèficit d'alfa1 antitripsina).¹⁶ Finalment, la pobresa i l'estatus socioeconòmic baix també s'associen a un major risc de patir MPOC.¹⁷

Taula 1. Escala mMRC

Grado 0. Ausencia de disnea salvo al realizar ejercicio intenso.
Grado 1. Disnea al andar deprisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada
Grado 2. La disnea le produce incapacidad para mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.
Grado 3. La disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 metros o pocos minutos después de andar en llano.
Grado 4. La disnea le impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse.

Medical Research Council. Committee on research into chronic bronchitis: instruction for use on the questionnaire on respiratory symptoms. Devon: WJ Holman; 1966.

Font: adaptat del Medical Research Council¹⁰

7.6.4. Tractament i seguiment

Els objectius generals del tractament i seguiment de l'MPOC es classifiquen en funció del temps previst en objectius a curt termini i objectius a llarg termini.¹³

- Objectius a curt termini:
 - Alleugerir símptomes.
 - Millorar l'activitat diària i tolerància a l'exercici.
 - Millorar la qualitat de vida.
- Objectius a llarg termini:
 - Endarrerir la progressió de la malaltia.
 - Tractar les exacerbacions i reduir la seva freqüència i gravetat.
 - Prevenir i tractar precoçment les complicacions de la malaltia.
 - Reduir la mortalitat.

7.6.5. Opcions terapèutiques

Deixar de fumar és la intervenció més eficaç per frenar el deteriorament funcional de l'MPOC (grau recomanació A).¹⁸ Així doncs cal promocionar l'abandonament de l'hàbit tabàquic a tots els nivells assistencials, especialment a l'atenció primària.

La vacunació antigripal redueix la incidència d'infeccions respiratòries. Es recomana periodicitat anual amb grau de recomanació A, també la vacunació antipneumocòcia (grau recomanació B).¹⁹

El tractament farmacològic és efectiu per reduir els símptomes, la freqüència i la gravetat de les exacerbacions. També per millorar la tolerància a l'exercici i la qualitat de vida. L'adherència al tractament i la correcta tècnica d'inhaladors són elements clau en l'èxit del tractament, per la qual cosa cal prioritzar aquestes intervencions en les persones amb MPOC.

Finalment, la rehabilitació respiratòria millora la dispnea, la capacitat d'exercici i la qualitat de vida dels pacients. Aquesta teràpia ha demostrat un major benefici davant d'altres tractaments (grau de recomanació A).²⁰ Les teràpies es dirigeixen a la millora de la condició física i psicològica dels pacients, així com a la promoció dels comportaments saludables, que inclouen: entrenament físic, nutrició, autocures i control dels símptomes.⁵

7.6.6. Aspectes clau

El diagnòstic precoç, juntament amb una intervenció adequada en les etapes inicials de l'MPOC, són fonamentals per al seu abordatge i, en aquest sentit, l'atenció primària hi desenvolupa un rol fonamental.

La intervenció activa en la detecció de factors de risc, especialment del tabac, és clau per al control de la malaltia.

L'enfocament de l'MPOC no es pot limitar a la gestió de símptomes respiratoris, sinó que cal una gestió global, tenint presents les comorbiditats que l'acompanyen.

Bibliografia

1. World Health Organization [Internet]. Chronic respiratory diseases; 2022; [aprox. 5 pantalles]. Disponible a: <https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases>
2. Instituto Nacional de Estadística. España en cifras [Internet]. Madrid: INE. Disponible a: https://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2018/21/
3. Eurostat Statistics Explained [Internet]. Respiratory diseases statistics; 2021; [aprox. 2 pantalles]. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Respiratory_diseases_statistics&oldid=497079
4. Idescat [Internet]. Moratidad y defunciones por tipo de enfermedad, sexo y grupos de edad. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya; 2021, [aprox. 4 pantalles]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=825&lang=es>
5. WHO. Enfermedades respiratorias crónicas [Internet]. Disponible a: <https://www.who.int/respiratory/es/>
6. Miravittles M, coordinador. Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Guía Española de la EPOC (GesEPOC) [Internet]. Arch Bronconeumol. 2017; 53 (1): 2-64. Disponible a: <https://www.sogapar.info/wp-content/uploads/2016/12/Guia-GESEPOC-2017.pdf>
7. Miravittles M, Calle M, Soler-Cataluña JJ. Clinical phenotypes of COPD: Identification, definition and implications for guidelines. Arch Bronconeumol. 2012; 48 (3): 86-98.
8. Miravittles M, Soriano JB, García-Río F, Muñoz L, Duran-Tauleria E, Sanchez G et al. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. Thorax. 2009; 64 (10): 863-868.
9. Martín F, Santigosa A. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Los principales problemas de salud. AMF [Internet]. 2020; 16 (4): 184-193. Disponible a: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2640
10. Medical Research Council. Committee on research into chronic bronchitis: instructions for use on the questionnaire on respiratory symptoms. Denvon: WJ Holman; 1996.

11. Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. *Br Med J*. 1977; 1 (6077): 1645-1648.
12. Kohansal R, Martinez-Camblor P, Agusti A, Buist AS, Mannino DM, Soriano JB. The natural history of chronic airflow obstruction revisited: an analysis of the Framingham offspring cohort. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009; 180 (1): 3-10
13. Lokke A, Lange P, Scharling H, Fabricius P, Vestbo J. Developing COPD: a 25 year follow up study of the general population. *Thorax*. 2006; 61 (11): 935-939.
14. Lundbäck B, Lindberg A, Lindström M, Rönmark E, Jonsson AC, Jönsson E et al. Obstructive Lung Disease in Northern Sweden Studies. Not 15 but 50 % of smokers develop COPD?—Report from the Obstructive Lung Disease in Northern Sweden Studies. *Respir Med*. 2003; 97 (2): 115-122.
15. Salvi SS, Barnes PJ. Chronic obstructive pulmonary disease in nonsmokers. *Lancet*. 2009; 374 (9691): 733-743
16. Lange P, Celli B, Agustí A, Boje G, Divo M, Faner R et al. Lung-function trajectories leading to chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. 2015; 373 (2): 111-122.
17. Townend J, Minelli C, Mortimer K, Obaseki DO, Al Ghobain M, Cherkaski H et al. The association between chronic airflow obstruction and poverty in 12 sites of the multinational BOLD study. *Eur Respir J*. 2017; 49 (6): 1601880.
18. Van Eerd EAM, van der Meer RM, van Schayck OCP, Kotz D. Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; (8): CD010744.
19. Vogelmeier CF, Criner GJ, Martinez FJ, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report. GOLD Executive Summary. *Am J Respir Crit Care Med*. 2017; 195 (5): 557-582.
20. Gillespie P, O'Shea E, Casey D, Murphy K, Devane D, Cooney A et al. The cost-effectiveness of a structured education pulmonary rehabilitation programme for chronic obstructive pulmonary disease in primary care: the PRINCE cluster randomised trial. *BMJ Open*. 2013; 3 (11): e003479.

7.7.

Atenció a les persones amb problemes de salut osteomusculars crònics

BERNAT-CARLES SERDÀ, ALBERT PALAHÍ

7.7.1. Introducció

L'envelliment que s'està produint a escala mundial impulsa a reconsiderar l'atenció sanitària que fomenta la qualitat de l'atenció de les persones grans.¹ L'OMS, com a línia estratègica, acorda tres objectius de rehabilitació per assolir el 2030, que són:

- a. Aconseguir una cobertura mundial dels programes de rehabilitació de qualitat. Els programes de rehabilitació han d'estar disponibles, han de ser accessibles i assequibles per a qualsevol persona que ho necessiti, principalment les persones que viuen amb problemes de salut.
- b. Identificar tant els factors facilitadors com les barreres que dificulten la cobertura mundial.
- c. Recuperar de forma eficaç la funcionalitat i l'autonomia, principalment, de les persones grans, i aconseguir un bon estat de salut en el continu de la vida.²

La patologia osteomuscular correspon a una dolència física habitual en tots els subgrups d'edat, tot i que la seva prevalença augmenta significativament a mesura que augmenta l'edat. Les patologies osteomusculars més habituals corresponen a l'artrosi, l'artritis, el dolor localitzat a la columna lumbar i l'osteoporosi. En qualsevol dels casos genera un major i menor grau d'impotència funcional que impacta a la qualitat de vida (QdV) de forma multidimensional.³ Posteriorment a la seva diagnosi, s'ha d'intervenir de forma immediata per disminuir el risc que la patologia osteomuscular esdevingui crònica. En el cas que esdevingués

crònica, suposaria un mal pronòstic dificultant la seva recuperació. En aquest marc, la promoció d'un estil de vida actiu en un entorn psicosocial favorable correspon a una estratègia complementària efectiva per mantenir una bona QdV i prevenir que la dolència evolucioni cap a l'estat de cronicitat, que es reconeix com a patologia osteomuscular crònica (POMC).

Malgrat que els resultats dels estudis confirmen que els programes de rehabilitació multimodal tenen un efecte de millora física, funcional i psicosocial satisfactòria millorant la QdV de les persones grans que les pateixen, avui dia la POMC se segueix tractant bàsicament dins l'àmbit farmacològic a partir d'opiacis. Considerant el nivell d'eficàcia d'aquesta tipologia d'intervencions, cal implementar-les com a programes de promoció de salut en el context d'atenció comunitària.

7.7.2. Desenvolupament del tema

L'edat de la població mundial està en continu creixement. Estudiar la forma de millorar la promoció de la salut de la població i disminuir l'impacte socioeconòmic, que provoquen les malalties relatives a l'edat, és una estratègia de la salut comunitària. En aquest marc, s'inclou descriure la patologia i la fisiologia associada a la POMC relativa a la persona gran. L'artritis i els trastorns musculoesquelètics estan considerats com els que causen una major incapacitat i morbiditat global i suposen una alta despesa sanitària.⁴ Malgrat això, la incidència i el tractament efectiu d'aquest subgrup de malalties no són del tot coneguts, i malauradament subestimats.

Millorar la recerca i el coneixement per aconseguir una major comprensió de les POMC relacionades amb l'edat poblacional, així com els factors vinculats a la vellesa i la senescència prematura, suposarà una millor atenció sanitària i facilitar el desenvolupament de programes de rehabilitació adaptats de forma flexible a la POMC. El disseny i implementació de guies de promoció de la salut basades en l'evidència permeten millorar la QdV de les persones en el continu de la salut i la malaltia.

Les POMC més habituals a la nostra comunitat corresponen a l'osteoartritis, l'artritis reumatoide, l'artritis psoriàsica, el dolor osteomuscular lumbar i l'osteoporosi. La incidència d'aquestes malalties augmenta amb l'edat i la seva aparició pot produir altres patologies associades, generant un estat comòrbid, sarcopènia, sedentarisme, risc de fragilitat i, fins i tot, la mort prematura.⁵

Els símptomes més habituals associats a la POMC corresponen als símptomes del dolor, incapacitat funcional, atròfia muscular, amb un estat subjacent variable de distímia i aïllament social. El símptoma de dolor és el més habitual associat

a la POMC, quan es manté en el temps, s'identifica com a dolor crònic que es caracteritza per mantenir-se en el temps, genera un estat de fatiga física i mental, una impotència funcional i un impacte psicosocial a les persones grans que el pateixen. Un aspecte habitual que s'observa en el context sanitari i social i que planteja un dilema ètic correspon al fet d'acceptar la POMC i el símptoma de dolor crònic com a dolències naturals pròpies de l'edat i del procés d'envelliment. En aquest àmbit, cal superar aquesta falsa creença i actuar de forma proactiva promovent un tractament farmacològic i un tractament rehabilitador complementari en el marc de la salut i el benestar.

A continuació es descriuen les POMC més habituals, així com les característiques i la dosi d'activitat física recomanada per les grans organitzacions mundials, per tal de ser efectiva.

L'osteoartritis (la forma d'artritis més habitual) presenta com a factors de risc, l'edat, l'obesitat, malaltia metabòlica o una lesió articular prèvia. L'artritis reumatoide correspon a una malaltia articular inflamatòria amb un origen immunitari i genètic que afecta aproximadament l'1 % de la població. En aquest marc, entre la cinquena i la novena dècada de la vida, l'osteoartritis i el dolor osteomuscular lumbar corresponen a les patologies osteomusculars que contribueixen a una major discapacitat musculoesquelètica i a una disminució de la QdV en les persones grans.⁶

A més a més, la pràctica diària de 60 minuts d'exercici físic a una intensitat moderada correspon a la dosi efectiva per disminuir el risc de mort prematura i compensar les 8 h diàries de conducta sedentària propiciada per la jornada laboral.⁷ Per mantenir una vellesa saludable, l'OMS promou el manteniment d'una activitat física regular practicada a una intensitat moderada o baixa durant 20 minuts diaris, o bé, dues hores setmanals com és el cas d'un caminar vigorós. Aquesta dosi és suficient per mantenir un bon estat de salut general i prevenir riscos.^{8,9} Aquesta dosi d'activitat física practicada de forma regular disminueix el risc de patir patologies com l'obesitat, la diabetis mellitus tipus 2, la hipertensió arterial, la patologia cardiovascular i algun tipus de càncer. En un estudi descriptiu longitudinal realitzat durant vint-i-cinc anys a 13.000 adults s'observa que l'augment de la freqüència cardíaca a partir de l'activitat física disminueix el risc de patir HTA, la patologia cardiovascular i alguns tipus de càncer.¹⁰

Així mateix, és ben sabut que la pràctica regular d'exercici físic té un efecte de millora de la condició muscular i esquelètica i millora el trofisme muscular. Aquests efectes disminueixen el risc de patir la POMC. A partir de la revisió sistemàtica dels programes destinats a recuperar aquesta tipologia de malalties, s'observen els efectes de recuperació a escala multidimensional. A continuació, es presenten alguns exemples:

- a. en un primer terme, els resultats d'un programa de rehabilitació domiciliària de 8 setmanes destinat a persones diagnosticades d'osteoartritis a l'articulació del genoll confirmen una millora en la funció locomotora, la força i l'equilibri i una disminució de la intensitat del dolor;¹¹
- b. en segon terme, un programa de rehabilitació multimodal destinat a la millora del dolor lumbar crònic no específic basat en el reforçament muscular, la flexibilitat i l'exercici aeròbic. El treball de reforçament muscular correspon a la modalitat *core* i es localitza a la musculatura de la zona abdominal, lumbar i glútia. A partir del reforçament muscular s'identifica una disminució del dolor de la columna. El treball de flexibilitat està destinat als músculs, tendons i lligaments considerats els elements essencials que assisteixen el moviment. La millora de la flexibilitat augmenta el rang de moviment articular lumbar (ROM), tret que representa una major amplitud de moviment. Finalment, l'exercici aeròbic augmenta la circulació sanguínia i els nutrients, i disminueix la rigidesa de la zona lumbar. Aquesta proposta de rehabilitació combinada aconsegueix recuperar el dolor lumbar de forma significativa;¹²
- c. en darrer terme, els resultats de l'estudi longitudinal de Bloxham (2020) confirmen que un programa de rehabilitació basat en l'exercici físic multimodal, mantingut a llarg termini, millora la POMC, mediat indirectament per la millora de l'obesitat. Mantenir el pes corporal saludable millora la salut musculoesquelètica. Aquest resultat és rellevant, ja que l'obesitat correspon al principal factor de risc que contribueix a la malaltia.¹³ De Lorenzo confirma que l'obesitat en si mateixa ja és una malaltia, ja que té una relació directa amb la POMC. Així mateix, l'obesitat té una relació determinant en la presència d'altres malalties identificades, com són els casos de la diabetis mellitus tipus 2, l'HTA, la patologia cardiovascular, el càncer i la depressió.

Conjuntament amb la pràctica d'exercici físic regular cal fomentar una dieta sana i equilibrada, rica en fruita fresca i verdura. Aquests aliments aporten potassi i flavonoides que milloren la densitat i la reabsorció òssia, un factor determinant en les dones en el període de la perimenopausa, ja que disminueix el risc de fractura.

La European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases confirma que per evitar la patologia musculoesquelètica i l'osteoporosi, sobretot en les dones en fase de la menopausa, recomana la prescripció d'una dieta amb contingut de vitamina D, calci i, principalment, proteïna. Aquest tipus de dieta és efectiva per les dones grans, per evitar el risc de caiguda i fractura de maluc. L'evidència confirma que s'ha de mantenir la ingesta proteica per conservar una bona salut

musculoesquelètica, i desaconsella disminuir o descartar el consum proteic amb la justificació que produeix acidosi metabòlica renal, ja que aquest estat és transitori i pot ser fàcilment compensat amb l'increment del consum de fruita i verdura, ja que aquests aliments disminueixen l'acidesa renal.¹⁴ El consum de vitamina D i K és una estratègia efectiva per millorar la POMC. El consum de vitamina D s'ha demostrat que té un efecte positiu en l'increment de la massa muscular i augment de la força en el procés de sarcopènia de les persones grans.

En el cas de les persones que pateixen osteoartritis, la suplementació a partir de vitamina K facilita la mineralització òssia i del cartílag articular, tot i que, per la mateixa causa, el consum de vitamina D científicament encara no es pot confirmar.

En aquesta línia, un estudi descriptiu longitudinal de 3 anys de durada amb una mostra de 400 participants determina que la prescripció d'una dieta de qualitat rica en K alenteix la pèrdua de massa muscular en adults de més de 65 anys.¹⁵ El consum de vitamina K té un efecte de regulació de la pressió arterial.

Finalment, cal seguir estudiant la dosi exacta de consum d'antioxidants per aconseguir reparar els teixits; així mateix, la propietat potencial antiinflamatòria de la cúrcuma en l'osteoartritis i d'altres POMC.

A partir del programa d'exercici físic regular també s'observen efectes en el trofisme muscular millorant la condició física general.¹⁶

Considerant una altra modalitat d'exercici destinat a la POMC, Freitas-Swerts (2014) proposa un programa d'exercici de força-resistència muscular al lloc de treball. Es prescriu una dosi d'exercici de 15 minuts de durada, amb una freqüència de dues sessions setmanals i durant un període total de 10 setmanes. Els resultats confirmen una millora de dolor articular incloent la columna lumbar.¹⁷

D'altres modalitats de programes d'exercici com, per exemple, tipus pilates o ioga adaptat, podrien ser recomanables per revertir el dolor lumbar crònic.¹⁸ Malgrat això, manquen encara més estudis en aquesta línia per confirmar els resultats.

Els resultats d'aquests estudis presentats entre molts d'altres revisats justifiquen la necessitat d'elaborar guies de promoció de la salut basades en l'exercici físic i en la rehabilitació. El format d'aquestes guies haurien de ser en format obert per tal de ser accessibles a tota la població. Així mateix, caldria considerar els paràmetres que determinen la dosi d'exercici efectiu (tipus d'exercici, freqüència, intensitat, durada, progressiu i manteniment), que científicament mostra un efecte en la disminució dels símptomes que produeixen les POMC, principalment el dolor, la incapacitat funcional, l'atròfia, la fatiga, la distímia i la millora del benestar general.¹⁹

Els resultats dels estudis confirmen que els de programes de rehabilitació multimodal milloren els símptomes associats a la POMC. Així mateix, el programa de rehabilitació ha de considerar un aspecte tan important com és l'adherència al programa a llarg termini. En aquest marc el programa ha d'incloure els models de motivació i adherència amb l'objectiu d'empoderar la persona afectada. L'adherència ha de contemplar aspectes quantitatius com, per exemple, el nombre de sessions completades i els exercicis o minuts realitzats en un període de temps, i els aspectes qualitius relatius a la qualitat d'execució del patró motor o activitat prescrita.

Per aconseguir aquest objectiu, des de la fase inicial del programa la persona ha de ser l'element central del seu procés de rehabilitació, fomentant l'autonomia i així afrontar la situació de salut a partir d'una actitud proactiva. Al finalitzar el programa s'hauria d'aconseguir establir l'hàbit d'exercici de forma regular i continuada. Aquests tipus de programes d'intervenció multimodal han aconseguit una millora física, funcional i psicosocial satisfactòria millorant la QdV de les persones que les pateixen. Així mateix, han aconseguit una bona adherència a llarg termini, cosa que representa que el programa ha resultat efectiu.

7.7.3. Aspectes clau

En aquest capítol es descriuen les característiques de la patologia osteomuscular crònica (POMC). Bàsicament, es caracteritza per la presència dels símptomes de dolor, incapacitat funcional, distímia i una baixa qualitat de vida. En aquesta línia, es proposa la prescripció d'un programa d'exercici físic regular conjuntament amb una dieta equilibrada com a estratègia de tractament efectiu en el marc de la salut comunitària.

Bibliografia

1. OECD [Internet]. Elderly population (indicator). Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD); 2021 [consultat 02 d'abril de 2021]. Disponible a: doi: 10.1787/8d805ea1-en
2. WHO. Rehabilitation in health systems: guide for action. Geneva: World Health Organization; 2019. [consultat: 02 d'abril de 2021]. Disponible a: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515986>
3. Cordioli JR, Cardin DF, Gazetta CE, Gomes da Silva A, Garcia L. Quality of life and osteomuscular symptoms in workers of primary health care. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2020; 73 (5): e20190054. Disponible a: <https://www.scielo.br/j/reben/a/GJ9xFMKgWSNP7vfSkxsdZwN/?lang=en>

4. Cross M, Smith E, Hoy D, Nolte S, Ackerman I, Fransen M, et al. The global burden of hip and knee osteoarthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. 2014; 73 (7): 1323-1330. DOI: 10.1136/annrheumdis-2013-204763
5. Lewis R, Gómez CB, Mobasheri A. Proceedings of the Musculoskeletal Health in the 21st Century Workshop. *BMC Musculoskeletal Disorders* (Guidford) [Internet]. 2015 [consultat 02 d'abril de 2021]; 16 (S1). Disponible a: <https://resource-cms.springernature.com/springer-cms/rest/v1/content/7367964/data/v2>
6. Lewis R, Gómez C B, Rayman M, Lanham-New S, Woolf A, Mobasheri A. Strategies for optimising musculoskeletal health in the 21st century. *BMC Musculoskeletal Disord* (Guidford) [Internet]. 2019; 20 (164): 1-15. Disponible a: <https://bmcmusculoskeletaldisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-019-2510-7#citeas> DOI:10.1186/s12891-019-2510-7
7. Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ, Fagerland MW, Owen N, Powell KE, et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet*. 2016; 388 (10051): 1302-1310. DOI: 10.1016/S0140 — 6736(16)30370-1
8. WHO. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [consultat 02 d'abril de 2021]. Disponible a: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
9. van der Velde JHPM, Koster A, van der Berg JD, Sep SJS, van der Kallen CJH, Dagnelie PC, et al. Sedentary Behavior, Physical Activity, and Fitness-The Maastricht Study. *Med Sci Sports Exerc*. 2017; 49 (8): 1583-1591. DOI: 10.1249/mss.0000000000001262
10. Kubota Y, Evenson KR, Maclehose RF, Roetker NS, Joshi CE, Folsom AR. Physical Activity and Lifetime Risk of Cardiovascular Disease and Cancer. *Med Sci Sports Exerc*. 2017; 49 (8): 1599-1605. DOI: 10.1249/MSS.0000000000001274
11. McCarthy CJ, Mills PM, Pullen R, Richardson G, Hawkins N, Roberts CR, et al. Supplementation of a home-based exercise programme with a class-based programme for people with osteoarthritis of the knees: a randomised controlled trial and health economic analysis. *Health Technol Assess*. 2004; 8 (46): iii-iv, 1-61. DOI: 10.3310/hta8460
12. Gordon R, Bloxham S. A Systematic Review of the Effects of Exercise and Physical Activity on Non-Specific Chronic Low Back Pain. *Healthcare* (Basel). 2016. 4 (2): 22. DOI: 10.3390/healthcare4020022
13. De Lorenzo A, Gratteri S, Gualtieri P, Cammarano A, Bertucci P, Di Renzo L. Why primary obesity is a disease?. *J Transl Med*. 2019; 17 (169). DOI: [10.1186/s12967-019-1919-y](https://doi.org/10.1186/s12967-019-1919-y)
14. Heaney RP, Layman DK. Amount and type of protein influences bone health. *Am J Clin Nutr*. 2008; 87 (5): 1567S-1570S. DOI: 10.1093/ajcn/87.5.1567S
15. Dawson-Hughes B, Harris SS, Ceglia L. Alkaline diets favor lean tissue mass in older adults. *Am J Clin Nutr*. 2008; 87 (3): 662-665. DOI: 10.1093/ajcn/87.3.662

16. Bloxham SR, Layden J, Jane B, Peers C, Scragg S. The longitudinal effects of a physical activity programme on the physical fitness and disability of back pain patients: Service evaluation. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2020; 33 (1): 7-13. DOI: 10.3233/BMR-170856
17. Freitas-Swerts FC, Robazzi ML. The effects of compensatory workplace exercises to reduce work-related stress and musculoskeletal pain [Internet]. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014; [consultat 25 de març de 2021]; 22 (4): 629-636. Disponible a: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400629&lng=en DOI:10.1590/0104-1169.3222.2461
18. Da Silva P, Ferreira D, da Silva JK, Barbosa F. The effect of the Pilates method on the treatment of chronic low back pain: a clinical, randomized, controlled study [Internet]. *BrJP.* 2018; [consultat 25 de març de 2021]; 1 (1): 21-28. Disponible a: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2595-1922018000100021&lng=en
19. Warburton DER, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Curr Opin Cardiol.* 2017; 32 (5): 541-556. DOI: 10.1097/HCO.0000000000000437

7.8.

Atenció a les persones amb problemes de salut mental

SANDRA GELABERT, MÍRIAM BRONCANO

7.8.1. Introducció

Un dels problemes més urgents que presenta la nostra societat actualment és l'augment dels trastorns mentals¹⁻³ en totes les franges d'edat de la població, amb els consegüents costos personals, socials i econòmics que comporten.^{3,4}

Tal i com s'ha definit aquests últims anys, la prioritat rau en l'atenció de la salut mental comunitària i és cap a on s'han d'encaminar les polítiques i les pràctiques, tenint en compte la millor evidència disponible.^{5,6}

Un dels reptes que es plantegen en el capítol és abordar la realitat de la salut mental des de la comunitat, posant a disposició un text que sintetitza de forma concisa i eficaç el concepte *salut i malaltia mental*, la salut mental comunitària, l'evolució del model de salut mental comunitari i finalment els dispositius i els processos assistencials necessaris per garantir una acció de salut mental comunitària eficaç i costoeffectiva.

7.8.2. Concepte de *salut i malaltia mental*

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix la salut mental com

un estat de benestar en el qual l'individu és conscient de les seves pròpies capacitats, pot afrontar les tensions normals de la vida, pot treballar de forma productiva i satisfactòria i és capaç de fer una contribució a la seva comunitat.

En aquest sentit positiu, la salut és la base per al benestar i el bon funcionament d'un individu i d'una comunitat. Per tant, va més enllà de la simple absència de malaltia mental, ja que les condicions i capacitats esmentades en la definició tenen valor per si mateixes. A més, la salut i la malaltia poden coexistir simultàniament, sent mútuament exclusives només si la salut es defineix d'una manera restrictiva com l'absència de malaltia.⁷

El terme malaltia mental aglutina patologies de molt diversa índole i que afecten cada persona que les pateix d'una forma diferent. Els dos sistemes classificatoris de les malalties mentals més importants utilitzats en l'actualitat i en els que es descriuen els criteris que defineixen cada categoria diagnòstica són: la Classificació Estadística Internacional de Malalties i Problemes Relacionats amb la Salut (CIM-11) de l'OMS i el Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-5) de l'Associació Psiquiàtrica Americana. Pel que fa a la disciplina infermera, cal anomenar el sistema taxonòmic de Diagnòstics Infermers, Classificació d'Intervencions d'Infermeria i Classificació de Resultats d'Infermeria, coneguts pels seus acrònims en anglès NANDA-NIC-NOC.

Aquests sistemes classificatoris oficials i mundialment utilitzats intenten establir un llenguatge comú per les infermeres i infermers, més enllà de les diferents cultures pròpies de cada país i més enllà de les diferents concepcions teòriques sobre les causes de les categories que defineixen. Són especialment útils per poder comparar investigacions i per garantir que estudis en diferents països estiguin realment realitzats amb persones de característiques similars.

7.8.3. Salut mental comunitària

La salut mental comunitària, des d'un abordatge holístic, respon als problemes de salut mental fent ús dels recursos comunitaris, per assegurar que les persones amb problemes de salut mental puguin exercir el seu dret a rebre cures i suport en el seu propi entorn i optimitzar la seva possibilitat de recuperació.⁸

Tal com la coneixem actualment, la salut mental comunitària va començar després de la Segona Guerra Mundial com a resposta al tancament dels hospitals psiquiàtrics i al trasllat de l'atenció a la comunitat.⁹

La salut mental comunitària posa més èmfasi en el suport al dret a la participació en la comunitat i organitza un abordatge multidisciplinari i multisectorial més intensiu, combinant abordatges en l'àmbit poblacional per a la prevenció i la promoció de la salut. D'altra banda requereix un compromís clar amb la filosofia de la recuperació, promociona l'ús d'intervencions basades en l'evidència i en el context, i utilitza els diferents recursos i contactes a la xarxa comunitària més àmplia. A conseqüència de la filosofia de recuperació, la persona amb

problemes de salut mental s'ha convertit en una companya en la creació dels serveis de salut mental.⁸

7.8.4. Evolució del model comunitari d'atenció en salut mental

El model comunitari d'atenció als problemes de salut mental s'ha anat implantant des de l'últim terç del passat segle en els països desenvolupats, si bé amb una alta variabilitat, no només entre ells, sinó entre diferents regions d'un mateix país. Nombrosos estudis conclouen que les persones amb trastorn mental greu i de llarga durada evolucionen millor a la comunitat que dins dels hospitals psiquiàtrics.

A la dècada dels vuitanta, amb la publicació de la Llei General de Sanitat de 1986 i l'Informe de la Comissió Ministerial per a la Reforma Psiquiàtrica es va produir la transformació de l'assistència psiquiàtrica en un model integrador i desinstitucionalitzador mitjançant canvis conceptuals, polítics, legislatius i tècnics, que van permetre la transició cap a una nova era. Van plantejar l'assistència de la salut mental en atenció primària de salut, sense que això impliqués un conflicte, sinó la confluència de l'acció comunitària des d'una perspectiva participativa de la comunitat.¹⁰ Això va ser possible creant centres de salut mental ambulatoris, unitats d'hospitalització parcial i de rehabilitació psiquiàtrica, i alternatives residencials a la llarga estada en hospitals psiquiàtrics, tancant o reconvertint els grans hospitals psiquiàtrics i integrant les unitats de salut mental dins els hospitals generals.

El 2007 es va publicar l'Estratègia en Salut Mental del Sistema Nacional de Salut (SNS),¹¹ amb l'objectiu d'aconseguir una millor atenció basada en l'excel·lència clínica i la igualtat, des d'un paradigma biopsicosocial, que combinés la promoció de la salut mental, la prevenció dels trastorns mentals, el diagnòstic i el tractament de les persones amb problemes de salut mental, la coordinació interinstitucional i intrainstitucional, i mesures d'inserció laboral i social. Aquesta estratègia va detallar els principis regidors de l'atenció comunitària en salut mental (autonomia, continuïtat, accessibilitat, comprensibilitat, equitat, recuperació personal, responsabilització i qualitat). També va definir la planificació de l'assistència i va posicionar els centres o unitats de salut mental comunitaris com a coordinadors de la interacció amb atenció primària, serveis socials, institucions educatives i sistema judicial, per poder dur a terme un abordatge integral i integrat a la salut mental de la població.

Posteriorment, el Comitè de Seguiment i Avaluació de l'Estratègia en Salut Mental del SNS¹² va identificar un seguit de bones pràctiques assolides

relacionades amb la millora en la cobertura sanitària, la digitalització de la història clínica, els plans individualitzats d'atenció i el tractament assertiu comunitari. Per contra, va evidenciar que només la meitat de les intervencions proposades en les línies estratègiques i en els objectius dels plans de salut mental de les comunitats autònomes havien estat executades, i que van ser poques les que es van examinar o valorar, amb escassa participació social i un alentiment del desenvolupament dels serveis comunitaris.

No obstant això, es continua treballant amb aquesta mirada comunitària, tal com es recull en el Pla d'Acció Europeu per a la Salut Mental (2013-2020),¹³ així com en altres plans nacionals i locals.¹⁴

7.8.5. Dispositius en la xarxa de salut mental comunitària

En salut mental comunitària, l'atenció és una combinació de participació i suport d'usuaris, membres de la xarxa social de la persona i professionals quan cal. Aquesta atenció a les persones amb problemes de salut mental es realitza a través d'una xarxa de dispositius sanitaris, basada en la comunitat, que coordina el treball i la informació de la xarxa, normalment consistent en una xarxa multidisciplinària i multiservei d'atenció terapèutica, que pot subministrar un ampli espectre d'intervencions flexibles i fetes a mida per a les necessitats de les persones, i que finalment els permetran recuperar-se en el seu entorn natural amb suport de la seva xarxa social.

Els elements comuns que s'inclouen en aquesta xarxa de salut mental comunitària són: un equip multidisciplinari, la capacitat per augmentar o reduir la intensitat de l'atenció segons es necessiti, atenció al domicili o atenció on la persona ho necessiti, enfocat a l'atenció social i mental i la col·laboració estreta amb les unitats d'hospitalització de salut mental en cas d'ingrés.

En general, es disposa d'una xarxa integrada d'atenció a la salut mental per a adults, per infanto-juvenil, per a les addiccions, per a la rehabilitació i residència de les persones amb trastorns de salut mental.

7.8.6. Processos assistencials i programes

Continuïtat de cures, traducció més estesa de *case management*, és la terminologia que des dels anys vuitanta s'utilitza per referir-se als programes d'atenció comunitària

a la malaltia mental greu i persistent. Tot i que el concepte s'emptra en altres camps de la salut per a descriure l'atenció de malalties mèdiques complexes que requereixen seguiment en el temps i impliquen diferents professionals, en salut mental, el concepte sorgeix vinculat als processos de desinstitucionalització i a les dificultats d'atenció de les persones que sortien del psiquiàtric i es trobaven fora amb un embull de professionals i recursos sense coordinació i sense cap utilitat, ja que tots ells treballaven per separat.

La continuïtat de cures, pedra angular del tractament comunitari, és tot el que afecta a l'atenció de la persona amb malaltia mental greu, en un moment determinat i al llarg de la seva evolució. Inclou professionals, recursos, tècniques, organitzacions, associacions, entorn i la comunitat en el seu conjunt. La persona amb malaltia mental greu és el centre i ha de ser la brúixola d'aquesta continuïtat de cures amb la finalitat que es mantingui en el seu entorn sociofamiliar, funcionant de la millor manera i durant el major temps possible.

7.8.7. Aspectes clau

Actualment, l'augment dels trastorns mentals és un dels problemes més urgents de la nostra societat. L'abordatge de la salut mental des de la comunitat implica fer ús dels recursos comunitaris per atendre la persona d'una forma holística, assegurant que aquesta rebi unes cures adequades en el seu propi entorn. Les persones amb trastorns mentals greus, i de llarga durada, evolucionen millor a la comunitat que als entorns hospitalaris. Així doncs, és prioritari orientar les polítiques i pràctiques per atendre la salut mental des d'una perspectiva comunitària.

Bibliografia

1. Gili M, García J, Roca M. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014; 28 (S1): 104-108. DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.02.005
2. Charara R, Forouzanfar M, Naghavi M, Moradi-Lakeh M, Afshin A, Vos T et al. The Burden of Mental Disorders in the Eastern Mediterranean Region, 1990-2013. PLoS ONE. 2017; 12 (1): e0169575. DOI: 10.1371/journal.pone.0169575
3. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry. 2015; 56 (3): 345-365. DOI: 10.1111/jcpp.12381
4. Doran CM, Kinchin I. A review of the economic impact of mental illness. Aust Health Rev. 2019; 43 (1): 43-48. DOI: 10.1071/AH16115

5. Keet R, de Vetten-Mc Mahon M, Shields-Zeeman L, Ruud T, van Weeghel J, Bahler M et al. Recovery for all in the community; position paper on principles and key elements of community-based mental health care. BMC Psychiatry. 2019; 19 (1): 174. DOI: 10.1186/s12888-019-2162-z
6. Smit D, Hill L, Walton I, Kendall S, de Lepeleire J. European Forum for Primary Care: Position Paper for Primary Care Mental Health: Time for change, now more than ever! Prim Health Care Res Dev. 2020; 21: e56. DOI: 10.1017/S1463423620000304
7. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. OMS; 2018 [Consultat el 01/06/2021]. Disponible a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
8. van Weeghel J. Recovery for all in the community. Learning from each other: Consensus paper on fundamental principles and key elements of community based mental health care. Utrecht: European Community based Mental Health Service providers (EUCOMS) Network, 2017.
9. Desviat M. Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria. Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa. 2020; 75: 17-43.
10. Juliá R, Aguilera C, Megías F, Martínez JR. Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental. Informe SESPAS 2020. Gac Sanit. 2020; 34: 81-6. DOI: 10.1016/j.gaceta.2020.06.014
11. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones; 2007. [Consultat el 2/6/2021]. Disponible a: https://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
12. Ministerio de Sanidad y Política Social. Evaluación (y actualización) de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones; 2010 [Consultat el 2/6/2020]. Disponible a: https://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/Resumen_Evaluacion.pdf
13. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013. Disponible a: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf
14. Ajuntament de Barcelona. Pla de salut mental de Barcelona 2016-2022 [Internet]. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 2016. [Consultat el 2/6/2020]. Disponible a: https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxius-documents/pla_salut_mental.pdf

7.9.

Atenció a les persones amb problemes de salut relacionats amb les addiccions

CARME CONILLERA

7.9.1. Introducció

L'any 2005, la Declaració de Hèlsinki (OMS) estableix com a element prioritari a la Unió Europea l'atenció de la salut mental.¹ Aquesta priorització parteix de la convicció que molts dels grans objectius estratègics de la Unió Europea no es podran assolir sense una milloria clara de la salut mental de les persones. En aquest sentit, i seguint les directrius de la Declaració de Hèlsinki es dissenya el primer Pla Director de Salut Mental i Addiccions de la Generalitat de Catalunya (2006).² Els seus objectius són:

- Promoure els factors de protecció de la salut mental i addiccions (TMiAdd).
- Prevenir els TMiAdd dins l'àmbit comunitari, des d'una visió intersectorial i interdisciplinària, especialment en els col·lectius més vulnerables.
- Millorar l'abordatge dels TMiAdd a l'atenció primària de la salut.
- Augmentar la implicació dels professionals i de les persones afectades i les seves famílies.
- Promoure la integració funcional de les Xarxes de Salut Mental i Addiccions.
- Afavorir els sistemes de gestió.
- Potenciar la formació continuada i el sistema docent de postgrau.

- Enfortir la recerca epidemiològica i clínica, l'avaluació i la cooperació interserveis nacionals.

Altrament, el Pla Director de Salut Mental i Addiccions de la Generalitat de Catalunya planteja:

- L'orientació dels serveis a les necessitats dels usuaris, promovent sempre la seva implicació activa.
- La integració de les dues xarxes especialitzades (Salut Mental i Xarxa Atenció Drogodependències), amb més implicació de l'atenció primària de salut.
- La visió global i la continuïtat assistencial basada en el treball en xarxa i la multidisciplinarietat dels equips.
- L'enfocament comunitari en els serveis i les prestacions amb un model més preventiu, rehabilitador i proactiu.
- L'organització basada en el sistema d'atenció integrat i integral amb base territorial.

Potser al desplegament del Pla Director de Salut Mental i Addiccions, s'han desenvolupat una sèrie de programes transversals i intersectorials. Alguns exemples en són:

- Programa «Salut i Escola»: liderat per infermeres d'atenció primària, que van als instituts des d'on poden detectar d'una forma precoç i intervenir sobre aspectes relacionats, entre altres, amb les addiccions.
- Programa de suport a primària (PSP): en aquest programa, un psicòleg o psicòloga de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions orienta els professionals dels centres d'atenció primària, fa intervencions breus i detecta aquells casos on cal fer una derivació a la xarxa especialitzada de salut mental o addiccions. En alguns casos, el psicòleg i metge o infermera d'atenció primària visiten els pacients de forma conjunta.
- Programa d'atenció a menors consumidors. Unitat funcional: l'augment en la detecció de persones menors d'edat que consumeixen, ha obligat a dissenyar un circuit d'atenció específic per aquest col·lectiu. Així doncs, pediatres i infermeres pediàtriques, infermeres del programa «Salut i Escola», serveis socials, etc. poden derivar un menor consumidor a un Centre de Salut Mental Infanto Juvenil (CSMIJ) perquè sigui atès i des d'allà rebí el suport i abordatge necessari. En algunes comarques s'han trobat maneres diferents d'intervenir des del mateix CAS per atendre joves de manera propera i accessible, sense cita prèvia ni derivacions, en espais diferenciats dels adults, adaptats als seus temps i les seves necessitats. És l'exemple del CAS Jove d'Olot.

L'avaluació del Pla Director de Salut Mental i Addiccions, 10 anys després de la seva creació, va permetre l'elaboració d'un document d'estratègies en salut mental i addiccions per al període 2017-2020, i posteriorment uns objectius per als anys 2019-2022.¹ Aquests van consolidar un canvi, passant d'oferir xarxes dirigides a l'atenció de persones afectades, centrades en les estructures i serveis, a oferir una xarxa enfocada a l'atenció de les necessitats de les persones, que adopten un rol actiu i amb capacitat de decisió sobre el seu propi procés terapèutic; una xarxa de serveis que promou la salut mental i el benestar emocional i prioritza l'atenció a les poblacions més vulnerables i les acompanya en la recuperació dels seu projecte vital i d'inclusió social.

7.9.2. El consum de drogues com a símptoma d'altres problemes

Perquè una persona desenvolupi una dependència a una o diverses drogues són necessaris diferents factors. I en el transcurs del temps, fins que s'arriba a l'addicció, sovint existeixen algunes oportunitats per evitar-ho, per minimitzar els riscos o per intentar que no passi a ser l'eix vertebrador de la vida de la persona.

Des de fa algunes dècades, la societat ha fet canvis substancials a l'hora de percebre les persones que consumeixen drogues. Els avenços científics en l'àmbit de la salut, però també la praxis quotidiana, tant dels consumidors de drogues com dels professionals que ajuden al seu tractament, han aportat molt de coneixement, fet que ha permès una nova mirada vers les persones drogodependents i la forma d'ajudar-les. En general, la societat ha passat de veure les persones amb addiccions com a vicioses, amb caràcter dèbil o delinqüents, a entendre que són malalts. Per tant, hem passat de fer intervencions purament repressives a fer intervencions fonamentalment sociosanitàries, en un sentit ampli del terme. En aquest sentit, Nora Volkow,³ directora de l'Institut Nacional sobre l'Abús de Drogues del EUA, defineix les addiccions com una malaltia crònica, que cal tractar com qualsevol altra.

No obstant això, encara queda camí per recórrer. Tal i com planteja el model constructivista, cal considerar aquestes persones com agents actius.⁴ Malgrat la seva dificultat de control davant l'addicció, i que han trobat en la droga un intent de solució a problemes i d'apropament al seu ideal del Jo, sovint aquestes persones tenen més capacitat i coneixements del que percebem els professionals.

Les persones ens movem per construccions mentals fetes a partir d'emocions viscudes i sovint intentem resoldre els dubtes en el significat de la nostra vida apropant-nos a les expectatives que els altres tenen de nosaltres. Un exemple que clarament entendrem és: quan un/a adolescent prova el tabac, hi intervenen un conjunt de construccions mentals d'un mateix, però també d'emocions en relació amb el que jo penso de mi mateix i del que pensaran els altres de mi, si jo fumo o no fumo. I això, que són processos dels quals no tothom té consciència, faran que jo decideixi provar-ho o no, i assumir tot el que això comporta. Com vull ser jo? Si no fumo, puc sentir-me bé amb mi mateixa? O m'agradaria semblar-me al que els altres consideren que representen les persones fumadores? I en funció de la decisió que vaig prendre en un moment de la meua vida, si no ho reviso, el fumar pot acabar constituint-se en una conducta, però també una manera de ser estructural a la meua vida, de la qual en passo a dependre perquè sempre m'ha acompanyat i em costa ser jo mateixa sense el tabac. A més, si hi afegim els factors orgànics i familiars, com afecta la nicotina al cervell, si tenim o no referents propers amb qui sentir-nos acompanyats en les nostres decisions, tindrem la multifactorialitat d'una drogodependència instaurada al llarg dels anys i que, possiblement, estant atents a molts d'aquests factors en podríem minimitzar les conseqüències. L'adolescència i joventut és una etapa fonamental, ja que és on s'inicien moltes dependències. Aquesta és una de les etapes més vulnerables de la persona, ja que el cervell i la identitat psicològica (qui vull ser?, com vull ser?) no acaba de madurar fins als 22-23 anys. Per tant, la majoria d'esforços i programes s'haurien de fomentar en aquesta etapa de la vida de les persones.

El treball de Nora Volkow ha contribuït a oferir el coneixement i les eines per avançar en el camp de les addiccions o drogodependències. L'autora descriu com s'observen uns baixos nivells de receptors de dopamina en el còrtex frontal de les persones consumidores de drogues. Aquesta zona és crucial pel comportament humà, perquè és on es desenvolupen funcions com l'autocontrol, el llenguatge, la creació de judicis i la planificació d'accions. La dopamina és un neurotransmissor amb àmplies funcions, i d'ella en depenen el moviment, l'emoció, la motivació i el plaer. Però també s'ocupa de la regulació del procés de recompensa en el cervell, identificant el plaer com a premi. Una persona consumidora aconsegueix saturar el sistema de recompensa de dopamina, i això genera canvis en les connexions neuronals que fan que el cervell reaccioni produint menys dopamina natural, o bé, reduint el nivell de receptors d'aquest neurotransmissor. L'efecte és clar: cada vegada la persona té menys capacitat de sentir l'efecte de recompensa en el cervell i va perdent la motivació per actuar.

7.9.3. Intervencions infermeres davant el patiment de les persones amb addiccions i les seves famílies

Sovint les persones tenim dificultats per reconèixer que patim un problema de salut, un trastorn o que no hem sabut o pogut controlar una conducta. Acceptar-ho és el primer pas i segurament el més difícil, ja que existeixen pors al fracàs, a l'estigmatització i a les represàlies. Davant d'aquestes situacions, les persones presenten sentiments de culpa, angoixes, resistències al canvi (mentides, excuses, etc.), i ganes de fugir. Durant els anys d'experiència professional he vist com les persones amb problemes d'addiccions i les seves famílies expressen el que necessiten rebre dels professionals de la salut, què és el que els pot ajudar a afrontar i superar el problema. Algunes d'aquestes necessitats són:

- a. els professionals hem d'ajudar a buscar solucions de forma individualitzada. No volen sentir-se iguals a totes les persones pel fet de consumir, ja que tenen personalitats i històries diferents;
- b. hem d'ajudar a que la societat prengui consciència i respecte la problemàtica de les persones amb problemes de salut relacionats amb les addiccions;
- c. hem d'assegurar-nos que les persones sentin que, com a professionals, estem a prop d'elles, sobretot quan s'acosten al sistema sanitari o social;
- d. hem de ser comprensius amb elles i amb les seves famílies, i tractar les recaigudes amb paciència i empatia;
- e. hem de donar-los les millors recomanacions, malgrat saber que és difícil per als professionals de la salut ajudar quan la persona no vol o no té forces per fer un canvi de conducta;
- f. hem d'ajudar-los a adquirir coneixements, adaptant la informació al nivell de comprensió de cada persona.

La infermera d'atenció primària desenvolupa un rol clau en la detecció de les addiccions, ja que disposa del vincle i confiança necessaris per facilitar el procés d'acceptació de la dependència, fonamental per a l'atenció de la persona. El Manual de Diagnòstics i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-5) defineix el trastorn per consum de substàncies com un patró patològic de comportament, relacionat amb què guarda relació, que provoca un deteriorament o malestar clínicament significatiu. Així doncs, les persones arriben sovint al sistema sanitari intranquil·les. En aquest escenari, cal que els professionals de la salut entenguem el neguit i malestar de les persones i famílies i els brindem un tracte respectuós, comprensiu i empàtic, que disminueixi el sofriment i, sobretot, que tranquil·litzi. Això farà que la persona se senti compresa i facilitarà la resolució del conflicte.

Bibliografia recomanada

- Asen KE, Tomson P. Intervención familiar: Guía práctica para profesionales de la salud. Barcelona: Paidós Ibérica; 1997.
- Cortés MT, Mayor LL. Psicología de l'addicció. València: Universitat de València; 2002.
- Cunillera C. Personas con problemas de alcohol. La abstinencia no es suficiente. Barcelona: Paidós Ibérica; 2006.
- Herwig-Lempp J. Drug Addiction, the systemic approach, and the concept of acceptance. J Syst Therap. 1996; 15 (2): 24-35.
- Mallick J, Watts M. Personal construct theory and constructivist drug education. Drug Alcohol Rev. 2007; 26 (6): 595-603.
- Mansilla F. Un programa constructivista de prevención de drogodependències derivado de la hipótesis de la susceptibilidad. Rev Esp Drogodep. 2001; 26 (1): 29-42.

Bibliografia

1. OMS. Declaración de Helsinki: Declaración Europea de Salud Mental. Helsinki: Finlandia (12-15 de gener de 2005). Disponible a: <https://consaludmental.org/publicaciones/DeclaracionHelsinki.pdf>
2. Generalitat de Catalunya [Internet]. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Barcelona: Departament de Salut; 2021. Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_actuacio/linies_dactuacio/estrategies_salut/salut_mental_i_addiccions/pla_director
3. Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of Addiction. Neuropsychopharmacology. 2010, 35 (1): 217-238. DOI: 10.1038/npp.2009.110.
4. Burrell MJ. Personal meaning, drug use and addiction: an evolutionary constructivist perspective. J Const Psychol. 1999, 12: 41-63.

7.10.

Atenció a les persones amb problemes relacionats amb la insuficiència renal crònica

AFRA MASIÀ, HELENA BOSCH

7.10.1. Definició i estadis de la malaltia renal crònica

La malaltia renal crònica es defineix com una disminució de la funció renal, expressada per una filtrat glomerular (FGe) < 60 ml/min/1,73 m², o per la presència de dany renal de forma persistent durant almenys 3 mesos.¹

Inclou:

- Dany renal: alteracions histològiques a la biòpsia renal o presència de marcadors, com albuminúria o proteïnúria, alteracions del sediment urinari o alteracions en proves d'imatge.
- Alteració del filtrat glomerular (FGe) < 60 ml/min/1,73m².

La malaltia renal crònica es presenta en diferents estadis (taula 1).²

Taula 1. Estadis de la malaltia renal crònica

Estadi ^a	Descripció	Filtrat glomerular estimat (ml/min/1,73m ²)
1	Dany renal amb FGe normal.	≥ 90
2	Dany renal amb FGe lleugerament disminuït.	60-89

Estadi ^a	Descripció	Filtrat glomerular estimat (ml/min/1,73m ²)
3A	Disminució moderada del FGe, amb o sense altre dany renal.	45-59
3B		30-44
4	Disminució greu del FGe, amb o sense altre dany renal.	15-29
5	Insuficiència renal terminal o necessitat de tractament substitutiu renal.	< 15

^aAfegir el sufix «p» si hi ha presència de proteïnúria

Els estadis 3-5 corresponen al que es coneix habitualment com a insuficiència renal. No obstant això, aquestes alteracions han de confirmar-se durant almenys 3 mesos.

7.10.2. Dades epidemiològiques de la insuficiència renal crònica

La malaltia renal crònica té una prevalença d'entre el 8 % i el 16 % entre la població a escala mundial² i els informes de la OMS Global Health Observatory situen la malaltia renal en el número 10 de la llista de principals causes de mort mundial.³ A més, es preveu que el nombre de pacients que requerirà teràpia renal substitutiva a escala global s'incrementarà en els pròxims anys.^{4,5} La seva magnitud està estretament relacionada amb l'envelliment de la població, la hipertensió arterial, l'obesitat, les alteracions cardiovasculars i la diabetis mellitus. A més, 1 de cada 5 homes i 1 de cada 4 dones d'edat compresa entre 65 i 74 anys pateixen algun nivell de malaltia renal crònica, segons la World Kidney Day (2015).⁶

A escala europea, l'informe estadístic de la European Renal Association - European Dialysis and Transplant Association (ERA-EDTA), de l'any 2018, descriu una incidència de persones que requereixen teràpia de reemplaçament renal de 129 per milió de població. D'aquesta, el 62 % són homes, el 51 % són persones majors de 65 anys i el 20 % persones amb diabetis mellitus.

La modalitat terapèutica de reemplaçament renal més utilitzada és l'hemodiàlisi (84 %). La prevalença és de 897 per milió de població, tot i que aquesta varia a cada país⁷ i la taxa de trasplantament renal és de 35 per milió de població.

Segons l'Informe de Diàlisis y Trasplante del Registro Español de Enfermos Renales del 2019,⁸ la incidència de la insuficiència renal crònica (IRC) a

Espanya va en augment, es manté la tendència descendent de l'hemodiàlisi com a primer tractament, existeix una consolidació de la diàlisi peritoneal com a primera opció de tractament (16 %) i augmenta el transplantament anticipat en una proporció del 5,5 %.

El Registre de Malalts Renals de Catalunya mostra que en els últims 10 anys l'IRC ha anat en augment a Catalunya i ha crescut fins a un 20 % les últimes dècades. Les xifres d'incidència de l'IRC a Catalunya continua en augment any rere any. La taxa de prevalença continua creixent (taula 2) en els darrers anys i la taxa de trasplantaments renals del 2018 va ser de 101,7 per milió de població, representant la taxa més alta de tot el món.

Taula 2. Evolució de la insuficiència renal terminal tractada a Catalunya. Període 2015-2018

	2015	2016	2017	2018
Prevalença n	10.165	10.496	10.795	11.162
Prevalença pmp	1.353,9	1.395,3	1.428,7	1.468,7
Incidència n	1.249	1.266	1.254	1.392
Incidència pmp	166,4	168,3	166,0	183,2
Transplantaments n	647	708	780	773
Transplantaments pmp	86,2	94,1	103,2	101,7
Mortalitat n	888	915	948	1.024
Mortalitat %	8,0	8,0	8,1	8,4

pmp: per milió de població
població de referència: actualització anual del padró

7.10.3. Factors de risc de la insuficiència renal crònica

- Factors de susceptibilitat. Incrementen la possibilitat de dany renal: edat avançada, història familiar de malaltia renal crònica, massa renal disminuïda, baix pes al néixer, raça negra i altres minories ètniques, hipertensió arterial, diabetis, obesitat, nivell socioeconòmic baix.
- Factors iniciadors. Inicien directament el dany renal: malalties autoimmunes, infeccions sistèmiques, infeccions urinàries, litiasis renal,

obstrucció de les vies urinàries baixes, fàrmacs nefrotòxics, hipertensió arterial, diabetis.

- Factors de progressió. Empitjoren el dany renal i acceleren el deteriorament funcional renal: proteïnúria persistent, hipertensió arterial mal controlada, diabetis mal controlada, tabaquisme, dislipèmia, anèmia, malaltia cardiovascular associada, obesitat.
- Factors d'estadi final. Incrementen la morbimortalitat en situació de fallada renal: dosi baixa de diàlisi, accés vascular temporal per diàlisi, anèmia, hipoalbuminèmia, derivació tardana a nefrologia.⁹

7.10.4. Intervencions d'infermeria per la promoció i prevenció de la insuficiència renal

Tant per reduir la morbimortalitat cardiovascular com per alentir la progressió de la insuficiència renal és important introduir estils de vida saludables que facilitin l'assoliment dels següents objectius:

- Controlar la pressió arterial (PA) i ajustar el tractament. Objectiu de la PA < 140/90 mmHg. En pacients amb MRC sovint és necessari utilitzar 2 o més fàrmacs antihipertensius, a més del seguiment de la dieta hiposòdica i resta de modificacions de l'estil de vida.
- Vigilar la presència d'anèmia. Cal fer un estudi de l'anèmia en el pacient amb MRC quan Hb < 12 g/dL en dones o < 13 g/dL en homes o desenvolupin símptomes propis de l'anèmia.
- Revisar la medicació, ajustant la dosi segons filtrat glomerular (FG). En MR 3-5, evitar la utilització d'antiinflamatoris no esteroïdals (AINES), antidiabètics orals d'eliminació renal i contrast iodat.
- Revisar els hàbits dietètics, orientant el pacient sobre el tipus de dieta a seguir segons FG:
 - MRC 1-3: es recomana dieta hiposòdica en cas d'hipertensió arterial (HTA) o insuficiència cardíaca.
 - MRC 4-5: recomanacions dietètiques sobre sodi, fòsfor i potassi i les proteïnes.
- Exercici físic: com a norma general, es recomana realitzar 30-60 minuts d'exercici moderat de 4 a 7 dies per setmana. Quan la malaltia renal està establerta, l'exercici s'ha d'adaptar a la capacitat física de cada pacient.

- Reduir la proteïnúria a < 500 mg/g. En aquest subgrup de pacients es recomana reduir la pressió arterial a $< 130/80$ mmHg i utilitzar fàrmacs per antagonitzar el sistema renina-angiotensina-aldosterona.
- Control glucèmic: com a objectiu general es recomana una hemoglobina glicada (HbA1c) $< 7\%$. Tanmateix, es poden indicar uns objectius més estrictes (HbA1c $< 6,5\%$) per alguns pacients, en particular aquells amb diabetis de curta durada, amb una expectativa de vida llarga i sense malaltia cardiovascular, si es poden assolir sense risc significatiu d'hipoglucèmia o altres efectes secundaris. Per contra, pot ser més adequat plantejar objectius de control menys estrictes (HbA1c $< 7,5\%$) en pacients majors de 70 anys, amb comorbiditats greus que redueixen la seva expectativa de vida, amb complicacions avançades micro o macrovasculars o història d'hipoglucèmies greus repetides, o en els que convingui especialment evitar les hipoglucèmies.
La insulina es pot utilitzar en qualsevol estadi d'MRC. L'ús de metformina està absolutament contraindicat amb $\text{FGe} < 30$ i cal valorar amb molta cura el possible ús amb FGe entre 30-45.
- Cessació del tabac.
- Control de la dislipèmia amb dieta i, si cal, tractar amb estatines (objectiu de LDL Colesterol < 100 mg/dl).

Davant d'un deteriorament de la funció renal, cal assegurar-se que no hi ha hipovolèmia (vòmits, diarrea, depleció de volum per diürètics), hipotensió, nefrotòxics, ni obstrucció del tracte urinari.^{9,10}

7.10.5. Tractament de la insuficiència renal crònica

Segons diferents guies clíniques^{11,12} el millor tractament de l'IRC depèn de l'estat de salut del pacient, del seu estil de vida i de les seves preferències personals. Es recomana que el punt de partida per a recomanar la teràpia adient sigui les expectatives de supervivència i l'obtenció d'una qualitat de vida acceptable. Fins que no es perd tota la funció renal, en la majoria dels casos és possible alentir la seva pèrdua progressiva per mitjà d'un tractament adequat i un canvi en els hàbits de vida. Això s'aconsegueix amb una teràpia farmacològica i conservadora. Quan l'IRC és més avançada, també pot incloure el maneig específic nefrològic i el maneig pal·liatiu. En qualsevol cas, el pacient i els seus familiars són els que finalment prenen la decisió de quin tipus de tractament renal substitutiu cal seguir, segons les seves característiques i competències.¹³

A Catalunya, segons el Registre de malalts renals de Catalunya de l'any 2018, el 42,20 % dels malalts renals en teràpia renal substitutiva es va sotmetre a un trasplantament renal i el 57,8 % es va sotmetre a diàlisi, dels quals el 90,7 % fan hemodiàlisi (HD) i el 9,29 % fan diàlisi peritoneal (DP).¹⁴

Iniciar de forma precoç el TRS disminueix la morbidimortalitat, d'aquí la importància de fer una bona valoració i derivació del malalt renal en el moment adequat. Actualment es descriuen 4 tipus de tractament de la insuficiència renal crònica: hemodiàlisi (HD), diàlisi peritoneal (DP), trasplantament renal (TX) i tractament conservador (TC). Cadascun d'ells són modalitats molt variants amb importants avantatges i inconvenients que cal adaptar a l'estil de vida i habilitats de la persona i família que pateix la malaltia.

7.10.5.1. Hemodiàlisi

La HD és una tècnica que consisteix a filtrar la sang a través d'un circuit extracorpori mitjançant un filtre dialític. En la HD és necessari un bon accés vascular per tal que es pugui dur a terme el mecanisme de filtració, com ara a través d'una fistula arteriovenosa o un catèter venós central. Per tal de mantenir la supervivència i les funcions vitals dels òrgans és necessari un mínim de nou hores setmanals de filtratge sanguini, que generalment es distribueix en tres dies a la setmana, tot i que hi ha variància segons la funció renal residual i el pes de la persona.¹⁵ Amb aquest tractament també existeixen diferents modalitats, les quals es classifiquen en hemodiàlisi convencional, hemodiàlisi d'alta eficàcia, hemodiàlisi d'alt flux, hemofiltració i hemodiafiltració. L'hemodiafiltració té diverses variants, biofiltració, biofiltració sense acetat (AFB), diàlisi amb doble filtre (PFD), PFD amb regeneració de l'ultrafiltrat i hemodiafiltració en línia (HDF).¹⁶

Segons les xifres del registre de malalts renals del 2018, les modalitats més utilitzades a Catalunya són la HD convencional i la HDF, tot i que s'està començant a implantar des de fa uns anys l'hemodiàlisi domiciliària (HDD). Del total de malalts renals en tractament dialític a Catalunya l'any 2018, el 90,7 % feien HD, i d'ells, el 25,35 % feien HDA, el 74,53 % feien HDF i el 0,12 % feien HDD.¹⁴

7.10.5.2. Diàlisi peritoneal

Aquesta tècnica consisteix a fer la infusió de líquid en el peritoneu a través d'un catèter peritoneal, amb la finalitat que al peritoneu es faci un intercanvi de substàncies gràcies a l'ús de la seva membrana semipermeable. És una tècnica que es realitza al domicili, de manera que la persona i la família amb

qui conviu han de tenir un grau d'exigència i un compromís elevat. Però, en contrapartida, aquesta tècnica permet a les persones poder continuar amb la seva vida laboral i social. Aquesta modalitat dialítica la podem subdividir en diferents submodalitats, de les quals diferenciem la diàlisi peritoneal automàtica (DPA) i la diàlisi peritoneal ambulatoria contínua (DPAC). La DPAC se subdivideix en diàlisi peritoneal continuada cíclica (DPCC), diàlisi peritoneal intermitent nocturna (DPIN) i diàlisi peritoneal tidal (DPT).¹⁵

7.10.5.3. Transplantament renal

Aquesta tècnica consisteix a trasplantar el ronyó d'un donant sa. Aquest seria el tractament d'elecció de l'IRC, que es prioritzaria abans d'iniciar teràpia renal substitutiva, especialment als pacients pediàtres. Existeixen diferents modalitats de transplantament renal a Catalunya: donant de cadàver, donant de viu (ja que només es trasplanta un sol ronyó en tots els casos).

7.10.5.4. Tractament conservador

El tractament conservador és l'atenció planificada, que es fa de forma integral i centrada en la persona per donar pas a l'evolució natural de la progressió de la malaltia renal. Aquest tipus de tractament inclou els principis de les cures pal·liatives, les intervencions necessàries per controlar la progressió de l'IRC i per minimitzar les complicacions que es puguin anar donant. El tractament conservador ha de suposar una millora en la qualitat de vida de la persona.^{17,18}

7.10.6. Intervencions d'infermeria en el tractament de la insuficiència renal

El perfil del professional infermer que atén les persones que pateixen insuficiència renal crònica ha de presentar unes competències específiques per tal de tenir cura d'elles d'una manera holística. L'EDTNA/ERCA descriu en un únic document el perfil de la infermeria de nefrologia, on s'inclouen les intervencions aplicades als 4 tipus de tractament. Les intervencions contemplen aspectes de promoció de la salut renal, prevenció de la malaltia renal i gestió dels aspectes relacionats amb el tractament d'elecció.¹⁵

7.10.7. Aspectes clau

La insuficiència renal crònica és una patologia d'alta incidència dins l'àmbit global, que comporta múltiples complicacions a la persona que la pateix. A dia d'avui no existeix un tractament curatiu per aquesta patologia i, per tant, el paper del professional infermer és clau, especialment, en detectar, fer el seguiment i acompanyar les persones que fan hemodiàlisi, diàlisi peritoneal o que reben un transplantament de ronyó.

Bibliografia

1. Alcázar R, Orte L, González E, Górriz JL, Navarro F, Martín de Francisco AL et al. Documento de consenso SEN-semFYC sobre la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2008; 28 (3):273-282.
2. Jha V, Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B et al. Chronic kidney disease: Global dimension and perspectives. *Lancet*. 2013; 382 (9888): 260-272. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60687-X
3. Thurlow JS, Joshi M, Yan G, Norris KC, Agodoa LY, Yuan CM et al. Global epidemiology of end-stage kidney disease and disparities in kidney replacement therapy. *Am J Nephrol*. 2021; 52 (2): 98-107.
4. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, et al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease — A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016; 11 (7): e0158765.
5. Eckardt KU, Coresh J, Devuyst O, Johnson RJ, Köttgen A, Levey AS et al. Evolving importance of kidney disease: From subspecialty to global health burden. *Lancet*. 2013; 382 (9887): 158-169.
6. García G, Jha V. World Kidney Day 2015: CKD in Disadvantaged Populations. *Am J Kidney Dis*. 2015; 65 (3): 349-353.
7. Kramer A, Boenink R, Stel VS, Santiuste de Pablos C, Tomović F, Golan E et al. The ERA-EDTA Registry Annual Report 2018: a summary. *Clin Kidney J*. 2021; 14 (1): 107-123.
8. Mahillo B. Registro Español de Enfermos Renales. Informe de Diálisis y Trasplante 2018. A Coruña: XLIX Congreso de la S.E.N. Organización Nacional de Trasplantes (5-8 d'octubre de 2019).
9. Martínez A, Górriz JL, Bover J, Segura de la Morena J, Cebollada J, Escalada J et al. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2014; 34 (2): 243-262.
10. Galceran JM, Felip A, Tovillas X. Consens català sobre atenció a la malaltia renal crònica. Barcelona: Societat Catalana de Nefrologia (SCN), Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC), Societat Catalana d'Hipertensió Arterial (SCHTA), Associació Catalana d'Infermeria (ACI), Associació Catalana de Diabetis (ACD); 2012.

11. DOOPS. [Internet]. Ann Arbor, MI: Arbor Research Collaborative for Health; 2022. Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. Disponible a: <https://www.dopps.org/OurStudies/HemodialysisDOPPS.aspx>
12. KDIGO [Internet]. Guidelines. Disponible a: <https://kdigo.org/guidelines/>
13. Jassal SV, Karaboyas A, Comment LA, Bieber BA, Morgenstern H, Sen A et al. Functional Dependence and Mortality in the International Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Am J Kidney Dis*. 2016; 67 (2): 283-292.
14. Organització Catalana de Trasplantaments. Informe estadístic del Registre de Malalts Renals de Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2018; 34.
15. Quiroga B, Rodríguez JR, de Arriba G. Insuficiencia renal crónica. *Med*. 2015; 11 (81): 4860-4867.
16. Pérez A, Reque J, Molina P. Manual de hemodiálisis domiciliaria. Madrid: Sociedad Española de Nefrología; 2018.
17. Roderick P, Rayner H, Tonkin-Crine S, Okamoto I, Eyles C, Leydon G et al. A national study of practice patterns in UK renal units in the use of dialysis and conservative kidney management to treat people aged 75 years and over with chronic kidney failure. *Heal Serv Deliv Res*. 2015; 3 (12).
18. Aguilera AI, Alonso AC, Linares B, Prieto S, García L, Prieto M. Valoración de la elección de tratamiento conservador en la Enfermedad Renal Crónica. *Enferm Nefrol*. 2019; 22 (1): 52-58.

7.11.

Atenció a les persones amb ferides cròniques

ÈRICA HOMS

7.11.1. Introducció

Si fem una mirada focalitzada trobem que les ferides són un problema de salut que afecten la pell, les seves estructures i els teixits annexos. Però si ampliem aquesta visió observem com la qualitat de vida de les persones que les pateixen es veu minvada, al contrari que ho fan els recursos sanitaris, que augmenten exponencialment, en relació amb el temps que no cicatritza, atès que augmenta el consum d'apòsits amb antimicrobians, augmenta el consum d'antibiòtics, tant per via tòpica com oral i augmenta el risc d'ingressos hospitalaris per complicacions relacionades amb la ferida.

7.11.2. Estat actual del tema

Les ferides cròniques són aquelles lesions a la pell amb nul·la tendència a la cicatrització mentre es mantingui la causa que les provoca. A partir de la causa que les produeix les podem classificar en lesions cutànies relacionades amb la dependència (LCRD),¹ que inclouen les lesions per pressió/cisalla (LPP), lesions relacionades amb la humitat (LH), les lesions provocades per la fricció o per multicausalitat de les anteriors. A més a més, trobem les úlceres situades a l'extremitat inferior (EI),² que podem classificar en úlceres d'etiologia venosa (UV), úlceres d'etiologia arterial (UA) i úlceres neuropàtiques, més habituals en pacients amb diabetis de llarga evolució. Hi ha altres causalitats amb prevalences molt més baixes, però que caldrà tenir en compte quan una lesió no cicatritza tot i haver gestionat les possibles causalitats més habituals. Altres causes podrien anar associades a malalties sistèmiques, com vasculitis

o patologies hematològiques, infeccioses, tumorals o de marjolin, úlceres per un dipòsit anòmal de sals insolubles de calci a la pell com és la calcifilaxi, entre d'altres.

Actualment, l'atenció primària (AP) és el principal servei de salut que atén les persones amb ferides i una atenció integral ha de ser el pilar de treball de les infermeres d'AP.³

La prevalença de les LCRD, en general a l'AP a Espanya⁴ en pacients amb atenció a domicili (ATDOM), és d'un 6,11 %, essent les LPP les més freqüents amb un 4,79 %. Les LPP, tot i considerar-se un problema de salut i un esdeveniment advers evitable⁵ per tots els col·lectius sanitaris segueixen apareixent sota els llençols dels pacients enllitats tant a nivell hospitalari com a pacients amb atenció domiciliària.

Amb relació a les úlceres d'EI, les prevalences en el nostre entorn de forma general representen del 0,10 al 0,30 %, amb una incidència de 3-5 casos nous per 1.000 persones/any.^{2,6} Del total de les úlceres EI, les UV representen el 70 %, les neuropàtiques entre el 7-10 % i les UA entre el 5-10 %. Cal destacar que aquestes dades es dupliquen en pacients majors de 65 anys.

A Catalunya hi ha dos estudis importants que destaquen les prevalences en ferides de la població que visiten els centres de l'Institut Català de la Salut (ICS). Díaz-Herrera et al.⁷ presenta en població de Barcelona una prevalença general de persones amb ferida del 0,11 %, però en persones >74 anys la prevalença s'eleva fins al 0,56 %. Les úlceres més prevalent són les venoses, seguides de les LPP, les lesions de peu en pacients diabètics i, finalment, les UA. Homs-Romero et al.⁸ amplia la població a tot Catalunya amb una població d'estudi de més de 4 milions de persones, trobant una prevalença 0,33 % de UV molt superior a Díaz-Herrera, però inferior als estudis on es fa recerca per trobar les lesions en aquelles persones que consulten per altres motius de salut però mai han consultat per la seva lesió. A Catalunya l'any 2016 hi van haver 865 nous casos de UV dels quals el 50 % les patien persones de més de 80 anys. Veiem com la incidència es duplica dels 50 als 60 anys, però dels 50 als 80 és multiplica per 9, per tant el risc amb l'edat és fa evident.⁸

Quan parlem de costos de la cura de les LPP oscil·la entre el 0,4 i el 5,2 % de la inversió en salut de l'Estat espanyol⁹ i no tenim dades del cost a l'Estat espanyol o Catalunya de la resta d'úlceres en general.

La tasca de la infermera familiar i comunitària en la prevenció de les LCRD és fonamental. Tot i que de vegades calgui millorar aquests coneixements amb relació a la prevenció de les LPP és necessari aconseguir el finançament per productes sanitaris que hagin demostrat la seva eficàcia en la prevenció de LPP, com són els àcids grassos hiperoxigenats o matalassos específics en

funció del risc del pacient. Tot i que poc a poc es van afegint més productes, com els coixins per a pacients que es troben en risc de patir LPP en sedestació, encara queda molt camí per recórrer.

Amb relació a les nafres d'EI, la prevenció es fonamenta en la promoció d'estils de vida saludables. Els factors de risc associats a la malaltia venosa crònica en EEII, malaltia basal per patir una úlcera venosa, són l'edat, ser dona, el sobrepès i l'obesitat, els antecedents familiars, treballar dret o assegut tot el dia, entre d'altres. En aquestes persones que consulten per malestar a les seves cames ja cal recomanar l'ús de mitges compressives terapèutiques.^{10,11} Tot i això, la compressió, que és el *gold standard* en pacients amb malaltia venosa, només està recomanat o prescrit a un 30,8 %⁸ a Catalunya. Disposem d'eines, com el Conjunt Mínim Bàsic de Dades per a la prevenció, diagnòstic i tractament de la IVC (CMBD-IVC),^{12,13} per a facilitar als professionals metges/esses i infermeres/s tot el procés d'atenció a les persones amb risc o que tenen IVC.

Amb les úlceres d'extremitat inferior cal fer sempre fer un diagnòstic diferencial, tasca molt important de les infermeres des de l'AP. Amb l'aparell doppler es pot realitzar l'índex turmell-braç (ITB), on segons els valors obtinguts podrem saber si hi ha algun component arterial a la cama i poder derivar al servei vascular de forma més adient, a més d'oferir la cura més eficient. En cas de resultat ITB —úlcera arterial— la solució passa per la revascularització, que a Catalunya té una prevalença del 0,005 %.⁷

La prevenció de la síndrome del peu diabètic és una tasca que realitzen totes les infermeres de Catalunya. Tot i això, un dels pocs objectius que no evoluciona favorablement en el Pla de Salut de Catalunya 2016-2020, on és demana una reducció del 10 % de les amputacions en pacients diabètics de 45-74 anys.¹⁴ Cal reforçar la tasca de la infermera en aquest àmbit, dotant dels recursos necessaris per a oferir una atenció de qualitat.¹⁵

Per poder millorar aquest l'atenció a les persones amb ferides o en risc de patir-les cal començar des de la base. Tal i com afirma Romero et al. ens falta formació en la prevenció i cura de les ferides cròniques dins l'àmbit universitari,¹⁶ ja que existeixen carències en els continguts relacionats amb ferides en els plans d'estudi del grau en Infermeria. A més a més, les persones amb ferides representen un percentatge molt elevat del temps de les consultes de les infermeres d'atenció primària. La figura d'una infermera especialista¹⁷ ha de ser clau per millorar l'atenció i millorar-ne la qualitat de vida, a l'igual que demostrarà la reducció de costos amb una cura especialitzada i eficient.

7.11.3. Aspectes clau

Les persones pateixen i es troben en risc de patir ferides cròniques. Els usuaris inclosos al programa d'atenció domiciliària o els que tenen algun grau de dependència són els més visibles. Cal fer un esforç per millorar els recursos en la prevenció i cura de les ferides cròniques, bé en forma de materials, de professionals o de coneixements.

Bibliografia

1. García FP, Soldevilla JJ, Pancorbo PL, Verdú J, López P, Rodríguez M. Documento Técnico GNEAUPP nº II. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2014.
2. Marinello J, Verdú J coordinadors. Conferencia nacional de consenso sobre las úlceras de la extremidad inferior (C.O.N.U.E.I). Documento de consenso 2018. 2a ed. Madrid: Ergon; 2018.
3. Díaz M, Baltà L, Blasco M, Fernández M, Fuentes E, Gayarre R et al. Maneig i tractament d'úlceres d'extremitat inferiors [Internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2018. Disponible a: http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/gpc/gpc_ulceres_extremitats_inferiors.pdf
4. Soldevilla JJ, García FP, Rodríguez M, Torra JE, Pancorbo PL. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en centros de atención primaria de salud de España en 2017. Gerokomos. 2019; 30 (4): 134-141.
5. Homs È, Esperón JA, Loureiro MT, Cegri F, Cueto M, Paniagua ML et al. Percepción de los profesionales sanitarios sobre la gravedad de las úlceras por presión como evento adverso. Gerokomos. 2018; 29 (1): 39-44.
6. Álvarez LJ, Lozano F, Marinello J, Masegosa JA. Encuesta epidemiológica sobre la insuficiencia venosa crónica en España: estudio DETECT-IVC 2006. Angiologia. 2008; 60 (1): 27-36.
7. Díaz MÁ, Martínez JR, Verdú J, Capillas RM, Pont C, Tenllado S et al. Multicentre Study of Chronic Wounds Point Prevalence in Primary Health Care in the Southern Metropolitan Area of Barcelona. J Clin Med. 2021; 10 (4): 797.
8. Homs E, Romero Á, Verdú J, Blanch J, Rascón C, Martí R. Validity of Chronic Venous Disease Diagnoses and Epidemiology Using Validated Electronic Health Records From Primary Care : A Real-World Data Analysis. J Nurs Scholarsh. 2021; 53 (3): 296-305.
9. Torra JE, García FP, Pérez G, Sarabia R, Paras P, Soldevilla JJ et al. Economic impact of pressure ulcers. An integrative review. Gerokomos. 2017; 28 (2): 83-97.

10. Wittens C, Davies AH, Bækgaard N, Broholm R, Cavezzi A, Chastanet S et al. Editor's choice — Management of chronic venous disease: Clinical practice guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2015; 49 (6): 678-737.
11. Lurie F, Lal BK, Antignani PL, Blebea J, Bush R, Caprini J et al. Compression therapy after invasive treatment of superficial veins of the lower extremities: Clinical practice guidelines of the American Venous Forum, Society for Vascular Surgery, American College of Phlebology, Society for Vascular Medicine, and Interna. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2019; 7 (1): 17-28.
12. Homs E, Romero Á. Development of a Minimum Data Set Registry for Chronic Venous Insufficiency of the Lower Limbs. *J Clin Med.* 2019; 8 (11): 1779.
13. Homs E, Romero Á. Conjunto Mínimo Básico de Datos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica. Serie Documentos de Posicionamiento GNEAUPP no 15. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas; 2018.
14. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de Salut de Catalunya 2016-2021. Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2016.
15. Jurado J, Zabaleta E, Farré C, Barceló J, Juvinyà D. Recursos y modelos de atención al pie diabético en Cataluña (España): estudio descriptivo sobre espacios de mejora. *Aten Primaria.* 2012; 44 (7): 394-401.
16. Romero Á, Raurell M, Zabaleta E, Homs E, Bertran C. Course Content Related to Chronic Wounds in Nursing Degree Programs in Spain. *J Nurs Scholarsh.* 2015; 47 (1): 51-61.
17. García FJ, Aguilera G, Arboledas J, Gutiérrez M, González F, García FP. Efectividad de la enfermera de de los pacientes con úlceras por presión en atención primaria. *Gerokomos.* 2019; 30 (1): 28-33.

7.12.

Atenció a les persones amb dolor crònic

MONTSERRAT MARTÍ, M. ÀNGELS SIEIRA

7.12.1. Introducció: dolor crònic no oncològic

El dolor compleix una funció molt específica i necessària. És un mecanisme de defensa que forma part d'un sistema sofisticat per protegir-nos de l'amenaça. La sensació de dany, la nocicepció, constitueix un senyal que ens indica la necessitat d'evitar un perill i dura el temps imprescindible per evitar-lo. Els sentits aporten una informació parcial de la realitat. La percepció global es fabrica al cervell, on es combina i integra tota aquesta informació i es matisa en funció de les nostres experiències viscudes i les nostres expectatives.¹

Els factors psicològics tenen un rol clau en el procés del dolor, i així ho demostren diferents estudis. El model de Lazarus suggereix que l'estrès que pateix una persona davant un esdeveniment potencialment amenaçant es deu a com l'avalua i com l'afronta. Així doncs, l'estrès té capacitat per reduir i augmentar la percepció del dolor.²

A través del relat de les persones, podem observar com sovint el dolor passa a formar part de la seva vida.³ Des d'aquesta perspectiva antropològica, podem dir que el cos i el dolor irrompen en el món de la persona i l'absorbeixen per complet, modelant no només la seva experiència, sinó també el món experimentat.⁴

Cal diferenciar entre nocicepció i dolor, i tenir present que el sistema nerviós central pot augmentar o disminuir la seva sensibilitat per projectar símptomes al cos.⁵

7.12.2. Definició i situació actual

El dolor crònic es defineix com aquell que persisteix més enllà de tres mesos, ja sigui de forma contínua o intermitent, més de cinc dies per setmana. De ser un símptoma passa a ser una malaltia amb entitat pròpia. Cada cop més es considera dolor agut i crònic com a dues entitats diferents i que el dolor crònic no és aquell dolor agut que s'ha cronificat, ja que els mecanismes que produeixen els dos símptomes o malalties són ben diferents.

El dolor crònic no oncològic (DCNO) és considerat un problema de salut pública a escala mundial, essent la causa més freqüent de patiment i de discapacitat, amb un impacte significatiu sobre la qualitat de vida de les persones.

Segons l'Enquesta de Salut de Catalunya: ESCA 2020, un 20 % d'homes i un 29,5 % de dones refereix tenir dolor o malestar. Aquest percentatge augmenta amb l'edat, repercutint en les classes socials més desfavorides i en la població de menys estudis. El 37,8 % de la població refereix tenir un problema de salut crònic d'entre els quals les malalties de l'aparell locomotor en forma de mal d'esquena lumbar, dorsal o cervical és la causa més freqüent en dones i la segona en homes. El percentatge arriba a una afectació del 65 % de la població de més de 65 anys. Tot i això, cal remarcar positivament que el percentatge de dolor o malestar i de malaltia o problema de salut crònic presenta una tendència no significativa a disminuir a partir de l'enquesta de 2015.⁶

Més del 50 % de les consultes d'atenció primària (AP) estan relacionades amb el DCNO, i són aquests professionals, principalment, els primers a diagnosticar i tractar malalties que causen dolor, tant agut com crònic, per la qual cosa són l'eix central de l'assistència al pacient amb dolor.⁷

L'evidència posa de manifest que una correcta valoració biopsicosocial, l'elaboració d'un pla individualitzat de tractament i un maneig multidisciplinar contribueix a un alleujament del dolor i, per tant, a una millora dels aspectes emocionals, psicològics i funcionals associats.⁸

7.12.3. Classificació del dolor

Segons la fisiopatologia, clàssicament el dolor s'ha classificat en **nociceptiu** i **neuropàtic**.

El dolor **nociceptiu**, a la vegada, es pot diferenciar entre:

- Somàtic. S'origina a nivell de pell, múscul o os. És descrit com a sord, continu i ben localitzat (dit). Definit com a punxada o pressió. Exemple: dolor d'una fractura.

- Visceral. S'origina en les vísceres abdominals o toràciques. És descrit com a difús, inespecífic, intermitent i no tant ben localitzat (mà). Exemple: còlic nefrític o hepàtic.

El dolor **neuropàtic** s'origina a nivell de nervis. És descrit com a cremor, formigueig, a vegades lancinant.

Actualment es proposa un altre tipus de dolor anomenat «algopàtic/nociplàstic/nocipàtic» o **dolor sense dany**, en el qual es produiria una alteració dels nociceptors sense evidència de dany tissular. En aquest tipus de dolor són freqüents els fenòmens d'alodinia i hiperalgèsia. Alodinia és la percepció dolorosa a un estímul que normalment no produeix dolor i la hiperalgèsia és una resposta exagerada a un estímul dolorós. Aquest dolor sense dany es donaria en un conjunt de patologies englobades en el síndrome de sensibilització central, el qual va ser descrit per primera vegada per Yunus i engloba un conjunt de patologies que comparteixen el mateix mecanisme fisiopatològic.⁹

El 2012 l'Associació internacional per l'estudi del dolor crònic (IASP) defineix el procés de sensibilització central com la resposta augmentada de les neurones nociceptives del sistema nerviós central a estímuls normals o «subumbrals».

També és important tenir en compte la sensibilització perifèrica que es produiria per un augment de la resposta i caiguda del llindar de neurones nociceptives perifèriques quan s'estimula repetidament el seu camp receptorial.

Segons l'etiologia el dolor crònic presenta un origen no oncològic en més del 90 % dels pacients. D'entre ells, un 70 % és musculoesquelètic, el 10-20 % és neurològic-neuropàtic i un 2 % és dolor visceral o altres.

7.12.4. Avaluació del dolor

Tot i els avenços en la investigació d'aquests darrers anys seguim havent d'utilitzar una definició del dolor subjectiva. No hi ha marcadors específics ni instruments de mesura objectius, tot i que en investigació s'apliquen procediments de registre del llindar del dolor (registres de llindars sensorials).

L'escala analògica visual (EVA) és l'escala més fiable i fàcil d'emprar per a l'avaluació del pacient amb dolor. Es tracta d'una línia de 10 cm en la qual en un extrem posa sense dolor i, en l'altre, dolor màxim; el pacient ha de fer una marca on situaria el seu dolor en la línia.

Cal sospitar síndrome de sensibilització central, sobretot, quan detectem un dolor desproporcionat al diagnòstic etiològic.

7.12.5. Tractament

Com a primera línia terapèutica es proposa una estratègia multidisciplinària per al maneig integral dels pacients amb dolor crònic amb una combinació de tractaments farmacològics i no farmacològics adaptats segons la intensitat del dolor, la funció i els elements associats.⁷

7.12.6. Abordatge multidisciplinar i multicomponent

Els pilars d'aquest abordatge són l'activitat física i l'educació del pacient conjuntament amb les teràpies cognitivoconductuals, preferentment combinant-les dins d'un programa de rehabilitació i amb la participació de diversos professionals.

La intervenció educacional té com a objectiu millorar la qualitat de vida i adquirir l'aprenentatge de conductes d'adaptació actives. Promou el coneixement de les causes del malestar, canvis de comportament (activitat, relaxació) i estratègies per millorar l'afrontament del dolor. Fomenta l'autoeficàcia i el propi maneig de la malaltia, augmenta la funcionalitat i disminueix la percepció dolorosa. El pacient és l'agent actiu de tot el procés.

La pedagogia del dolor i l'educació en neurociència han adquirit molta rellevància en l'abordatge del dolor crònic i la seva utilització ha donat resultats esperançadors.¹⁰

Pel que fa a la **intervenció física i rehabilitadora**, la seva funció principal és l'augment de la capacitat aeròbica, de la força muscular i de la mobilitat articular, amb l'objectiu de disminuir la intensitat del dolor, tractar la pèrdua de la capacitat funcional, prevenir l'aparició de reaguditzacions i fomentar l'autocura.

Els beneficis de l'exercici es manifesten en el camp físic, millorant el to muscular i la resistència a l'esforç; psicològic, millorant l'estat d'ànim i ajudant a combatre l'estrès i l'ansietat; i social, fomentant les relacions interpersonals i evitant l'aïllament.

L'exercici físic es pot treballar de maneres diferents, segons quin sigui el focus: flexibilitat, resistència i exercici aeròbic. Pot produir una desensibilització sistemàtica amb intervencions graduals que poden restaurar circuits cerebrals.⁸

Pot realitzar-se amb intervenció grupal o individual, però sempre adaptat a la situació física basal de cada pacient. La intervenció ha de ser activa, sempre

que sigui possible, fent una exposició gradual al moviment i estimulants l'adherència a l'exercici.

La **teràpia cognitiva conductual** té com a principals objectius modificar les pautes de comportament inadequades, augmentar el nivell d'activitat dels pacients i millorar les seves pròpies habilitats. Posa el focus en la relació entre cognició, afecte i conducta, falses creences i cognicions negatives.

Dona a conèixer eines bàsiques emocionals per adquirir estratègies de millora amb l'objectiu d'augmentar i reforçar els beneficis d'autonomia i autoeficiència, activant habilitats per a millorar l'estat d'ànim i disminuir l'ansietat i desactivant les alarmes innecessàries creades per la percepció errònia d'amenaques.

Aquestes teràpies tenen com a objectius: identificar els estressors, treballar límits, aprendre tècniques de relaxació, tractar símptomes depressius i millorar la gestió emocional, canviar l'enfocament i visió de la patologia i activar estratègies d'afrontament saludables.

Malgrat que el model cognitiu conductual sigui el més validat, també hi ha altres models d'intervenció que poden ser eficaços, tot i que no es disposen d'estudis que ho avalin.

Un exemple proper d'intervenció multidisciplinària el tenim a la Regió Sanitària de Girona. Queda recollit i es pot consultar a la *Guia de Sensibilització Central de la Regió Sanitària de Girona*.¹¹

7.12.7. Tractament farmacològic

Cal tenir en compte les següents recomanacions generals:

- Els AINE i el paracetamol poden ser útils per a la inflamació i nocicepció perifèrica.
- Els opioides són potents i eficaços en el tractament del dolor nociceptiu (somàtic/visceral) i només parcialment eficaços en l'alleujament del dolor neuropàtic.
- En el DCNO, els opioides no han mostrat eficàcia ni seguretat a llarg termini, per tant es recomana reavaluar als tres mesos del tractament i suspendre'ls si cal.
- Els antidepressius i els anticonvulsivants són de primera línia en el dolor neuropàtic.
- Els coanalgèsics i els coadjuvants poden ajudar en la millora del control del dolor.

Els coanalgèsics són aquells fàrmacs que tenen efecte analgèsic pel seu mecanisme d'acció secundària (corticoides, antidepressius, anticonvulsivants). Els coadjuvants són fàrmacs que no tenen efecte analgèsic, però que contribueixen a millorar altres símptomes que acompanyen el dolor crònic (ansiolítics, laxants, hipnòtics, etc.).

7.12.8. Aspectes clau

La prevalença de dolor crònic no oncològic en la població de més de 15 anys és elevada i té una important repercussió en la qualitat de vida física, psíquica, laboral, social i econòmica de les persones que la pateixen.

El dolor crònic no és un dolor agut cronificat.

El tractament **no farmacològic** és molt important en el dolor crònic no oncològic.

La pedagogia del dolor i l'educació en neurociència són claus com a intervenció per l'abordatge del dolor crònic.

Els millors resultats en el tractament del dolor crònic s'obtenen amb les teràpies multicomponent.

Bibliografia

1. Montero J. Permiso para Quejarse. Lo que el dolor cuenta de ti. Barcelona: Ariel; 2017.
2. Moix J. Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. Anuario de Psicología. 2005; 36 (1): 37-60.
3. Barragan A. El dolor crónico: una visión antropológica de acuerdo a familiares y pacientes. Arch Med Fam. 2006; 8 (2): 109-117.
4. Good JB. Medicina, Racionalidad y experiencia. Barcelona: Bellaterra; 2003.
5. Butler DS, Moseley GL. Explain pain. 2a edició. Austràlia: Noigroup Publications; 2013.
6. Departament de Salut [Internet]. Resultats de l'enquesta de salut de Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/resultats_enquesta_salut_catalunya/
7. Sánchez J, Tejedor A, Carrascal R. La atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) en atención primaria (AP). Documento de Consenso. Madrid: SEMG, SEMFYC, SEMERGEN; 2016.
8. Manresa A, Samper D, coordinadors. Consens català de dolor crònic no oncològic. Barcelona: Societat Catalana de Dolor (SCD) i Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC); 2017.
9. Yunus MB. Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. Semijn Arthritis Rheum. 2008; 37 (6): 339-352.
10. Barrenengoa MJ, Angón LA, Moscosio JI, González J, Fernández M, Gracia R. Efecto de la educación en neurociencia del dolor en pacientes con fibromialgia: intervención grupal estructurada en atención primaria. Aten Primaria. 2021; 53 (1): 19-26.
11. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Ruta Assistencial Síndromes Sensibilitat Central [Internet]. Girona: Servei Català de la Salut; 2018. Disponible a: <https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/territori/girona/publicacions/rutes-assistencials/ruta-assistencial-sindrome-sensibilitat-central.pdf>

7.13.

Atenció a les persones amb problemes de salut relacionats amb el maltractament

DAVID BALLESTER, CONCEPCIÓ FUENTES

7.13.1. Situació actual del tema

Per abordar l'atenció a les persones amb problemes de salut relacionats amb el maltractament i concretament a les persones grans, a les dones i a la infància, es fa necessari definir els termes maltractament, violència i violència de gènere o masclista. L'Organització Mundial de la Salut (OMS), l'any 2002 ja va plantejar els problemes per no haver considerat fins aleshores la violència i el maltractament com un problema de salut pública. Una de les raons era la falta d'una definició clara sobre la violència i acceptada socialment, ateses les influències culturals, de normes socials i de valors que han impregnat la violència, especialment la violència masclista i, com a conseqüència, els maltractaments.¹

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix la violència com

l'ús deliberat de la força física o el poder, ja sigui en grau d'amenaça o efectiu, contra un mateix, una altra persona o un grup o una comunitat, que causi o tingui moltes probabilitats de causar lesions, mort, danys psicològics, trastorns del desenvolupament o privacions.

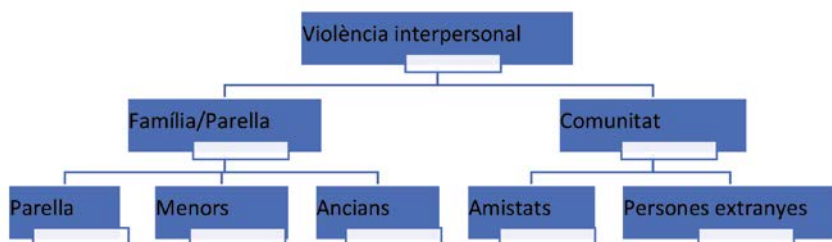
Entenem per maltractament el fet d'haver-se produït un acte de violència entre dues o més persones, essent aquesta violència l'exercida per una persona que ostenta una posició de poder o força davant d'altres que no tenen capacitat

de defensar-se o que per diferents circumstàncies no poden (por a represàlies, indefensió, creences religioses o morals, bloqueig, etc.).

A partir d'aquesta definició genèrica, l'Informe Mundial sobre la Violència i la Salut va categoritzar tres actes de violència: la infligida cap a un mateix o autoinfligida, la infligida per un altre individu o grup petit de persones o interpersonal i la infligida per grups més grans com estats, grups polítics organitzats o col·lectiva. Per l'interès del tema ens centrarem en la violència interpersonal, que en la classificació de l'OMS, es divideix en dues categories (figura 1):

- Violència intrafamiliar o de parella, que es produeix en membres de la família o companys sentimentals.
- Violència comunitària, que es produeix entre persones no relacionades entre sí i que poden o no ser coneguts.

Figura 1. Classificació de la violència interpersonal



Font: Who 2002¹

En la violència interpersonal, que és la que tractarem en aquest capítol, es poden donar qualsevol de les naturaleses de la violència, és a dir, física, sexual, psicològica i de privacions o desatenció.

Així, el maltractament que es dona per l'ús de la violència interpersonal és un problema de salut pública per les conseqüències en la mortalitat i en la salut de les persones. Tot i que pot donar-se en molts àmbits i situacions, tractarem els maltractaments sobre els infants, les persones grans i les dones.

Tanmateix, és necessari en aquest punt especificar un tipus de violència que té un caràcter més greu per les seves característiques i magnitud, la violència exercida contra les dones. L'Organització de Nacions Unides (ONU), va definir la violència contra les dones com

tot acte de violència basat en el gènere, que implica o pot implicar per a les dones danys o sofriments de naturalesa física, sexual, psicològica o

econòmica, incloses les amenaces de realitzar aquests actes, la coacció o la privació arbitrària de llibertat, en la vida pública o privada.²

Aquesta violència exercida contra les dones ha sofert diverses denominacions, encara avui en dia existents, i que algunes d'elles tenen unes connotacions culturals o que exclouen situacions greus o que neguen aquest fenomen. Així s'ha anomenat com a violència de parella, violència intrafamiliar, violència domèstica, violència de gènere o violència masclista.³ Darrerament, hi ha un consens important per denominar-la com a violència masclista i la Llei 17/2020, del 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista, publicada a Catalunya, fa un avenç rellevant en aquesta línia.⁴

El fet d'anomenar-la *violència masclista* comporta un canvi de paradigma per tal de posar l'èmfasi en l'origen d'aquest tipus de violència, el d'una societat patriarcal i masclista fonamentada en un discurs violent, de la raó del més fort i on l'home està per sobre de la dona. Tanmateix, cal tenir en compte que en la bibliografia de la recerca realitzada en aquest tipus de violència, s'utilitzen principalment els termes de *gender violence*, *partner violence* i *violence against woman*.

Actualment, els maltractaments ocasionats per la violència de tot tipus generen una pèrdua important de vides i de perjudicis en la salut de les persones. Es calcula que cada dia moren al món 137 dones per violència masclista, i es provoquen cada any un total de més de 700.000 anys viscuts amb discapacitat deguts a la violència sexual.⁵

Els problemes en la salut de les persones degut a aquests maltractaments són diversos i importants. En destaquen les conseqüències físiques generades per la violència i les lesions orgàniques consegüents, així com les degudes a la malnutrició o desnutrició produïdes per l'omissió de responsabilitats en la cura de persones dependents. Tanmateix, tots els maltractaments tenen unes importants i duradores conseqüències en la salut psíquica, destacant els trastorns depressius, d'ansietat i el trastorn per estrès agut i posttraumàtic.⁶

Els professionals de la salut tenen, encara avui, manques formatives amb relació a aquestes violències, tot i que les prevalences són altes. Aquestes mancances impedeixen una adequada intervenció d'infermeres i metgesses, i una prevenció de les conseqüències d'aquestes violències.⁷

A continuació, es plantegen temes relacionats amb la violència de forma genèrica, però amb consideracions diferents i amb especificitats concretes, com són els maltractaments generats per diferents tipus de violència o ommissió de responsabilitats dirigides a infants, persones grans i dones.

7.13.2. Aspectes clau

La violència interpersonal produeix una greus problemes en la salut de les persones, a més de morts evitables.

Els maltractaments produïts per la violència dirigida a infants, persones grans i dones és un problema de salut pública important.

Les infermeres han de conèixer els tipus de violència, la seva detecció i abordatge, així com les conseqüències en la salut dels maltractaments en tots els grups de població, per poder intervenir adequadament.

Bibliografia

1. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. Washington, DC: OMS; 2002. Disponible a: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
2. United Nations. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer [Internet]. Nueva York, NY: UN; 1993. Disponible a: https://violenciagenero.org/sites/default/files/4_normativa.pdf
3. Díaz-Aguado MJ, Martínez R, Martín J, Falcón L. La situación de la violencia contra las mujeres en la adolescencia en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Igualdad. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género; 2021. Disponible a: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2021/pdfs/Estudio_ViolenciaEnLaAdolescencia.pdf
4. Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista [Internet]. BOE, núm. 11 (13 de gener de 2021). Disponible a: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-464
5. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global burden of disease Project [Internet]. Global burden of disease Project; 2019. Latest GBD results: 2019 [aprox. 3 pantalles]. Disponible a: <http://www.healthdata.org/gbd/gbd-2019-resources>
6. World Health Organization. Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children [Internet]. Geneve: World Health Organization; 2016. Disponible a: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/global-plan-of-action/en/>
7. Rigol A, Galbany P, Fuentes C, Burjales MD, Rodríguez D, Ballester D. Perception of nursing students about couples' violence: Knowledge, beliefs and professional role. Rev Lat Am Enfermagem. 2015; 23 (3): 527-534.

7.14.

Atenció a les persones amb problemes de salut relacionats amb el maltractament a la infància

JOSEFINA PATIÑO

7.14.1. Situació actual del tema

El maltractament infantil es un problema social i de salut pública a escala mundial. Sovint s'amaga, passa desapercebut i és difícil de detectar. Implica diverses formes de violència exercida sobre els infants o els adolescents.

Entendre el maltractament infantil com un fenomen complex permet situar-nos en el si de les relacions humanes i tenir en compte les múltiples dimensions que juguen un paper cabdal en aquest tema. Algunes són: la representació social de la infància per part de la comunitat, la legitimació del càstig en les practiques educatives infantils, la manera en què s'organitzen les relacions (entre adults, infants i adolescents o entre els propis membres d'aquest darrer col·lectiu), així com la conjugació d'aspectes subjectius amb matisos històrics i socioculturals. Tot això fa que el maltractament infantil no pugui ser explicat de forma lineal, sinó que requereixi d'una mirada àmplia que combini diferents punts d'intersecció entre diverses qüestions epistemològiques, personals, socials, culturals, econòmiques, jurídiques i legals.¹

A Europa, un de cada deu menors pateix maltractament físic, tres de cada deu, psicològic i dos de cada deu, negligència o abandonament, per part dels seus cuidadors principals.² A Espanya, la incidència real del maltractament infantil és desconeguda. Entre un 80 i 90 % dels casos no es notifiquen ni es denuncien en el moment en què es produeixen. La majoria tenen lloc en l'àmbit familiar

i en nombroses ocasions els pares, les mares, les persones cuidadores principals o les persones conegudes pel menor, en són els agressors.³ El darrer Registre Espanyol Unificat de Maltractament Infantil, l'any 2016, va identificar 14.569 notificacions de sospita de maltractament infantil.² A Catalunya, la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA) va declarar en un dels seus darrers informes, la xifra de 1.181 infants i adolescents desemparats. El 44 % dels expedients oberts varen ser per negligència o abandonament, el 12,4 % per maltractament psicoemocional, el 8,2 % per violència física, el 2,9 % per maltractament prenatal i l'1,7 % per abús sexual.⁴

Les conseqüències del maltractament infantil són múltiples i afecten principalment el desenvolupament integral dels infants i dels adolescents que el pateixen. Els efectes sobre la salut, el creixement i el desenvolupament dels menors són nombrosos.

Atesa la naturalesa del fenomen, cal abordar-lo de forma integral, amb la implicació de diferents sectors i treballar els casos en equips multidisciplinaris, en què els professionals infermers hi tenen un rol destacat. La detecció precoç, l'atenció i la prevenció són pilars fonamentals per disminuir la incidència del maltractament infantil.³ És important promoure des de l'àmbit sanitari el bon tracte integral dels infants i dels adolescents, així com la rehabilitació dels que han patit o pateixen maltractament. En aquest marc, la coordinació i l'actuació unànime de les institucions i els professionals dels diferents sectors que intervenen en un cas, l'agilització en l'actuació per evitar la demora dels procediments, la protecció del menor en tot moment i la mínima intervenció per no sobreexposar l'infant o adolescent al trauma experimentat, seran fonamentals en l'atenció de les víctimes de maltractament infantil.⁴

7.14.2. Desenvolupament del tema

L'Organització Mundial de la Salut determina que el maltractament infantil inclou tots els tipus de violència de què són objecte els menors de 18 anys.⁵

L'Observatori de la Infància defineix el maltractament infantil com l'acció, omissió o tracte negligent, no accidental, que priva els infants i els adolescents dels seus drets i benestar, que amenaça o interfereix en el seu ordenat desenvolupament físic, psíquic o social i que els seus autors poden ser persones, institucions o la mateixa societat.⁶

Hi ha diferents maneres de classificar el maltractament infantil.⁶⁻⁹ Això no obstant, existeix un ampli consens respecte a les quatre tipologies bàsiques. Cadascuna d'elles pot presentar indicadors diferenciats, tant pel que fa a les seves característiques com pel comportament de l'infant i adolescent (taula 1).

A més a més, també es podrien diferenciar altres tipus de maltractament infantil en funció de l'àmbit (familiar o extra familiar) en què es produeix. Una altra classificació del maltractament infantil podria ser en funció de la temporalitat i diferenciar entre el maltractament infantil agut o crònic.

Alguns tipus de maltractament infantil que es podrien incloure quan tenen lloc en el context familiar són: l'exposició del menor a la violència de parella, la síndrome de Münchhausen per poders o simulació de malalties en el menor, la submissió química farmacèutica de l'infant, la mutilació genital femenina i el maltractament prenatal, entès com l'acció o omissió voluntària per part de la dona gestant o per part d'una tercera persona, que posa en perill la salut fetal o causa un dany directe o indirecte al fetus o nadó.⁶⁻⁹

En el context extrafamiliar s'hi inclourien: el maltractament institucional provocat per qualsevol legislació, programa, procediment, actuació, etc., procedent dels poders públics o privats que vulnerin els drets bàsics dels infants i dels adolescents, l'explotació laboral o sexual, la violència masclista com ara els matrimonis forçats dels menors, el tràfic d'éssers humans, el *grooming* (assetjament sexual virtual al menor per part d'un adult), la violència de gènere entre els iguals, el *sexting* (enviament d'imatges eroticopornogràfiques del menor a través del mòbil o altres dispositius tecnològics), l'assetjament escolar o *bullying* i el ciberassetjament (ús dels mitjans telemàtics per assetjar psicològicament un igual).⁶⁻⁹

Taula 1. Tipologia de maltractament infantil. Indicadors

Tipus	Definició	Característiques	Comportament
Físic	Qualsevol acció no accidental que provoqui o pugui provocar danys físics o malalties.	Marques al cos del menor de l'objecte amb el qual s'ha fet l'agressió, hematomes, eritemes, cremades, fractures, inflamacions, deformacions, trencaments viscerals, ingressos hospitalaris freqüents per causes poc clares.	Actituds agressives, destructives, rebels, hiperactivitat o apatia, por, ansietat, aïllament, sentiments de culpa, de ser dolents. Baix rendiment escolar i absències escolars freqüents.

VII. ATENCIÓ A LES PERSONES AMB PROBLEMES DE SALUT

Tipus	Definició	Característiques	Comportament
Sexual	Qualsevol situació en què un adult utilitza un menor per satisfer desitjos, obtenir excitació o gratificació sexual. Varia des de la seducció verbal, l'exhibició dels genitals, els tocaments corporals, la masturbació en presència del menor, la pornografia, etc. fins a la violació. Les activitats sexuals imposades per un menor a un altre: sempre que el primer sigui més gran (cinc anys) i faci servir la força, l'abús de poder o altres mitjans de pressió, es consideren abús.	Presència als genitals o a l'anus de: equimosi, laceració, sagnat, prurit, inflamació, perforació de l'himen en les nenes, dificultat per caminar, presència de semen, infecció, somatitzacions. Disparèunia o coïtàlgia en adolescents.	Por, ansietat, culpa, desconfiança, enuig, manifestació de conductes sexuals no apropiades per l'edat. En adolescents, anorgàsmia, pèrdua o disminució de la libido.
Psicoemocional	Actituds dirigides a produir dany a la integritat emocional del menor (gesticulacions, insults, menyspreu, crítiques que humilien, degraden o intimiden). També inclou el bloqueig o privació de les interaccions per part de l'infant amb el seu entorn. Inclou tant les conductes actives (terroritzar, menysprear, corrompre, rebutjar) com la seva omisió per part de l'adult (ignorar).	Retard psicomotor, aïllament, tristor, desvalorització, baixa autoestima, inseguretat personal, aïllament, retraïment.	Deteriorament de les facultats mentals, especialment en el camp cognitiu. Baix rendiment escolar, depressió, poca sociabilitat, sensació de no ser estimats, bloqueig emocional.
Abandonament o Negligència	No s'atenen les necessitats bàsiques (físiques, psíquiques, socials) del menor, o se li priva de la supervisió i atenció indispensables pel seu correcte desenvolupament.	Higiene deficient, desnutrició, aspecte malaltís, roba i calçat inadequat pel context/clima. Manca d'assistència i revisions mèdiques i de salut, adinàmia familiar permanent.	Retraïment, apatia, assistència irregular a l'escola, baix rendiment escolar, indiferència cap al mitjà ambient extern.

Font: adaptació pròpia⁴⁻⁹

Cal tenir en compte els factors de risc que fan augmentar la probabilitat que els infants i els adolescents pateixin maltractament. També és important assenyalar els factors de protecció que limiten la possibilitat de violència sobre aquesta població. La taula 2 mostra alguns dels factors de risc amb major poder predictiu de maltractament infantil. L'existència de factors de risc no determina necessàriament que es produirà maltractament. Ara bé, els factors de risc poden interactuar entre si i agreujar altres riscos presents.⁴

Taula 2. Principals factors de risc de maltractament infantil

Cuidadors principals	• Ira/hiperreactivitat. • Elevats nivells d'estrès. • Baixa autoestima. • Poc control dels impulsos. • Dèficit de coneixement criança, creixement i desenvolupament dels infants. Expectatives irrealistes vers infant i adolescent. • Malaltia mental. • Experiència de violència a la infància. • Consum o alt risc de consum de drogues legals o il·legals. • Percepció de fill/a com un problema per part dels pares.
Infants / Adolescents	• Trastorns del comportament i afectius. • Prematuritat. • Retard en el desenvolupament. • No desitjat/massa desitjat. • Malalties cròniques. • Diversitat funcional.
Entorn	• Dinàmiques de violència familiar amb alt nivell de conflicte. • Escassa cohesió familiar. • Canvis freqüents de referents adults. • Escassa comunicació pares/fill/a. • Pobresa. • Atur/precarietat laboral/sobrecàrrega laboral. • Manca de llar, amuntegament. • Manca de xarxa de suport/aïllament social.

Font: adaptada de⁴

7.14.3. Aspectes clau

La funció dels professionals infermers resulta essencial per assegurar l'atenció integral als infants i als adolescents i les seves famílies, i molt especialment en situacions de risc social. Aquesta actuació ha de ser realitzada en coordinació amb d'altres professionals i institucions implicats en la cura i seguiment d'aquest grup de població i les seves famílies. A continuació, es detallen 6 eixos principals sobre els que pivota el rol infermer en l'atenció als infants i als adolescents víctimes de maltractament infantil.⁶⁻¹⁰

- La *prevenció* anirà destinada a tota la població infantil i adolescent, així com a les seves famílies. És important proporcionar informació, orientació, suport i empoderament als progenitors o cuidadors principals, per promoure el bon tracte als infants i als adolescents. També, fomentar les pautes de criança positiva, conèixer els factors de risc i desencadenants del maltractament, tenir present els determinants socials i incidir en l'aplicació de mesures preventives específiques cap a aquest tipus de violència. Educar els infants i els adolescents en la millora de l'autoestima i l'autoprotecció, així com en el bon tracte entre els iguals, serà un altre punt important. La consulta d'atenció primària i els centres educatius són espais privilegiats per dur a terme aquestes activitats.
- La *detecció precoç* de les situació de maltractament infantil és primordial per a la protecció del menor i requereix una actitud proactiva per part de tots els implicats. Davant de qualsevol signe de qualsevol tipus de maltractament infantil, el professional sanitari actuarà de forma immediata. D'aquesta manera es poden evitar possibles conseqüències i augmentar les possibilitats d'èxit en la intervenció, el tractament de seqüeles i a evitar la reiteració. És necessari que els professionals infermers reconguin i sàpiguen identificar els indicadors de sospita o signes d'alarma que indiquen la possibilitat de maltractament. Les visites domiciliàries, l'avaluació psicosocial de la família i l'ús d'instruments adequats i estandarditzats, entre d'altres, són d'utilitat per avaluar els riscos, en casos de sospita de maltractament infantil.
- L'*establiment de comunicació efectiva* amb els infants, els adolescents i les seves famílies és fonamental. Els professionals infermers disposen d'una posició privilegiada en aquest sentit, ja que estan en contacte directe amb les persones que atenen. Crear un entorn confidencial, segur i afectiu amb l'objectiu d'establir una relació d'ajut i confiança en què infants, adolescents i famílies es puguin i vulguin expressar esdevé cabdal i ajuda a obtenir informació sobre la situació del menor i de la seva família. En aquest context, el professional infermer pot també realitzar les entrevistes al menor i a la família.

- *L'exploració del menor* víctima de maltractament infantil es dirigeix principalment a la busca de lesions físiques. En aquests casos el professional infermer actua recolzant el menor (explicant-li procediments a seguir, estant-hi present per sostenir-lo físicament o emocionalment, etc.) i ajudant en l'exploració i en l'obtenció de proves clíniques i forenses, principalment.
- *L'actuació* a realitzar es basarà en la valoració del risc vital o situació de gravetat del menor, que es farà de manera conjunta amb les diferents unitats de treball sociosanitari. Caldrà definir la gravetat del cas tenint en compte la freqüència i la intensitat dels indicadors i el grau de vulnerabilitat de l'infant i adolescent. Convindrà determinar la probabilitat que el maltractament es torni a repetir (valorant la cronicitat, la freqüència, l'accessibilitat de l'agressor, la conducta de l'infant i adolescent, les característiques de les persones progenitores o cuidadores principals de l'infant i adolescent i l'ambient familiar). Simultàniament, s'haurà de determinar si la integritat física o psicologia de l'infant i l'adolescent està molt compromesa o, inclús, si la seva vida i benestar estan en perill (maltractament greu) o si es tracta d'una situació no urgent, l'infant i l'adolescent no es troba en situació de perill i els indicadors físics, psicològics i socials de maltractament es poden abordar des de l'àmbit sociofamiliar (maltractament lleu o moderat).
- La *notificació* que s'ha de realitzar davant de qualsevol sospita fonamentada de maltractament infantil, complimentant el full o fitxa de notificació de situació de risc o desemparament infantil dels serveis de salut.
- El *seguiment dels casos* serà posterior a la notificació, i en aquest seguiment el professional infermer hi té un paper clau en la revisió de les condicions de vida i sociosanitàries del menor i la seva família així com en la implementació d'intervencions preventives i de promoció i d'educació per a la salut.

Bibliografia

1. Carreño CI, Rey A. Reflexiones entorno a la comprensión del maltrato infantil. Univer Psychol. 2010; 9 (3): 807-822.
2. del Moral C. Más me duele a mi. La violencia que se ejerce en casa. Madrid: Save the Children España; 2018.
3. Bernal M, García S, García MJ, Illán CR, Álvarez MC, Martínez M et al. Detección del maltrato infantil en los servicios de urgencias. Rev Enfer Doc. 2015; (103): 40-45.

4. Giménez A, Fernández R, Cabezas C coordinadors. Protocol d'actuació davant de maltractaments en la infància i l'adolescència en l'àmbit de la salut [Internet]. Barcelona: Secretaria de Salut Pública, Departament de Salut; 2019 [consultat 2 d'abril de 2021]. Disponible a: http://salutpublica.gencat.cat/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/infancia-i-adolescencia/05maltractamentinfantojuvenil/protocol-actuacio-maltractaments-infancia.pdf
5. WHO [Internet]. Child maltreatment; 2020. Ginebra: World Health Organization; 2020 [citat 19 de maig de 2021]; [aprox. 8 pantalles]. Disponible a: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
6. Observatorio de la infancia. Protocolo básico de actuación contra el maltrato infantil en el ámbito familiar. Actualizado a la intervención en los supuestos de menores de edad víctimas de violencia de genero. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
7. Sánchez AM. Maltrato infantil: El rol de enfermería. Alicante: 3 Ciencias. Editorial Área de Innovación y Desarrollo, SL; 2020.
8. Dean E. Child Abuse and Neglect. Reino Unido: National Institute for Health and Care Excellent (NICE) Guideline; 2017.
9. Soriano FJ, Grupo PrevInfad / PAPPS. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria [Internet]. Rev. Pediatr Aten Prim [consultat 24 de maig de 2021]. 2009; 11 (41). Disponible a: <http://www.aepap.org/previnfad/Maltrato.htm>
10. Muntadas B, Serrarols M, Villanueva A. Abordatge del maltractament infantil a l'Atenció Primària [Internet]. APSalut [consultat 02 de maig de 2021]; 7 (4): 140. Disponible a: <https://apsalut.cat/2019/10/23/abordatge-del-maltractament-infantil-en-latencio-primaria/>

7.15.

Atenció a les dones que han sofert violència masclista

DAVID BALLESTER, CONCEPCIÓ FUENTES

7.15.1. Situació actual del tema

Les dades sobre violència masclista (VM) són esfereïdores any rere any. L'última Macroencuesta de Violencia Contra la Mujer, realitzada el 2019, constata que el 57,3 % de les dones de 16 o més anys residents a Espanya han patit VM dins o fora de la parella (violència física, sexual que inclou l'assetjament i l'*stalking* o assetjament reiterat, psicològica o econòmica).¹

En el context català, un 51,3 % de dones declara haver patit també VM al llarg de la seva vida.² Des del 2003 fins al 14 de setembre de 2021, s'han comptabilitzat 1.112 dones assassinades per les seves parelles o exparelles.³

El 1996, la violència masclista va ser declarada per l'Organització Mundial de la Salut com a problema de salut pública de primer ordre i és un fenomen social multifactorial⁴ que demana una actuació multidisciplinària per abordar-lo. Aquesta VM en totes les seves formes té greus repercussions en la salut de les dones que la pateixen, però també en la de les seves filles i els seus fills (violència vicària). I, amb una visió més àmplia, dins el concepte de *víctimes de segon ordre* també afecta les persones que s'impliquen en la protecció i defensa de les dones víctima.

El 2011 el Conveni del Consell d'Europa sobre prevenció i lluita contra la violència contra les dones i la violència domèstica d'Estambul, ratificat per l'Estat espanyol el 2014, insta els estats membres a protegir les dones contra qualsevol forma de violència i prevenir, perseguir i eliminar la violència contra les dones.⁵ D'acord amb aquest conveni, el 2017 es ratifica el Pacte d'Estat contra la Violència de Gènere.⁶ Aquest pacte d'Estat configura diferents eixos d'actuació. Cal ressaltar, per una banda, l'eix que insta al perfeccionament de

l'assistència, ajuda i protecció que s'ofereix a les dones víctimes de VM i a les seves filles i fills, el que comporta revisar els plans d'atenció tot garantint un tractament personalitzat que presti especial atenció als col·lectius de dones vulnerables, apostant per convertir els centres sanitaris en espais de detecció primerenca, atenció i derivació.

Entre les mesures a portar a terme en el camp de la sanitat es troba⁶ revisar i reforçar l'elaboració de protocols de detecció precoç en l'àmbit sanitari i garantir a totes les dones que han sofert VM que rebran l'assistència sanitària que requereixin, independentment de la seva situació administrativa. Per altra banda, en l'eix 5 del pacte d'Estat contempla l'impuls de la formació dels diferents agents per garantir la millor resposta assistencial. Això implica que s'ampliï la formació especialitzada de tots els i les professionals que intervenen en la prevenció, protecció i ajuda psicosocial a les víctimes. D'acord amb aquest eix algunes de les mesures en el camp de la salut són: formar els i les professionals que atenen dones víctimes de VM en les necessitats específiques, incloent les dones transsexuals o transgènere víctimes de la VM i implementar un programa formatiu especialitzat en prevenció de la VM a professionals sanitaris i de l'educació.

Així doncs, considerant l'atenció primària (AP) com a porta d'entrada al sistema de salut, aquesta esdevé un àmbit privilegiat d'intervenció en l'abordatge de la VM. Aquest abordatge ha de ser integral i coordinat en la detecció, l'atenció i la recuperació de les dones en situació de violència masclista.⁷

7.15.2. Desenvolupament del tema

L'evidència científica posa de relleu que les intervencions infermeres a les dones en l'atenció a la VM a l'AP inclouen: l'acollida, l'entrevista, la detecció i la reinterpretació dels signes i símptomes, realitzar una valoració biopsicosocial, informar i assessorar sobre els recursos disponibles, registrar les intervencions, cursar el comunicat judicial de lesions, fer visites de seguiment, desenvolupar un pla de cures individualitzat i elaborar campanyes educatives.⁸

Tanmateix, un estudi realitzat a Espanya posa en relleu que un 97,4 % d'infermeres d'AP creuen que la detecció de dones víctimes de VM passa desapercibuda, un 65,8 % no ha aplicat mai un protocol per a la detecció de la VM i un 67,5 % té la percepció de no tenir els coneixements necessaris. L'estudi conclou que les infermeres que tenen una percepció baixa de coneixements amb relació a la VM, apliquen menys el protocol d'abordatge de la VM i consideren la manca de formació com a principal problema per al seu diagnòstic.⁹ Altres autores ja posen de manifest la necessitat de suport als col·lectius metge i infermer pel que fa a la formació i recursos per realitzar una bona detecció

i gestió dels casos de VM, amb la necessitat de generar polítiques de treball que abordin de forma col·lectiva els problemes individuals, interpersonals, laborals i sistèmics, als quals s'enfronten el col·lectiu professional d'AP per abordar els reptes i les complicacions associades a la VM.¹⁰ Altres estudis també inclouen la manca de reconeixement o negació de la VM i la por per la presència de l'agressor com a limitacions del col·lectiu professional d'AP per identificar la VM.¹¹

El 2009, en el marc de la Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista,¹² es va crear el Protocol per a l'Abordatge de la Violència Masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya (PAVIM).¹³ Actualment, a l'espera de l'actualització d'aquest protocol, el 2019 se'n va realitzar una avaluació.¹⁴ Amb això es pretenia: avaluar el PAVIM en l'àmbit de la salut a Catalunya, el seu disseny i la seva implementació i la detecció de les necessitats i febleses en l'abordatge de les violències masclistes (mitjançant un estudi quantitatiu i qualitatiu); recollir les propostes sobre prevenció, detecció, atenció i recuperació en el marc de l'abordatge de les violències masclistes en l'àmbit de la salut a Catalunya; identificar els elements clau per orientar el disseny del nou model d'abordatge de la violència masclista en l'àmbit sanitari i l'adequació als diferents territoris (regions sanitàries de Catalunya).

Els resultats d'aquest estudi posen en relleu que l'any 2018 varen ser ateses a Catalunya als serveis sanitaris 5.510 dones de 15 anys o més amb un diagnòstic de VM, el 72,1 % varen ser ateses a l'AP. Les patologies més freqüents d'aquestes dones han estat l'ansietat, la hipertensió arterial, l'obesitat i la depressió. Pel que fa a l'ús dels recursos sanitaris per part de les dones diagnosticades de VM, va ser d'una mitjana de 13 visites per dona i cal destacar que el 25 % d'aquestes dones s'han visitat més de 17 vegades a l'AP. Aquesta freqüentació a l'AP supera la mitjana de visites per a qualsevol altra causa per part de la població general de dones a Catalunya.¹⁴

Amb relació als resultats de l'estudi qualitatiu, quan s'ha preguntat al col·lectiu de professionals de la salut sobre l'ús del PAVIM, la percepció general és que no s'ha implementat en la seva totalitat, fent-ne un ús puntual, que la seva implementació, difusió i comunicació han estat limitades. També ha referenciat confusió amb altres protocols així com una manifesta manca de suport real per a la posada en marxa, expressada pel col·lectiu de professionals. La importància de la formació en VM i que els protocols siguin aplicables en el dia a dia és una altra de les aportacions. Per altra banda, s'incideix en la rellevància del treball conjunt amb la comunitat per a la prevenció de la VM, sobretot amb les víctimes que tenen més risc d'aïllament, i en el fet que la prevenció en l'àmbit educatiu és fonamental. El col·lectiu de professionals està d'acord que l'atenció primària i els serveis d'urgències són els àmbits més adequats per a la detecció de la VM. La percepció dins l'àmbit sanitari és que es perd de

vista la simptomatologia vinculada a la VM i se centra molt en la violència física en detriment d'altres tipus de violències que pateixen les dones. Hi ha un consens en la infradetecció de casos de VM que respon a la no existència d'un perfil de dones concret que es pugui relacionar amb la VM, d'aquí la importància d'identificar indicadors per a la detecció de la VM. Cal incloure entre les dificultats de detecció la barrera idiomàtica quant a l'origen plural de les dones. Cal remarcar, també, la manca de confiança en els recursos que el sistema social i sanitari posa a disposició de les dones. A més, es posa de manifest una manca de suport jurídic que fa que es generi inseguretat professional. Amb relació al seguiment i a l'acompanyament i recuperació d'aquestes dones, la percepció general és de manca de recursos, de saturació dels existents i l'evidència de desigualtats, degut a que els circuits d'atenció són diferents en funció dels territoris. Des de les entitats de dones del territori, es percep que el circuit no està dissenyat per a la recuperació dels danys que han patit les víctimes ni per acompanyar-les en la seva recuperació.¹⁴

A més, aquest estudi ha permès identificar alguns elements rellevants per elaborar un nou model d'abordatge de la VM, a destacar:¹⁴

1. Evitar la normalització de la violència masclista i fomentar noves masculinitats.
 - Ampliar la mirada des d'un model d'abordatge que tingui present allò que fa invisibles algunes situacions de violència per arribar a totes les dones.
 - Interpel·lar els homes amb estratègies preventives que també els tinguin en compte, que qüestionin els tradicionals rols de gènere i aportin nous referents de masculinitat més saludables.
2. La formació adreçada als i a les professionals de la salut.
 - Planificar la formació dels i de les professionals de la salut, des dels graus inicials en medicina i infermeria i els programes de formació bàsica adaptats i aplicables al dia a dia professional.
3. Els recursos i l'equitat territorial.
 - És important que el model d'abordatge tingui en compte els recursos disponibles a cadascun dels territoris per articular estratègies i circuits adaptats a la realitat territorial, i que permetin garantir l'equitat en l'atenció arreu del país.
4. Els canvis estructurals i organitzatius.
 - Reforçar la figura dels i de les referents en violència masclista als serveis de salut, incorporant perfils professionals d'infermeria i psicologia, i organitzar i planificar el treball en equip i el treball

en xarxa com a espais imprescindibles de coordinació i gestió dels casos de violència masclista.

5. Els sistemes de registre.

- És fonamental el consens en un sistema de registre que afavoreixi una atenció integral dels casos de violència masclista i la coordinació amb els i les professionals de la xarxa d'atenció, garantint la seguretat i la privacitat de les dones.

6. La comunicació i el seguiment.

- Implementació efectiva del nou model. És imprescindible planificar la comunicació de manera que els i les professionals de la salut i altres agents que formen part dels circuits d'atenció en siguin coneixedors.
- Incorporar indicadors de seguiment que permetin avaluar a partir del coneixement, el funcionament i la implementació del nou model d'abordatge de la violència masclista, tenint en compte les diferents realitats territorials.

7. Els espais de suport dels i de les professionals de salut.

- Garantir el benestar dels i de les professionals que els han d'oferir suport i acompanyament.

A partir d'aquestes propostes, el 2021 es publica el *Model d'atenció a la salut de les dones que viuen o han viscut situacions de violències masclistes i la dels seus fills i filles*.¹⁵ Aquest model d'atenció mostra la posició que té el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya davant la violència masclista i els seus efectes en la salut de les dones i en la dels seus fills i filles i vol ser la base per orientar noves actuacions en aquest àmbit.

Amb aquest model d'atenció es marquen les bases per a l'atenció a la salut de les dones en situació de violència masclista i la dels seus fills i filles, i obre el debat necessari per definir polítiques públiques d'abordatge de la violència masclista des d'un enfocament integral que reconegui la prevenció, l'acompanyament en el procés d'identificació, la detecció professional i l'atenció adequada i que incorpori línies de treball específiques respecte dels homes agressors, així com aproximacions singulars en l'atenció a les criatures víctimes de violències masclistes.

Amb tot això, la valoració, la detecció, el tractament i el seguiment de les dones que pateixen VM es troba dins les competències de les infermeres, per la qual cosa han d'estar igual de capacitades que per abordar qualsevol altre problema de salut. En aquest sentit, ningú posa en dubte l'abordatge d'una dona amb una malaltia crònica com, per exemple, la diabetis mellitus. Tanmateix, perquè trobem tantes barreres en l'atenció d'aquestes dones

víctimes de VM? Havent estudiat i reconegut aquestes barreres, cal posar fil a l'agulla per atendre les dones víctimes i supervivents d'aquesta xacra. Recentment, Leanne Patrick i Laura Jackson posen de manifest de nou que les infermeres tenen aquesta responsabilitat per tal d'abordar les desigualtats de salut, protegir les dones i, en última instància, salvar vides. Per això es requereix un canvi sistèmic i una inversió en capacitació i en recerca. Els equips docents, les persones líders i gerents en l'àmbit de la infermeria han de prioritzar i invertir en el desenvolupament del coneixement i atenció per garantir que les infermeres tinguin confiança i arribin a ser competents per abordar la VM.¹⁶

7.15.3. Aspectes clau

- El paper de la infermera d'atenció primària és fonamental per a la detecció, valoració, seguiment i recuperació de les dones que pateixen VM. La infermera ha d'estar capacitada per aquest abordatge.
- Cal identificar tots els signes i símptomes més enllà dels físics, tenint present l'abordatge holístic de la persona, així com conèixer totes les formes de VM descrites a la Llei 17/2020, del 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista que són: la física, la psicològica, la sexual, l'obstètrica, l'econòmica, la digital, la de segon ordre i la vicària.¹⁷ També es fa necessari conèixer el cicle de la violència per poder identificar a quina fase es pot trobar la dona¹⁸ (figura 1), així com els mites i estereotips envers la VM. Això implica l'aplicació d'un enfocament integrat de gènere en l'atenció de la salut de les dones incorporant l'anàlisi de factors de risc diferencials i els processos determinants biopsicosocials de gènere.¹⁹ El PAVIM inclou un apartat de valoració de la dona on s'inclouen uns indicadors a tenir en compte quan es realitza una valoració biopsicosocial de la situació de violència, de la seguretat i de la situació de risc (taula 1).¹³
- En la valoració s'han de contemplar aquells aspectes que incrementen la vulnerabilitat de les dones. És per això que cal incloure la perspectiva interseccional que ofereix coneixement sobre el creuament de les violències amb les diverses formes estructurals d'opressió, com l'origen, la cultura, l'ètnia, la classe social, la capacitat, l'edat, l'orientació sexual, l'expressió i la identitat de gènere.¹⁹ En aquest sentit, cal incloure les dones transsexuals i transgènere.

- És necessari disposar d'un espai per l'atenció de la dona per garantir la confidencialitat, la intimitat i la seva seguretat, que no es deixarà sola en cap moment.
- El treball interdisciplinari és imprescindible, la creació de comissions de VM en els centres d'atenció primària i la creació de sessions clíniques per compartir l'abordatge i seguiment de casos de VM facilitarien la bona gestió dels casos. Cal assessorar la dona davant la sospita i
- derivar-la als Serveis d'Informació i d'Atenció a les Dones (SIAD) i a d'altres especialitats, si s'escau.
- Els comunicats judicials de lesions s'han de cursar, si s'escau.
- La formació és un element clau, s'ha d'incorporar en el currículum del grau d'infermeria, reforçar-la en l'especialitat d'infermeria familiar i comunitària i realitzar formacions continuades periòdiques.
- Els protocols i guies clíniques d'abordatge són l'eina que assegura una bona intervenció en els casos de VM: cal conèixer-los i seguir-los.
- La recuperació de les dones que han patit VM s'ha d'incorporar a l'agenda de visites de seguiment.

Figura 1. Cicle de la violència



VII. ATENCIÓ A LES PERSONES AMB PROBLEMES DE SALUT

Taula 1. Indicadors de possible episodi de violència masclista

Valoració biopsicosocial
Lesions i símptomes físics.
Situació familiar.
Situació econòmica, laboral i ocupacional.
Xarxa de suport social de la dona.
Situació emocional.
Valoració de la situació de violència.
Tipus, durada, freqüència i intensitat de la violència.
Comportaments familiar i social de la persona agressora; si hi ha hagut agressions a altres persones o familiars.
Mecanisme d'adaptació desenvolupat per la dona.
Fase del procés de violència en la qual es troba.
Valoració de la seguretat i avaluació del risc
Amenaces amb armes o ús d'armes.
Amenaces o intents d'homicidi a la dona i els seus fills i les seves filles.
Amenaces o intents de suïcidi de la dona.
Violència cap als fills i filles o altres membres de la família.
Lesions greus, que requereixen fins i tot hospitalització.
Amenaces o persecució malgrat haver-hi separació.
Augment de la intensitat i la freqüència de la violència.
Agressions durant l'embaràs.
Abusos sexuals repetits.
Comportament violent fora de la llar.
Gelosia extrema, control obsessiu de les activitats diàries de la dona (on va, amb qui està o quants diners té).
Aïllament creixent.
Consum d'alcohol o drogues per part del cònjuge, i consum per part de la dona.
Disminució o absència de remordiment expressat per l'agressor.
Cal considerar la percepció de perill que té la dona, tant per a ella com per a altres membres de l'entorn familiar. Davant de la presència d'aquest indicador, la situació queda definida directament com una situació de perill extrem
Criteri professional després de la valoració (fonamentada en l'entrevista i la valoració biopsicosocial realitzada).
Si es detecta una situació de perill, cal fer les preguntes següents: us sentiu segura a casa vostra? Podeu anar a casa ara? Estan segurs els vostres fills i filles? On és ara l'agressor? Ho saben, les vostres amistats o familiars? Us ajudarien?

Font: adaptat de PAVIM¹³

Bibliografia

1. Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género) [Internet]. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2019. [consultat 12 de novembre de 2021]. Madrid: Ministerio de Igualdad. Disponible a: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf
2. Generalitat de Catalunya. Departament d'Interior. Enquesta de violència masclista a Catalunya. Resultats Bàsics 2016 [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya [consultat 25 de setembre de 2021]. Disponible a: https://interior.gencat.cat/web/.content/home/010_el_departament/publicacions/seguretat/estudis_i_enquestes/enquesta_de_violencia_masclista/Presentacio-EVMC_23_07.pdf
3. Gobierno de España. Ministerio de Igualdad. Mujeres víctimas mortales por violencia de género en España a manos de sus parejas o exparejas. Datos provisionales. 2021 [Internet]. [consultat 21 de setembre de 2021] Disponible a: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/home.htm>
4. WHO. Forty-ninth World Health Assembly, Geneva, 20-25 May 1996: summary records and reports of committees. Gènova: WHO; 1996 [Internet] [consultat 18 de setembre de 2021]. Disponible a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/178944>
5. Council of Europe. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Estambul: Council of Europe; 2011 [consultat 15 de setembre de 2021]. Disponible a: <https://rm.coe.int/1680462543>
6. Gobierno de España. Ministerio de la presidencia, relaciones con las cortes e igualdad. Documento refundido de medidas del pacto de estado en materia de violencia de género. Congreso + senado; 2019 [Internet] [consultat 12 de novembre de 2021]. Disponible a: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/pactoEstado/docs/Documento_Refundido_PEVG_2.pdf
7. WHO. Caring for women subjected to violence: a WHO curriculum for training health-care providers. Gènova: WHO; 2019 [Internet] [consultat 18 de setembre de 2021]. Disponible a: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/caring-for-women-subject-to-violence/en/>
8. Alonso J. Atención enfermera a la sexualidad de las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual. Musas [Internet]. 2017 [consultat 27 d'octubre de 2021]; 2 (2): 75-101. Disponible a: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol2.num2.6> DOI: 10.1344/musas2017.vol2.num2.6
9. Valdés CA, García C, Sierra A. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 2016 [Consultat 27 d'octubre de 2021]; 48 (10): 623-31. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6876001/> DOI: 10.1016/j.aprim.2016.01.003
10. Beynon CE, Gutmanis IA, Tutty LM, Wathen CN, MacMillan HL. Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. BMC Public Health [Internet]. 2012 [Consultat 28 d'octubre de 2021]; 12, 473. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-473> DOI: 10.1186/1471-2458-12-473

11. Arboit J, de Mello SM, Becker LB. Violence against women in Primary Health Care: Potentialities and limitations to identification. *Aten Primaria* [Internet]. 2020 [Consultat 13 de novembre de 2021]; 52 (1): 14-21. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656718301215?via%3Dihub> DOI: 10.1016/j.aprim.2018.09.008
12. Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 5123, (2-05-2008).
13. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya [Internet]. Barcelona: Departament de Salut; 2009 [consultat 25 de setembre de 2021]. Disponible a: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_Cataluna.pdf
14. Equip de violència masclista de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Avaluació del Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya: mirades complementàries [Internet]. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2019 [consulta 25 de setembre de 2021]. Disponible a: <http://hdl.handle.net/11351/6023>
15. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Model d'atenció a la salut de les dones que viuen o han viscut situacions de violències masclistes i la dels seus fills i filles [Internet]. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2021 [consultat 25 d'octubre de 2021]. Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Serveis-sanitaris/violencia-masclista/model-atencio-salut-dones-violencia-masclista-_accessible.pdf
16. Patrick L, Jackson L. The role of nurses in recognising and responding to violence against women [Internet]. *J Clin Nurs*; 2021 [Consultat 30 de novembre de 2021]; 31 (7-8): E8-E10. Disponible a: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.16147>
17. Llei 17/2020, del 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 8303, (24-12-2020).
18. Walker LE. The battered woman syndrome. 4a edició. Nova York, NY: Springer Pub. Co; 2009.
19. Velasco S. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud [Internet]. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer, Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Secretaría General de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [consultat 27 d'octubre de 2021]. Disponible a: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2008.pdf>

7.16.

Atenció als problemes de salut relacionats amb el maltractament en les persones grans

JORDI PUJIULA

7.16.1. Introducció

El maltractament a les persones grans s'ha convertit en una realitat que és cada vegada més evident i que requereix d'una atenció específica. Són precisament els trets distintius d'aquest tipus de maltractament, els que justifiquen una millora en l'atenció durant l'envelliment amb els problemes de salut relacionats amb la violència domèstica i, sobretot, de gènere.

El maltractament a la gent gran és una realitat que afecta al voltant del 17,5 %^{1,2} de les persones d'aquest col·lectiu, on les situacions de risc són per a les persones de més de 75 anys, de sexe femení i amb un deteriorament cognitiu.³⁻⁵ Més del 60 % dels casos s'identifiquen en un context d'un possible procés demencial,⁶ en què 9 de cada 10 maltractadors són familiars.

El reconeixement públic d'aquesta classe de maltractament evidencia una nova modalitat de relació en què la violència física deixa espai a altres tipus de violència més subtil, com la silenciada i menys evident, però que no exclou el dolor o patiment.

Per altra banda, cal tenir en compte que la nostra societat té molts models familiars, sovint amb vincles poc intensos entre els seus membres i amb una mobilitat o desarrelament que manté la relació en la distància. Els llaços emocionals també han canviat, el fill o la filla no tenen per què respondre incondicionalment a les necessitats dels seus progenitors.

La resposta a l'entorn familiar és més dèbil i, per tant, la resposta social i sanitària ha de cobrir les noves necessitats. La dependència, que afecta especialment durant l'envelliment, és un tret distintiu, tant en el sentit físic i mental, com també en el sentit social, la qual cosa implica una major vulnerabilitat e indefensió que poden provocar que la persona sigui víctima de maltractament amb més facilitat.

Els treballadors de la salut de l'atenció primària tenen un paper particularment important, ja que s'enfronten amb casos de maltractament de gent gran de forma quotidiana.^{7,8}

El maltractament durant l'envelliment és qualsevol acte o omissió que produeixi dany, intencionat o no, practicat sobre persones de 65 i més anys, que succeeixi en l'àmbit familiar, comunitari o institucional, que vulneri o posi en perill la integritat física i psíquica, així com el principi d'autonomia o la resta de drets fonamentals de l'individu, constatables objectivament o percebuts subjectivament. (1a Conferència Nacional de Consens sobre la persona gran maltractada, Almeria 1995).

Entre les diferents formes de maltractament, cal diferenciar entre l'abús i la negligència: direm que abús és la imposició deliberada d'un dany físic, mental, d'internament o reclusió sense motius o privació per part d'un cuidador dels serveis que són necessaris per mantenir la salut física i mental. Tenim diferents tipus d'abús: físic, sexual, psicològic, de drets i financer. Per altra banda, parlarem de negligència quan ens referim a l'error o la manca de provisió (per part del cuidador o una institució) de les necessitats bàsiques de la persona gran per falta de formació, d'informació o de pràctica. Altres formes de maltractament són l'abandonament (per qui havia d'assumir la responsabilitat de proporcionar atencions) o l'autonegligència (comportament de autoproporcionar-se poques atencions necessàries en les persones grans que amenaça la pròpia salut o seguretat).^{9,10}

7.16.2. Atenció als problemes de salut relacionats amb el maltractament durant l'envelliment

La combinació de l'edatisme (discriminació per edat, de Robert Butler, 1968) i el sexisme contribueix al fet que les dones grans sentin que els seus problemes de salut relacionats amb el maltractament siguin invisibles, incompresos i, en algunes ocasions, fins i tot, amb manca de credibilitat.^{11,12} Per aquest motiu cal actuar des de diferents aspectes molt transversals:

- **Prevenció:** la prevenció i la sensibilització constitueixen conjuntament un element clau i primordial. La informació, la divulgació i l'educació són l'eina primordial per donar a conèixer el maltractament a la gent gran. Cal trobar els mitjans per a la prevenció i disposar dels recursos necessaris. Cal promoure una millor comprensió dels maltractaments com una qüestió de Salut Pública, i per això, l'Organització de les Nacions Unides (ONU) va proclamar el 15 de juny com a Dia Mundial de Sensibilització sobre el maltractament a la gent gran. Durant aquesta jornada, el món sencer manifesta la seva oposició a qualsevol forma d'abús a les persones grans per mitjà de la xarxa internacional INPEA (*Internacional Network for the Prevention of Elder Abuse*), creada arran del Congrés Mundial de Gerontologia d'Aldelaide (Austràlia) el 1997, i que col·labora amb la Organització Mundial de la Salut (OMS).
- **Detecció i valoració:** caldrà donar una atenció multidisciplinària, amb la utilització d'eines com la valoració geriàtrica integral (VGI), buscant els factors de risc i signes sospitosos de maltractament des de les diferents disciplines implicades.

Realitzar una entrevista clínica i una valoració geriàtrica completa (clínica, funcional, mental i social) per aconseguir una assistència integral i integrada.¹³

Utilització d'instruments de cribratge de maltractament amb les escales com HS/EAST, VASS, EASI, CASE entre d'altres.¹⁴

Cal fer valoracions de «famílies de risc» de la possibilitat de generar maltractament, degut a un augment del nivell de necessitats de cura (nivell de dependència) i la relació prèvia entre el cuidador i la persona gran, així com la personalitat del cuidador i la seva sobrecàrrega per mitjà de l'escala de Zarit.¹⁵

- **Abordatge:** complir amb un tractament adequat per abordar les conseqüències directes de les diferents formes de maltractament. És important, en aquest aspecte de l'abordatge, tenir en compte que no denunciar les injustícies és també una forma d'abús. Cal actuar per mitjà d'un pla d'acció en dos aspectes:
1. Fase inicial: resumir la situació de maltractament detectat, identificar tots els actors (víctimes, cuidadors, gent propera) i intervinents.
 2. Qüestions bàsiques: com a professional, estic preparat per implicar-me en aquesta situació? Depenent de la resposta, s'obriran dos procediments diferents. Si la resposta és afirmativa, s'iniciarà un procés d'avaluació, on es valoraran aspectes com:
 - Capacitat i aptitud de la persona gran víctima per prendre decisions.
 - La urgència o perillositat.

- S'ha de protegir la persona gran?
- Qui avalua? L'equip multidisciplinar del centre d'atenció primària, serveis socials, etc.

Es cas contrari, es passa a un procés d'acompanyament o derivació consistent en:

- Seguiment de les possibles situacions de risc.
- Amb quins professionals puc coordinar-me i treballar en equip?
- **Intervenció:** referir el problema al centre de salut i als serveis socials i denunciar la situació amb protocols consensuats que tinguin en compte la màxima intervenció disciplinària (jurídica, social i sanitària).¹² Comptem amb diferents tipus de recursos:
 - Recursos socials: serveis bàsics d'atenció social, Servei d'Ajuda a Domicili (SAD), teleassistència i telealarma, serveis residencials temporals, menjadors socials, centres de dia, habitatge tutelat, acolliments familiars o serveis en centres sociosanitaris de llarga estada o hospitals de dia.
 - Recursos de seguretat: emergències 112, oficines Mossos d'Esquadra, Grups d'Atenció a la Víctima (GAV) i policia local.
 - Recursos jurídics: torn d'ofici (violència domèstica), servei de tramitació de justícia gratuïta, Servei d'Orientació Jurídica (SOJ) i l'Oficina d'Atenció a la Víctima del Delicte (OAVD).
 - Recursos sanitaris: Salut respon 061, centres d'atenció primària (CAP), xarxa d'atenció hospitalària i atenció sociosanitària (PADES, UFISS, llarga o mitja estada i els hospitals de dia).

7.16.3. Problemes de salut i senyals d'alerta per detectar possibles maltractaments

Problemes físics

- Insomni.
- Malnutrició (pèrdua o increment ràpid de pes).
- Deshidratació hipertèrmica.
- Mala higiene corporal o boca molt sèptica.
- Caigudes de repetició.
- Sobremedicació o inframedicació.

- Impactació fecal.
- Hipotèrmia o hipertèrmia.
- Signes d'intoxicació medicamentosa o d'incompliment terapèutic.
- Contractures articulars per falta de mobilitat.
- Úlceres per pressió en mal estat.
- Infeccions freqüents.
- Ferides i contusions (en extremitats, abdomen, àrea genital, petèquies que poden indicar pessigades, lesions a la boca, esgarrapades, etc.).
- Fractures, luxacions i esquinços recurrents.
- Abrasions, laceracions i cremades en llocs poc freqüents per objectes o líquids calents.

Problemes mentals

- Depressió.
- Confusió o desorientació.
- Ansietat.
- Nerviosisme.
- Labilitat emocional.
- Pèrdua d'autoestima, infantilisme i incapacitat per poder decidir.

7.16.4. Aspectes clau

Degut al gran nombre de problemes que poden presentar les persones grans maltractades, caldrà planificar les futures necessitats des de diferents disciplines: legal, sanitària i social, mitjançant equips multidisciplinars fent una avaluació geriàtrica integral de les situacions, promoure un tractament adequat i potenciar la recerca. La prevenció serà primordial per als problemes de salut relacionats amb el maltractament.

Bibliografia

1. Tabueña CM, Coma M, Orfila F, Muñoz J, Moreno A. Estudi sobre el maltractament a les persones d'edat avançada. Barcelona: Rev Inf Estud Soc. 2005; 13: 177-188.
2. Sancho M directora. Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco [Internet]. Victoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2011 [consultat el 18 de juny de 2021]. Disponible a: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/ESTUDIO%20DE%20PREVALENCIA_CAST.pdf

VII. ATENCIÓ A LES PERSONES AMB PROBLEMES DE SALUT

3. Moreno SI, González RM. Malos tratos a las personas mayores: una realidad oculta. Jano: Medicina y humanidades. 2010; (1762): 72-76.
4. Moya A, Barbero J, coordinadors. Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación [Internet]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Imserso; 2005 [consultat el 18 de juny de 2021]. Disponible a: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-malostratos-01.pdf>
5. Sancho M.T. Malos tratos a peronas mayores. Aportación espanyola a los avances en la adaptación lingüística y cultural de un instrumento de detección de sospecha de maltrato hacia personas mayores [Internet]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2007 [consultat 18 de juny de 2021]. Disponible a: <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/jmalostratosint.pdf>
6. Altimir Losada S. Malos tratos y enfermedad de Alzheimer. Alzheimer. Real Invest Demenc. 2009 ;43: 26-31.
7. WHO. A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care to Deal with the Problem WorldWide: Main Report [Internet]. Gènova: World Health Organization; 2006 [consultat 18 de juny de 2021]. Disponible a: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43869/9789241563581_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. World Health Organization/INPEA. Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2002 [consultat 18 de juny de 2021]. Disponible a: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-declaracion-01.pdf>
9. Generalitat de Catalunya, Departament de Benestar i Família. I Jornades Interdisciplinàries Col·legials: El Maltractament a la gent gran, un problema invisible [Internet]. Girona: Generalitat de Catalunya, Departament de Benestar i Família; 2003 [consultat el 18 de juny de 2021]. Disponible a: https://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/08publicacions/ambits_tematics/gent_gran/05maltractegentgran03/2003Maltractamentgentgran.pdf
10. Secretaria de Família. Protocol marc i orientacions d'actuacions contra els maltractaments a les persones grans [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament Drets Socials; 2012 [consultat 18 de juny de 2021]. Disponible a: https://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/04gentgran/maltractaments_persones_grans/documents/proposta_protocol_maltractaments_gent_gran.pdf
11. Weeks LE, LeBlanc K. An ecological synthesis of research on older women's experiences of intimate partner violence. J Women Aging. 2011; 23 (4): 283-304.
12. Casado I, Bárcena C. Analysis of violence against elderly woman. Proc Soc Behav Scien. 2014; 161: 110-114.

13. Àrea de Drets Socials, Consorci Sanitari de Barcelona. Procediment específic d'actuació davant el maltractament a les persones grans [Internet]. Barcelona: Consorci Sanitari de Barcelona, Departament de Comunicació, Àrea de Drets Socials; 2018 [consultat el 18 de juny de 2021]. Disponible a: http://salutintegralbcn.gencat.cat/web/.content/30_ambits/atencio-social-i-sanitaria/bon-tracte-a-la-gent-gran/Maltract-gent-gran-PROCEDIMENT_04.pdf
14. Sanllorente Anguiano C. Detección del maltrato al anciano en la consulta de enfermería de atención primaria [Tesi a Internet]. Soria: Facultad de Enfermería de Soria; 2019 [Consultat 18 de juny de 2021]. Disponible a: <https://core.ac.uk/download/pdf/250406719.pdf>
15. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 1980; 20 (6); 649-655.

7.17.

Educació per la salut i cronicitat

MONTSE MASÓ, PABLO MORA

7.17.1. Introducció

Segons les dades de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), el 60 % de la mortalitat a escala mundial és atribuïble a les malalties cròniques. Actualment, a Catalunya, més del 50 % de la població pateix com a mínim dues malalties.¹

El Pla de Salut de Catalunya 2016-2020,² sota el lema «Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just» diu: «L'increment de l'esperança de vida és un assoliment important però, alhora, és un repte que implica atendre més persones, més grans, amb més patologies i amb més grau de complexitat». Aquest pla es va elaborar tenint en compte una sèrie de principis, entre els quals destaquen:

- Centrar l'atenció en les persones i assegurar-ne el contínuum assistencial.
- Disposició de donar veu a les persones, escoltar-les, adaptar-s'hi i ponderar les necessitats expressades. Ser transparent i donar informació i formació sobre la cura de la pròpia salut i les prestacions del sistema, per tal de facilitar el coneixement, l'autocura, l'autonomia i la utilització adequada dels recursos assistencials.

7.17.2. Com podem educar el pacient crònic?

A diferència de l'educació per a la salut, que té com a finalitat promoure la salut i prevenir l'aparició de malalties, l'educació del pacient crònic és una prevenció secundària, o més aviat terciària, dirigida exclusivament als individus afectats

per una malaltia crònica. La seva finalitat és capacitar el pacient en la vigilància del tractament i la prevenció de les complicacions derivades de la seva pròpia malaltia. En definitiva, es tracta que el pacient sigui capaç de gestionar la seva pròpia malaltia i que aconsegueixi el major grau d'autonomia.³

L'objectiu de l'educació sanitària és formar la persona perquè adquireixi la informació i els coneixements suficients d'un tema específic relacionat amb la salut, ajudant-la a tenir les habilitats necessàries per mantenir i millorar la seva salut.

L'educació al pacient crònic es pot fer de forma individual, mitjançant els consells de salut. Davant aquest escenari cal que pacients i professionals dialoguin, valorin i decideixin com abordar la malaltia: tipus de tractament, canvis en l'estil de vida, etc. sempre tenint en compte el diagnòstic i les preferències informades del pacient. És el que es coneix com a decisions compartides.³ En aquest sentit, i perquè l'individu hi pugui participar de manera activa, el pacient ha de tenir accés a una informació de qualitat, contrastada i suficient. En conseqüència, el professional de la salut ha de contribuir amb l'ús de les seves habilitats comunicatives i dels seus coneixements perquè el ciutadà rebi una necessària educació sanitària que li permeti prendre major consciència del seu estat de salut.

Paral·lelament a l'educació individual trobem l'educació grupal. Actualment existeix el debat sobre quina hauria d'ésser l'educació d'elecció pels pacients crònics. L'educació individual es basa en la comunicació interpersonal, a preguntar i escoltar i interpretar, per a poder obtenir una avaluació del pacient en tots els aspectes. En canvi, l'educació grupal afavoreix l'intercanvi d'experiències i problemes quotidians i ajuda els pacients a sentir-se part del grup compartint dubtes i coneixements amb altres malalts i els seus familiars.⁴

A l'àmbit de l'Atenció Primària, trobem diferents formes d'educació grupal. Entre elles:

- Grups informatius on l'objectiu és informació per adquirir habilitats.
- Grups socialitzadors on es promou la relació entre participants.
- Grups educatius on l'objectiu és descobrir significats de les seves conductes.
- Grups de contenció amb l'objectiu de rebre suport emocional relacionat amb conflictes biològics, psicològics, socials.

Perquè l'educació grupal sigui eficaç és fonamental que el grup sigui interactiu i que potencii l'autocura. El programa Pacient Expert de Catalunya⁵ i Programa Cuidador Expert de Catalunya en són exemples.⁶

7.17.3. Programa Pacient Expert Catalunya

El programa Pacient Expert de Catalunya va néixer l'any 2006 a Barcelona en un projecte de gestió de patologies cròniques. El seu objectiu és promoure la participació de les persones en el seu procés de salut, potenciant l'autocura, la corresponsabilitat i l'autonomia de les persones que pateixen una malaltia crònica. El programa aborda diferents malalties, entre elles: la insuficiència cardíaca, la malaltia pulmonar obstructiva crònica, la diabetis mellitus, el tractament amb anticoagulant oral, la fibromiàlgia, la depressió i la deshabituació tabàquica.

El programa Pacient Expert és multidisciplinari i es basa en la col·laboració entre pacients i professionals sanitaris, i en el treball d'equip. Això no obstant, el verdader protagonista del programa és el pacient expert, la persona que transmet coneixements i comparteix experiències amb les altres persones del grup, amb les que comparteix el mateix problema de salut. El rol dels professionals sanitaris durant les sessions grupals del programa és d'observadors i només intervenen si cal resoldre algun dubte.

7.17.3.1. Objectiu principal del Programa

L'objectiu principal del programa és millorar la comprensió de la malaltia crònica dels pacients mitjançant la transferència i l'intercanvi de coneixements del pacient expert amb la resta de participants.

7.17.3.2. Objectius específics del Programa

- Aconseguir la implicació dels mateixos pacients.
- Augmentar els coneixements sobre la malaltia.
- Incrementar el grau d'autocura per adquirir-ne un correcte maneig.
- Millorar la percepció de qualitat de vida.
- Optimitzar l'acompliment terapèutic.
- Disminuir els ingressos hospitalaris i les visites a urgències per la malaltia.

El programa consta d'unes nou sessions, en les quals es treballen diferents temes d'interès per a la patologia. Al final del programa s'avaluen els coneixements que ha adquirit la persona, el canvi d'hàbits que ha fet, el grau d'autocura, la percepció de qualitat de vida, la satisfacció de participar al grup i la utilització de serveis sanitaris relacionats amb la malaltia de base i la seva descompensació.

7.17.4. Programa Cuidador Expert Catalunya

El programa Cuidador Expert neix l'any 2012. S'adreça a cuidadors de persones amb malalties cròniques complexes, demències, trastorns mentals severos o nens amb una malaltia crònica. El cuidador expert és la persona que té cura d'un malalt crònic, amb necessitats d'atenció complexes, i que és capaç de responsabilitzar-se'n i tenir-ne cura. Aquest ha d'adquirir habilitats que l'ajudin a gestionar l'impacte físic, emocional i social del fet de cuidar, millorant així la seva qualitat de vida i la de la persona que cuida.

Els objectius del programa són:

- Donar suport als cuidadors en el maneig i la cura dels malalts crònics.
- Millorar la qualitat de vida dels cuidadors.
- Millorar l'eficàcia dels cuidadors en la seva autocura.
- Ajudar el cuidador a identificar la sobrecàrrega.

Ambdós programes, Pacient Expert i Cuidador Expert, comparteixen la mateixa dinàmica. En aquest últim, la persona cuidadora experta serà qui guiarà les 9 sessions.

A l'inici dels dos programes es construeix un cronograma, amb la data d'inici i finalització de les sessions i lloc on es durà a terme, preferiblement fora del centre sanitari.

A cada sessió els observadors hauran de registrar l'assistència dels participants en el grup, diagrama de l'espai, comunicació verbal i no verbal, conflictes, rols, desenvolupament grupal, incidències, preguntes freqüents i significatives, identificació d'aspectes poc clars o punts febles de les sessions i les propostes de millora realitzades verbalment pels participants o observades pels professionals. Tota la informació obtinguda durant els programes es registra en una base de dades, dissenyada específicament previ consentiment dels participants.

7.17.5. Aspectes clau

Les persones han d'entendre el seu procés de salut, i també de malaltia, per saber què fer, com actuar, com promocionar la salut i prevenir la malaltia i com detectar i evitar complicacions. Els professionals de la salut han d'ajudar les persones a prendre consciència de la seva salut, i això és possible mitjançant l'educació sanitària, tant individual com grupal. L'educació grupal, mitjançant el Programa Pacient Expert i Cuidador Expert de Catalunya promou l'atenció

centrada en la persona en les organitzacions i afavoreix la millor utilització dels serveis sanitaris.

Bibliografia

1. WHO [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2021. Noncommunicable diseases; 2021 [aprox. 5 pantalles]. Disponible a: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de Salut de Catalunya 2016-2021. Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just [Internet]. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2016. Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/pla-salut/2016-2020/
3. Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2017 [consultat maig de 2021]. Disponible a : <http://decisionsscompartides.gencat.cat/>
4. Badosa N, Burillo I, Copetti S, Ferré I, Figueiras G, Garcia E et al. Document marc d'educació grupal: programa de prevenció i atenció a la cronicitat [Internet]. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut; 2015. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/7023?locale-attribute=en>
5. González A. Programa Pacient Expert Catalunya: una estratègia per potenciar l'autorresponsabilitat del pacient i el foment de l'autocura [Internet]. Barcelona: Departament de Salut; 2016. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3288>
6. González A, Amil P. Programa Cuidador Expert Catalunya: una estratègia per potenciar l'autorresponsabilitat del cuidador i el foment de l'autocura [Internet]. Barcelona: Departament de Salut; 2016. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3295>

VIII.

Atenció a la complexitat al final de la vida

8.1.

Complexitat: conceptualització i respostes assistencials

JORDI AMBLÀS, PALOMA AMIL

8.1.1. Atenció a les persones amb multimorbiditat com a repte sanitari i social

La cronicitat i la complexitat han estat definides com el conjunt de problemes de salut crònics i els efectes que aquests produeixen sobre les persones que els pateix, així com sobre el seu entorn, el sistema sanitari i el conjunt de la societat. El seu abordatge constitueix actualment un dels principals reptes dels sistemes de salut i social.

L'evidència ens ha mostrat les limitacions de la gestió de l'atenció als problemes de les persones sobre la base d'un model centrat en la malaltia (*disease management*), fet que va conduir inicialment a plantejar uns models orientats a la cronicitat (*chronic care models*). Posteriorment ateses les seves limitacions i dificultats conceptuals, va sorgir el concepte d'atenció a la persona amb condicions cròniques i necessitats d'atenció complexes (*patient with chronic conditions and complex needs*).

L'atenció que necessiten les persones en determinades situacions de complexitat exigeixen una resposta que s'articuli de forma diferent de la utilitzada fins ara. Dificilment una sola organització o un sol grup professional, d'un sol àmbit de coneixement, poden donar una resposta integral global, multidimensional i integrada, o almenys coordinada, a persones en situació de complexitat. Per aquesta raó es proposa una transformació en el model d'atenció per aconseguir dispositius assistencials amb una pràctica basada en l'evidència i centrats en les persones, que proveïxin l'atenció de forma col·laborativa amb pràctiques de valor per a les persones. S'exposen a continuació alguns elements a valorar.

8.1.2. L'envelliment poblacional

L'envelliment demogràfic, juntament amb el fenomen migratori, són els fets socials i sociològics més importants d'aquest segle XXI. Són la denominada «transició demogràfica», que suposa mostrar uns nivells molt baixos de mortalitat i natalitat. A Espanya, aquest procés ja està molt avançat en oferir un creixement total proper al zero. Segons l'últim informe de l'OCDE *Health at a Glance*, per a la meitat d'aquest segle a Espanya es projecta una proporció de persones majors de 65 anys superior al 35 % i gairebé del 15 % per als majors de 80 anys.¹ També en el cas de Catalunya la població major de 65 anys es duplicaria i quasi es triplicaria l'any 2060.² L'acumulament de malalties i el seu impacte en la persona es focalitza de forma prioritària en les d'edat avançada, afecta directament el grau de reserva funcional de tots els seus sistemes fent aparèixer fragilitat, discapacitat i dependència, que impacten sobre la seva salut, consum de recursos i necessitats d'atenció.

8.1.3. L'impacte epidemiològic i social de la malaltia crònica i la multimorbiditat

En el darrers anys, els problemes crònics de salut de la població han augmentat com a conseqüència de l'envelliment, però també d'altres fenòmens, com les millores diagnòstiques i els avenços terapèutics. Aquest increment s'esdevé en tots els grups d'edat poblacional, tant en la població infantil, on destaquen les patologies cròniques com l'asma, l'obesitat, els problemes de salut mental o alteracions en el neuro-desenvolupament com, sobretot, en la població més envellida, on la multimorbiditat augmenta amb l'edat, essent especialment rellevant en població de més de 65 anys.

Li Reste va validar la definició de multimorbiditat a escala internacional com «qualsevol combinació d'una malaltia crònica amb almenys una altra malaltia, aguda o crònica, o un factor biopsicosocial, associat o no, o un factor de risc». Considera que qualsevol determinant biopsicosocial, qualsevol factor de risc, la xarxa social, la càrrega produïda per les malalties, l'ús de recursos sanitaris i les estratègies d'afrontament del pacient poden actuar com modificadors dels efectes de la multimorbiditat modificant els seus efectes sobre la salut i conduir a una discapacitat més gran o fragilitat o una menor qualitat de vida.³

Les persones amb multimorbiditat són les protagonistes de més de la meitat d'ingressos hospitalaris i del 75 % de les prescripcions farmacèutiques. Però

aquesta és una realitat encara incipient; estudis recents apunten que seguirà creixent el nombre de persones amb multimorbiditat. Aquelles persones amb 4 o més problemes de salut crònics es doblaran d'aquí a 2035, i dues tercers parts d'elles tindran problemes a nivell mental (deteriorament cognitiu, demència i/o depressió).

8.1.4. Per què parlem ja de complexitat?

Així com la fragilitat ve definida per la pròpia situació individual de vulnerabilitat de la persona («grau de reserva»), la situació de complexitat sol estar més relacionada amb les dificultats per gestionar la resposta a les necessitats de les persones, ja siguin aquestes per part de la persona mateix, família o entorn cuidador, o del sistema.^{4,5}

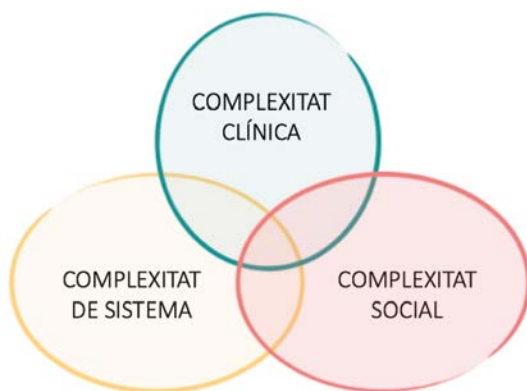
La complexitat està condicionada per múltiples circumstàncies i no és només una realitat limitada i inherent a l'individu, sinó que, també, és un fenomen conjuntural i fins a cert punt perceptiu: quelcom que és «viscut com a complex», tant per dificultat de la mateixa persona o el seu entorn, per poder gestionar les pròpies necessitats, com per les dificultats per garantir la resposta per part dels professionals i els sistemes de salut.

Així, per exemple, davant d'un pacient jove que presenta un infart agut de miocardi, el diagnòstic probablement serà senzill, existint un elevat consens sobre el protocol d'actuació a seguir; encara que pot tractar-se d'una situació complicada i potencialment greu, no és una situació d'alta complexitat respecte al diagnòstic ni la presa de decisions.

Tanmateix, en un pacient amb múltiples condicions cròniques que, davant d'una crisi, presenta descompensació de múltiples sistemes o amb presentacions clíniques imprecises, com per exemple declivi funcional o caigudes de repetició, la incertesa diagnòstica i, per tant, la complexitat clínica s'incrementen. Davant d'aquestes situacions, també la presa de decisions sol generar incertesa i complexitat clínica, ja que difícilment aquest procés pot resoldre's únicament amb l'aplicació d'un protocol o una guia de pràctica clínica.

Des del punt de vista conceptual, podem distingir tres dimensions de la complexitat, que caldrà tenir presents en el disseny de les respostes assistencials que s'hagin de plantejar, tant des d'un punt de vista organitzatiu com per part dels professionals. Són la complexitat clínica, la complexitat social i la complexitat del mateix sistema assistencial (figura 1).^{4,6}

Figura 1. Dimensions de la complexitat



Font: adaptat de Kuipers et al.

- La **complexitat clínica** fa referència a la interacció entre una multitud de factors relacionats amb les condicions cròniques; per exemple: el diagnòstic, la severitat de l'afecció, la presència de símptomes de difícil control, la multimorbiditat i el grau de dependència que se'n pugui derivar.
- La **complexitat social** fa referència a les interaccions entre diferents àmbits de la vida, entre els que destaquen la situació econòmica, l'ús del temps, les relacions amb la unitat convivencial, feina, allotjament, activitats bàsiques de la vida diària, relacions comunitàries, etc. Aquests àmbits sovint interaccionen entre si, essent variable la contribució de cada un d'aquests determinants per a cada persona.
- **Complexitat de sistema:** paradoxalment el mateix sistema pot acabar convertint-se en una font de complexitat, no necessàriament resoluble amb una major dotació de serveis.⁷⁻⁹ De fet, sovint, un increment de serveis i professionals pot acabar generant complexitat, atesa la creació de múltiples respostes o trajectòries confuses, respostes no coordinades, duplicitats i llacunes en el continuïum assistencial. Afrontar aquesta complexitat requereix de solucions creatives, flexibilitat i innovació organitzativa.

En el cas de Catalunya, es van definir dos perfils de persones dins d'aquest subgrup de cronicitat complexa, que, malgrat els seus trets diferencials, es beneficien d'un model d'atenció similar:

- Les persones amb condicions cròniques i necessitats complexes d'atenció o pacients crònics complexos o PCC, que aproximadament suposarien entre un 3,5 i un 4 % de la població general catalana. A Catalunya,

segons les últimes dades disponibles durant l'any 2019, s'havia identificat una prevalença de persones identificades com a PCC al voltant del 3 % de la població general.

- Les persones amb necessitats pal·liatives i malalties o condicions cròniques avançades, o MACA, que aproximadament suposarien entre un 1,5 i un 1 % de la població general catalana. A Catalunya, segons les últimes dades disponibles durant l'any 2019, es va identificar com persones amb condició de MACA a un 0,30 % de la població general.

Des del punt de vista social, a Catalunya s'ha avançat en la mesura de la complexitat social a través de la incorporació de la Matriu d'Autosuficiència (SSM-Cat), amb origen a EUA i Països Baixos. Aquest instrument permet identificar i prevenir situacions de necessitat social i facilitarà el treball de les professionals en la detecció, el diagnòstic, la intervenció i el seguiment de casos complexos. Permet mesurar fins a quin punt una persona pot dur a terme les activitats quotidianes de manera independent, avaluant 13 àmbits de la vida quotidiana, entre altres la situació econòmica, habitatge, ús del temps, feina i formació, relacions socials, aspectes judicials, etc.¹⁰

8.1.5. Abordatge de la complexitat. Visió individual i poblacional

En referència a la visió individual existeix un repte pel professional en relació amb l'atenció de la persona afecta de condicions cròniques i necessitats complexes d'atenció, que necessitarà una atenció multidimensional de les seves necessitats i formulació d'un pla d'atenció d'acord amb els seus valors i preferències i de forma acordada amb el seu equip assistencial, que en la immensa majoria dels casos serà el d'atenció primària.

Aquestes persones requereixen, doncs, d'un «vestit a mida» adaptat a les seves característiques: és a dir, d'un model d'atenció específic, que consta de quatre etapes (figura 2).

Aquesta visió és complementària a la poblacional, la que ocupa els sistemes de salut, planificadors, gestors i líders clínics, i que va encaminada a donar resposta al comportament d'aquest col·lectiu de persones que, dins de la seva pròpia variabilitat individual, consumeixen recursos i tenen un comportament singular davant els dispositius socials i de salut.¹¹

L'harmonització de la visió individual (pla d'atenció individualitzat) i la poblacional, a través de models organitzatius, té per objectiu no només millorar els resultats dels processos com serien el nombre de visites, nombre d'ingressos,

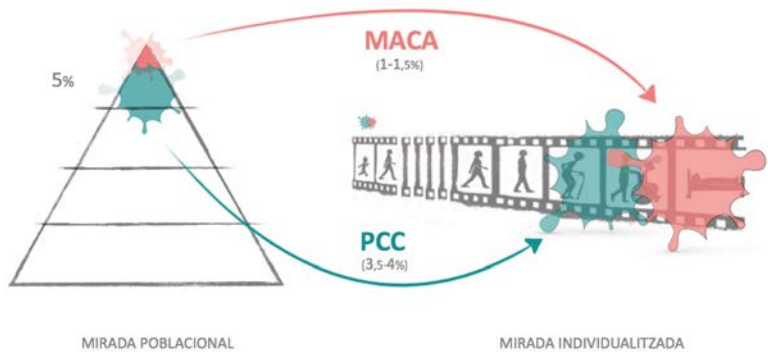
hospitalitzacions potencialment evitables, sinó també els resultats en salut i l'experiència d'atenció de les persones (figura 3).

Figura 2. Model d'atenció facilitador d'atenció centrada en la persona



Font: elaboració pròpia

Figura 3. PCC i MACA: Mirada poblacional i mirada individualitzada



Font: elaboració pròpia

Tots aquests aspectes estan desenvolupats en els documents elaborats pel Programa Prevenció i Atenció a la Cronicitat del Departament de Salut.¹²

Bibliografia

1. OECD. Health at a Glance: Europe 2020. Gènova: OECD; 2020.
2. Institut d'Estadística de Catalunya. Anàlisi de resultats. Projeccions de població (base 2018). Principals Resultats [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Institut d'Estadística de Catalunya; 2019. Disponible a: <https://www.idescat.cat/serveis/biblioteca/docs/cat/projb2018.pdf>
3. Le Reste JY, Nabbe P, Rivet C, Lygidakis C, Doerr C, Czachowski S et al. The European General Practice Research Network Presents the Translations of its Comprehensive Definition of Multimorbidity in Family Medicine in Ten European Languages. PLoS One. 2015; 10 (1): e0115796.
4. Amblas J. La fragilitat com a base del diagnòstic situacional davant el repte de la complexitat clínica al final de la vida [Tesi]. Vic: Universitat de Vic, 2017.
5. Limón E, Blay C, Burdoy E. A propòsit del CAAPS sobre fragilitat i cronicitat complexa: algunes lliçons apreses. But At Prim Cat [Internet]. 2017; 35 (1): 1-3. Disponible a: http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_8552_ART_742.pdf
6. Kuipers P, Kendall E, Ehrlich C, McIntyre M, Barber L, Amsters D et al. Complexity and Health care: health practitioner workforce services, roles, skills and training, to respond to patients with complex needs [Internet]. Brisbane: Queensland Government; 2011. Disponible a: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0027/150768/complexcarefull1.pdf
7. Conklin, J. Dialogue Mapping: Building Shared Understanding of Wicked Problems. Hoboken, NJ: Wiley; 2005.
8. Safford MM, Allison JJ, Kiefe CI. Patient complexity: More than comorbidity. The vector model of complexity. J Gen Intern Med. 2007; 22 (S3): 382-390.
9. Cook DA, Beckman TJ, Thomas KG, Thompson WG. Introducing resident doctors to complexity in ambulatory medicine. Med Educ. 2008; 42 (8): 838-848.
10. The Snohomish County Self-Sufficiency Taskforce. Self sufficiency matrix: An Assessment and Measurement Tool Created Through a Collaborative Partnership of the Human Services Community in Snohomish County; Snohomish, W: The Snohomish County; 2010.
11. Blumenthal D, Chernof B, Fulmer T, Lumpkin J, Selberg J. Caring for High-Need, High-Cost Patients — An Urgent Priority. N Engl J Med. 2016; 375 (10): 909-911.
12. Direcció General de Planificació en Salut del Departament de Salut. Bases conceptuals i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA) [Internet]. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut del Departament de Salut; 2020. Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxius/Model-de-Bases-de-Cronicitat.pdf

8.2.

Models d'atenció de persones en situació de multimorbiditat i complexitat

PALOMA AMIL, JOAN CARLES CONTEL

8.2.1. Els orígens: el *Chronic Care Model* de Wagner

Es tracta d'una de les més conegudes i prestigioses propostes d'abordatge de la cronicitat.¹

Els sis elements principals que el conformen són:

1. *Lideratge en la política i estratègia del sistema sanitari.* Estableix que els Govers i les Administracions han de prioritzar a la seva agenda política el desenvolupament de programes per a l'atenció dels pacients crònics.
2. *Foment de l'autocura de la persona.* La persona i el seu entorn cuidador s'han de corresponsabilitzar del maneig i la cura dels seus problemes de salut.
3. *Sistemes de suport a la presa de decisions clíniques.* Aquí s'inclouen instruments majoritàriament en format electrònic que ajuden el professional a desenvolupar un comportament menys variable i més proactiu, ja que estableixen, adverteixen i alerten sobre el que s'hauria de fer en l'atenció als pacients en cada moment evolutiu.
4. *Redisseny del sistema de prestació de serveis.* En aquesta àrea es proposa una reorganització en els sistemes de provisió a través de rutes assistencials (*integrated care pathways*), equips interdisciplinaris que interaccionen col·laborativament, etc.

5. Ús dels sistemes d'informació clínica. El model es construeix sobre la base de tecnologies de la informació i la comunicació que aporten serveis a professionals i persones (carpeta personal de salut amb mòduls de suport a la interacció amb el sistema), que garanteixen la continuïtat assistencial, l'avaluació i la participació de les persones en el procés d'atenció.
6. *Utilització de recursos comunitaris*. Els professionals han de conèixer els recursos comunitaris disponibles i treballar cooperativament amb ells per dur a terme abordatges conjunts, construint «mapes d'actius comunitaris».

Més que el fet que s'estimulin estratègies aïllades d'algun dels elements del model de Wagner de manera aïllada, la força d'aquest esquema es basa en la combinació sinèrgica de diferents estratègies i accions. És el que es denomina *estratègia multipalanca*.²

8.2.2. Model de Kaiser Permanente

Kaiser Permanente d'EUA ha estat un model paradigmàtic, referent i d'excel·lència en la innovació i la configuració d'una organització que opera des del punt de vista de la integració clínica i amb una clara orientació a l'atenció al pacient crònic.

Es fonamenta en el principi que no totes les persones amb problemes de salut crònics són iguals ni tenen les mateixes necessitats. És un model que distingeix diferents segments de població sobre els quals es duen a terme abordatges diferenciats.

Partint de l'impacte internacional que van tenir els primers resultats de Kaiser Permanente, Chris Ham introdueix els principis d'aquesta organització a tres regions d'Anglaterra, en el que es van denominar *Kaiser Beacon Sites*. Va suposar un gran avenç en el desenvolupament d'un model d'èxit en l'atenció a pacients crònics sota una visió d'atenció integrada: identificació de persones amb major risc, introducció d'un model de gestió de casos, disseny de rutes assistencials transversals (*integrated care pathways*) per a l'atenció en alguns processos crònics i cooperació entre serveis sanitaris i socials, com en Torbay.

8.2.3. Propostes conceptuals i pràctiques per a la implementació: els components d'un model d'atenció integrada per a persones en situació de complexitat

Un model d'atenció integrada proposa atendre les persones tenint en consideració les seves necessitats, preferències, percepcions i expectatives, oferint un servei integral i multidimensional que garanteixi la continuïtat assistencial, des del compromís amb els seus drets i deures. Tot mitjançant un pla d'atenció pensat i dut a terme entre tots els professionals que participen en el procés i deixat de manera que les persones a qui va dirigit, els cuidadors o la família, el percebin com un servei únic que dona resposta a les necessitats que no puguin assumir elles mateixes o el seu entorn més pròxim, ja siguin de l'àmbit sanitari, del social o mixt.

Amb relació als models d'atenció a les persones amb necessitats d'atenció complexes es descriu en a continuació els principals components d'un model d'excel·lència.³⁻⁵

8.2.3.1. Atenció centrada en la persona

L'atenció centrada en la persona és la veritable «narrativa» del model, ha d'estar implícita en el plantejament transversal de totes les estratègies. Suposa implicar la persona en la presa de decisions compartida sobre el pla de cures personalitzat considerant la seva biografia, la seva situació actual, la implicació de la família i del cuidador.⁶

8.2.3.2. Articulació de la governança

S'ha d'avançar cap a una «governança territorial» que combini la incorporació de l'autoritat sanitària i l'autoritat social. En aquest segon grup s'inclouen els serveis socials en l'autoritat local (municipi o comarca) i la Conselleria d'Afers Socials de manera col·laborativa amb la Conselleria de Salut. Aquest es un element que incorporen ja totes les experiències internacionals. Des del moment que es reconeix la importància dels determinants socials i el paper que tenen els serveis socials, aquest es un element clau perquè els professionals dels dos àmbits treballin de manera col·laborativa.

8.2.3.3. Creació de «microsistemes locals»

Són microsistemes locals d'atenció que incorporen els següents elements:

- Disseny i implementació de rutes assistencials que incorporin també l'àmbit social, pactant què fa qui i quines respostes en l'àmbit territorial s'articulen en situació de crisi o exacerbacions.
- Garantia d'un model 7/24 amb capacitat de resposta i proactivitat d'atenció fora d'hora (*out of hours*). En el cas de les crisis d'origen social, es requereixen plans de contingència amb una atenció que tendeixi a 7 dies a la setmana.
- Potenciació de l'atenció domiciliària sanitària i social integrada.
- Millora de la qualitat de l'atenció a les persones que viuen en centres d'atenció residencial.

8.2.3.4. Incorporació del lideratge clínic i professional

Aquest nou model ha de basar-se en un «lideratge distributiu» entre gestors, líders clínics i professionals, tant de l'àmbit sanitari com del social. El disseny i implementació dels projectes han d'incorporar alguns líders professionals en les estructures de presa de decisions.

8.2.3.5. Estratificació poblacional amb visió sanitària i social

Actualment la disponibilitat de sistemes d'informació facilita l'agregació de dades de morbiditat i d'utilització de serveis que ofereixen un bon sustrat per la creació d'algoritmes d'estratificació que permeten identificar persones amb major risc i potencialment en situació de complexitat.⁷

Actualment a Catalunya s'està treballant en solucions com puguin ser els Grups de Morbiditat Ajustada (GMAs).^{8,9}

No obstant això, aquests instruments sempre han de ser elements de suport al clínic en la seva presa de decisions, i ha de ser el professional qui determini la condició de complexitat d'una persona en funció de la valoració integral que du a terme.

8.2.3.6. Valoració conjunta i pla d'atenció integrat amb suport de conferència de cas

La valoració és una fase essencial del procés d'atenció, per la qual cosa la qualitat del servei augmenta si existeix un model de valoració integral i multidimensional de necessitats i l'elaboració d'un pla d'atenció «únic» per a la persona i l'entorn cuidador.

Aquest procés ha d'estar sustentat amb un suport tecnològic que faciliti la pràctica col·laborativa entre diferents organitzacions i professionals que intervenen de manera concurrent en el procés d'atenció.

La Valoració Integral Multidimensional hauria de ser un procés planificat i proactiu per prevenir, en la mesura que pugués, l'aparició de crisi o aguditzacions. S'ha de plantejar de forma pragmàtica i, sobretot, factible. No pot caure en la temptació de realitzar una valoració extensiva que contempli una llista inabordable de dimensions i variables.

La valoració integral és una tasca que consumeix temps, liderada pel professional referent. Es tracta d'un procés col·laboratiu en el qual aporten informació multidimensional els diversos professionals que, a criteri del professional de referència, han estat consultats o convocats a la discussió interdisciplinària del cas, denominada *conferència de cas*.

Aquests plans o un resum del pla, el que a Catalunya anomenem el Pla Individual Intervenció Compartida (PIIC) han d'estar disponibles en els sistemes d'informació compartida.

El pla de decisions anticipades (*advance care planning*) permet adequar el l'abordatge i el maneig, tenint en compte les necessitats, valors, preferències i prioritats de les persones. És d'especial importància per a les persones en situació de malaltia crònica avançada. Introdueix una orientació pal·liativa en el seu procés d'atenció per evitar que s'administrin tractaments i opcions terapèutiques no adequades a la seva condició.

8.2.3.7. Elaboració de rutes assistencials

Les rutes assistencials són el pacte formal entre professionals sobre com atendre pacients en una determinada condició o situació de salut, en un territori determinat i sobre la base de la millor evidència possible. Les rutes són, en conseqüència, la plasmació de la pràctica col·laborativa. Així com les guies de pràctica clínica estableixen *què* és correcte fer, les rutes defineixen *com* s'ha de fer, en un context sanitari i geogràfic concrets.¹⁰

Per a cada ítem, els professionals dels diferents nivells i organitzacions han d'arribar a pactes quant a identificació de persones amb condició de complexitat, trajectòria i resposta esperada en cas de crisi o exacerbació, resposta en cas de dificultat de maneig, disseny de les transicions i garanties d'atenció 7 x 24.

8.2.3.8. Gestió de casos

Aquest ha de ser un element clau en els processos d'atenció intensius i personalitzats a la salut de la població amb multimorbiditat o necessitats complexes. Es basa en la detecció i atenció de pacients susceptibles d'aquesta atenció a la comunitat. Sobre ells exerceixen un rol de coordinació (*named coordinator*) necessari sobre el procés d'atenció en què intervenen de forma concurrent organitzacions i professionals d'àmbits d'atenció diversos. La gestió de casos incorpora una combinació de competències tècniques i relacionals: habilitats clíniques avançades, maneig i abordatge de la persona, capacitat de mobilització de recursos i habilitats de comunicació.

8.2.3.9. Models de transicions

Les transicions constitueixen un apartat de gran interès en el qual hi hauria la definició d'un model d'atenció integrada per a persones en situació de multimorbiditat i complexitat.

La planificació de l'atenció de les transicions és necessària per a aquelles persones que presenten un canvi en la seva situació i són donades d'alta d'un ingrés hospitalari o d'un centre sociosanitari (*long term care*). Inclouen intervencions com la planificació a l'alta (*discharge planing*), el seguiment estructurat post alta telefònic i presencial (*follow-up*), la coordinació amb diferents recursos necessaris en el moment de l'alta, la conciliació farmacològica i les intervencions d'educació sanitària que afavoreixin l'autocura.

En relació amb l'evidència en les transicions s'esmentaria una metaanàlisi que mostra un impacte favorable dels programes de cures transicionals estructurades sobre mortalitat, ingressos urgents, reingressos i estada mitjana. Tanmateix, no s'observen diferències significatives sobre la qualitat de vida.¹⁰

8.2.3.10. Marc avaluatiu compartit

La denominada «triple visió» (l'anomenat *Triple Aim*) és actualment el marc avaluatiu multidimensional i poblacional més popular en l'àmbit de la cronicitat. Incorpora, en un mateix territori i per a diferents àmbits assistencials, un conjunt

mínim d'indicadors comuns i transversals que superen l'assignació d'objectius completament diferents per a cada un dels diferents àmbits d'atenció. Avalua la implantació de programes territorials des d'una perspectiva de dimensions com la millora de resultats en salut, la utilització de serveis, especialment hospitalització urgent (les denominades *ambulatory care sensitive conditions*) i reingressos en pacients crònics i, sobretot, l'experiència d'atenció i qualitat de vida tant en persones com en entorn cuidador.^{11,12}

8.2.3.11. Finançament i model d'incentius que afavoreixin l'atenció integrada

El model de finançament té un gran pes en la prestació de serveis. Per aquesta raó l'atenció integrada ha de ser incentivada i, en certa manera, garantida. Els models de pagament poden condicionar el comportament de les organitzacions pel que fa a que facilitin o obstaculitzin les pràctiques col·laboratives.

8.2.3.12. Sistemes d'informació compartida social i sanitària

S'ha d'avançar en entorns tecnològics en què es pugui visualitzar la informació de necessitats sanitàries i socials de la persona de manera integrada, i que permeti crear un entorn de pràctica col·laborativa entre els professionals de l'àmbit sanitari i de serveis socials.

8.2.3.13. Gestió del canvi

Ens enfrontem a un canvi i a un procés de transformació difícil i, per tant, implica que en l'àmbit territorial es pugui dur aquest procés de canvi i transformació que generi major nivell de pràctica col·laborativa entre les parts implicades en el procés d'atenció.

Bibliografia

1. Ham C, Curry N. Clinical and service integration. The route to improved outcomes. London: The King's Fund; 2010.
2. The Commonwealth Fund International Experts Working Group on Patients with Complex Needs [Internet]. New York: The Commonwealth Fund; 2017. Designing a High-Performing Health Care System for Patients with Complex Needs: Ten Recommendations for Policymakers [aprox. 33 pantalles]. Disponible a: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/sep/designing-high-performing-health-care-system-patients-complex>
3. Ham C, Alderwick H. Place-based systems of care: a way forward for the NHS in England. London: The King's Fund; 2015.
4. Hong CS, Siegel AL, Ferris TG. Caring for High-Need, High-Cost Patients: What Makes for a Successful Care Management Program? Issue Brief: The Commonwealth Fund. 2014; 19: 1-19.
5. Bate A. Health and Social Care Integration. Briefing Paper. 2017; (7902).
6. Joynt KE, Figueroa JF, Beaulieu N, Wild RC, Orav EJ, Jha AK. Segmenting high-cost Medicare patients into potentially actionable cohorts. Healthcare (Amst). 2016; 5 (1-2): 62-67.
7. Monterde D, Vela E, Clèries M. Los grupos de morbilidad ajustados nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. Atenc Prim. 2016; 48 (10): 674-682.
8. Vela E, Clèries M, Vella VA, Adrohera C, García-Altes A. Análisis poblacional del gasto en servicios sanitarios en Cataluña (España): ¿qué y quién consume más recursos? Gacet Sanit. 2019; 33 (1): 24-31.
9. NICE. Older people with social care needs and multiple long-term conditions. NICE guideline [NG22]. London: NICE; 2015.
10. Le Berre M, Maimon G, Sourial N, Guériton M, Vedel I. Impact of Transitional Care Services for Chronically Ill Older Patients: A Systematic Evidence Review. J Am Geriatr Soc. 2017; 65 (7): 1597-1608.
11. Berwick DM. Avoiding overuse – the next quality frontier. Lancet. 2017; 390 (10090): 102-104.
12. Blumenthal D, Chernof B, Fulmer T, Lumpkin J, Selberg J. Caring for High-Need, High-Cost Patients – An Urgent Priority. N Engl J Med. 2016; 375 (10): 909-911.

8.3.

Atenció a la fragilitat: de la teoria a la pràctica

JORDI AMBLÀS, JOAN CARLES CONTEL

8.3.1. Definició i epidemiologia

8.3.1.1. Definició

Sovint ens preguntem per què, davant d'un mateix problema de salut intercurrent (per exemple, una pneumònia), persones amb la mateixa edat i davant el mateix enfocament assistencial, presenten resultats de salut tan diferents: mentre que unes tornen sense dificultat a la seva situació basal, altres presenten un deteriorament funcional significatiu, que difícilment s'acaba resolent de forma absoluta (figura 1). Aquesta susceptibilitat variable a presentar resultats adversos de salut està determinada pel grau de fragilitat de cada persona.¹

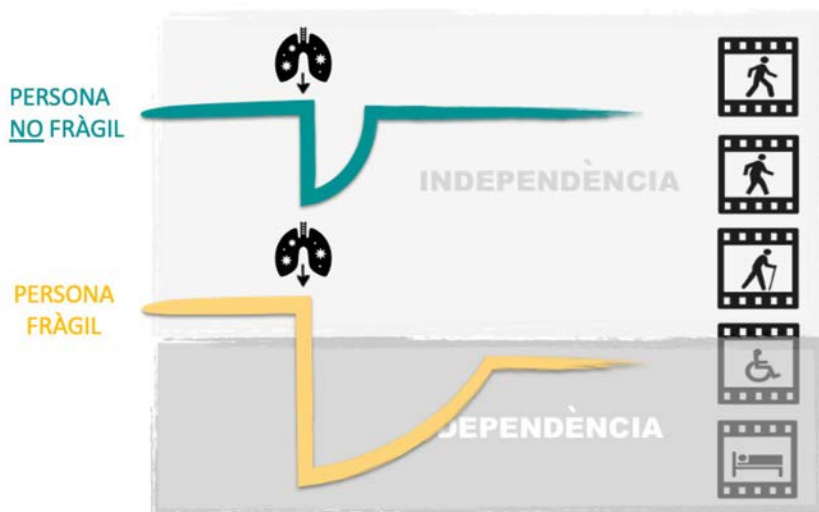
La fragilitat es pot definir, doncs, com un estat de «vulnerabilitat» davant factors estressants, i està condicionada per la limitació dels mecanismes compensadors que situa l'individu en una situació d'alt risc de mals resultats de salut, com ara: discapacitat, institucionalització, hospitalització, estades hospitalàries perllongades, reingressos, caigudes i, especialment, increment de mortalitat.²

8.3.1.2. Epidemiologia

Tot i que hi ha un cert consens que la prevalença poblacional de fragilitat en persones de més de 65 anys és propera al 10 %, no hi ha unanimitat en les dades respecte de les taxes de prevalença de fragilitat en la població, probablement, a causa de diferències en la conceptualització i la mesura de la fragilitat.³

Com s'observa a la figura següent, davant d'un mateix problema intercurrent, les persones no fràgils (línia verda) poden presentar un petit deteriorament de la funció, tornant posteriorment a la seva situació basal. Les persones fràgils (línia groga) patiran un major deteriorament que pot manifestar-se com la dependència funcional, no retornant finalment a la situació prèvia.

Figura 1



Font: adaptat de Clegg A et al.¹

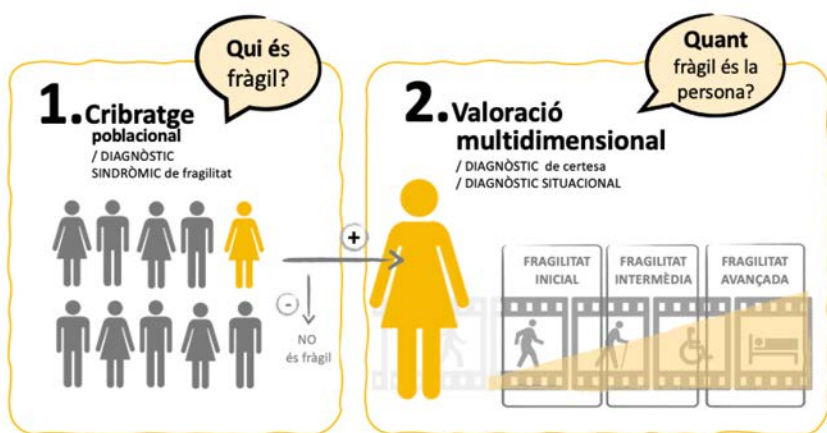
8.3.2. Models conceptuals i utilitats del concepte de *fragilitat*

Malgrat que hi ha acord entre els experts sobre el rol de la fragilitat com a fil argumental de l'atenció a les persones grans, impera una certa controvèrsia sobre el seu abordatge operatiu.⁴ En l'entorn d'atenció primària, la fragilitat pot ser d'utilitat especialment en 2 circumstàncies (figura 2):

- Quines de les persones de la meua àrea bàsica podrien ser fràgils?**
Quan l'objectiu és el cribratge/identificació proactiva i precoç de les persones en risc de discapacitat que es puguin beneficiar potencialment d'accions preventives, un enfocament dicotòmic (la fragilitat està «present» o «absent») pot ser útil.⁵ Aquest enfocament s'explica al punt 3 d'aquest capítol.

- b. **Com de fràgil és la persona que tinc al davant?** Si l'objectiu és valorar el grau de reserva funcional d'una persona/diagnòstic situacional, serà necessari un abordatge multidimensional que valori tant el grau de fragilitat de la persona com les dimensions afectades i les necessitats que se'n derivin.⁶ Aquesta **mirada de la fragilitat** com una realitat contínua («com de fràgil és aquella persona?» o bé «quina edat biològica té?»), resulta especialment útil en la personalització de les intervencions de les persones grans, amb multimorbiditat, cronicitat complexa o avançada.⁷ Aquest enfocament es desenvolupa en el punt 4 d'aquest capítol.

Figura 2. Espectre de la fragilitat: (A) Visió dicotòmica-sindròmica, (B) Visió contínua



Font: elaboració pròpia

8.3.3. Cribratge poblacional i abordatge de persones amb fragilitat inicial

8.3.3.1. Per què fer cribratge de fragilitat?

Atès que la fragilitat —especialment quan aquesta està en una fase inicial— és potencialment reversible, té sentit intentar identificar les persones amb fragilitat inicial en situació de risc de desenvolupar discapacitat per tal que es puguin beneficiar potencialment d'accions preventives. En aquest sentit, hi ha múltiples evidències (algunes desenvolupades en el nostre entorn)^{8,9} sobre

els beneficis de programes d'intervenció —especialment quan aquests es fan des d'un abordatge integral i una intervenció multicomponent.

8.3.3.2. A qui fer cribratge de fragilitat?

Actualment l'evidència no dona suport al cribratge universal i proactiu de fragilitat per a tota la població, havent-hi cert consens en la necessitat de circumscriure aquest cribratge a un grup concret de població d'edat avançada (≥ 70 o 80 anys, depenent de les guies), més o menys, la presència d'algunes característiques associades (habitualment relacionades amb l'aparició de síndromes geriàtriques: trastorns de la marxa i caigudes, pèrdua de memòria, pèrdua de pes, polifarmàcia, etc.).^{10,11}

8.3.3.3. Quines eines podem utilitzar per al cribratge de persones fràgils?

Per al cribratge poblacional i la detecció de persones amb fragilitat inicial, es poden utilitzar tres sistemes o tipus d'instruments:

- a. **Qüestionaris**, habitualment administrats pels professionals (també n'hi ha d'autoreportats). El més conegut —encara que poc utilitzat en la pràctica assistencial— són els criteris de Fried, que permet classificar els pacients en robustos, prefràgils i fràgils. Altres qüestionaris, utilitzats habitualment en la pràctica diària, són el FRAIL i el *Gérontopôle Frailty Screening Tool*.
- b. **Proves d'execució física**, destacant: el *Short Physical Performance Battery* (SPPB), el *Timed, up & go* (TUG) o la velocitat de la marxa (VM).
- c. A partir de dades dels **sistemes d'informació**, com l'*Electronic Frailty Index* (EFI), utilitzat al Regne Unit.

8.3.3.4. Què hem de fer una vegada identificada una persona com a fràgil?

El cribratge poblacional i la identificació d'una persona com a fràgil simplement és un punt de partida, que requereix d'una posterior valoració multidimensional en profunditat —fent especial èmfasi en la detecció de circumstàncies potencialment reversibles— i del disseny d'un pla habitualment multicomponent.^{8,9} En aquest sentit, les intervencions que han demostrat més evidència són:

- a. **Exercici físic.** L'exercici físic, com a intervenció individual, és un dels elements més importants per millorar la capacitat funcional de les persones grans fràgils. Els beneficis de l'exercici en aquestes persones —especialment quan es realitzen de forma grupal— inclouen un millor rendiment de les activitats de la vida diària, una millora de la marxa, una disminució del risc de caigudes i de la mortalitat. Tot i que diverses propostes de programes d'exercici han demostrat evidència, el programa VIVIFRAIL és un dels més destacables: <http://vivifrail.com/ca/materials/>
- b. **Intervenció nutricional.** Quan es combinen amb exercici físic, les intervencions nutricionals (sobretot orientades a garantir una ingesta calòrica i proteica adequades), són efectives —especialment en aquelles persones amb malnutrició prèvia. A Catalunya existeix un consens d'intervenció nutricional, també adreçat a aquestes persones: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxius/desnutricio-gent-gran.pdf
- c. **Intervenció sobre els problemes de salut, síndromes geriàtriques i símptomes.** Tant la presència de fragilitat com el grau d'aquesta fragilitat estan estretament relacionats amb la presència de malalties, el deteriorament cognitiu, els trastorns emocionals i les síndromes geriàtriques. Realitzar un bon diagnòstic d'aquestes condicions cròniques, així com l'optimització en el seu abordatge (fent especial èmfasi en la revisió de la medicació), resulta imprescindible en el disseny del pla terapèutic d'aquestes persones.
- d. La major part d'evidència en **intervencions socials i ambientals** s'han dirigit a la modificació de 2 àmbits: revisió de barreres arquitectòniques (amb l'objectiu d'evitar caigudes) i intervencions destinades a la promoció d'activitats socials i de la xarxa comunitària (tenint en compte també el paper protagonista dels recursos / actius comunitaris disponibles, els voluntaris no professionals i el tercer sector).

8.3.4. Fragilitat i personalització de les intervencions

La segona utilitat pràctica del concepte *fragilitat* passa per la possibilitat de conèixer el «grau de reserva» de les persones. Tots som testimonis de l'alta variabilitat en el procés d'envellir: sovint constatem com persones de 90 anys «sembla que tinguin 70», mentre que altres vegades succeeix just al contrari. Aquest fet fa que calgui distingir entre els conceptes d'*edat cronològica* —edat

en anys— i *edat biològica* —grau de fragilitat de la persona—, fet que resulta clau en la personalització de les intervencions, amb l'objectiu de garantir la proporcionalitat de les actuacions d'acord amb la situació de la persona, els seus valors i les seves preferències.⁷

8.3.4.1. Grau de fragilitat i diagnòstic situacional

La valoració del grau de fragilitat d'una persona és una bona manera de conèixer la seva «edat biològica». El concepte de *diagnòstic situacional* fa referència al resultat del procés de valoració multidimensional i de necessitats que permet als professionals determinar quin és el grau de reserva/fragilitat de la persona atesa («com de vulnerable és?», «en quin punt de la seva trajectòria vital es troba la persona?»), així com quins són els dèficits/dimensions afectades («té problemes funcionals, cognitius, socials, ... i a què són deguts?») i les necessitats a les quals donar resposta.¹²

Si bé la **Valoració Geriàtrica Integral** (VGI) és el sistema de valoració multidimensional amb més evidència, aquesta requereix d'expertesa, d'aproximadament una hora de temps i té una naturalesa més aviat qualitativa. Una bona alternativa són els Índexs de Fragilitat (IF), també de naturalesa multidimensional, però més ràpids d'administrar i amb un resultat final quantificable. La idea és senzilla: si quan naixem les persones disposem d'un «dipòsit ple de salut», a mesura que s'acumulen dèficits, aquest dipòsit es va buidant. A partir d'un nombre concret de dèficits —ja siguin malalties, signes, símptomes, valors de laboratori, alteracions funcionals o cognitives, etc.—, és possible definir un IF a partir del quocient de dèficits ja acumulats, respecte el total de dèficits potencialment acumulables. Per exemple: si una persona ha acumulat 25 dèficits sobre un total de 50 dèficits potencialment acumulables, podem dir que té un IF de 0,5.

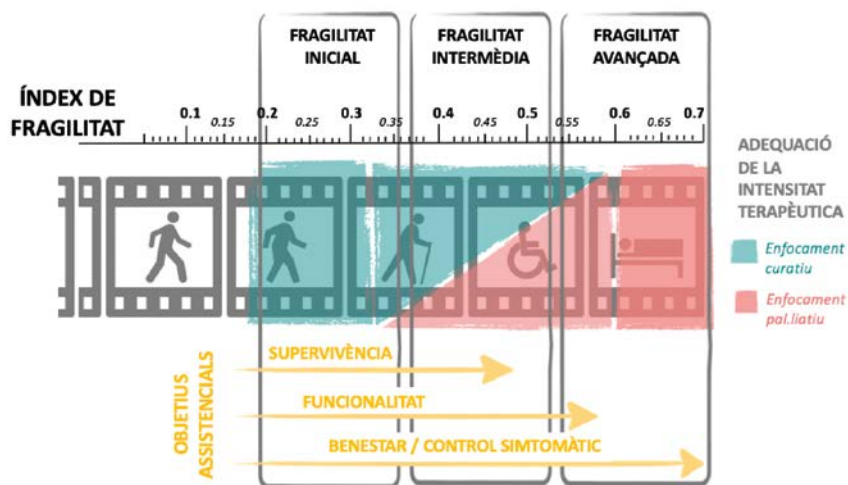
D'entre els IF publicats, cal destacar l'Índex fràgil-VIG (Índex de Fragilitat basat en la Valoració Integral Geriàtrica), que ha demostrat ser una eina senzilla, ràpida (temps d'administració entre 5 i 10 minuts), amb excel·lent capacitat discriminativa i predictiva de mortalitat. Es pot accedir al qüestionari (inclosa calculadora Excel), manual d'instruccions i bibliografia relacionada en el següent enllaç: <https://www.c3rg.com/index-fragil-vig>.

8.3.4.2. Grau de fragilitat i personalització de les intervencions

El diagnòstic situacional proporciona un excel·lent punt de partida per a l'elaboració del pla d'atenció individualitzat, facilitant la proporcionalitat de

les actuacions, amb l'objectiu d'harmonitzar els objectius assistencials amb la situació clínica de la persona i els seus valors i preferències (figura 3).¹²

Figura 3. Proposta conceptual d'objectius assistencials i adequació de la intensitat terapèutica en funció del grau d'intensitat



Font: elaboració pròpia

8.3.5. Aspectes clau

- La fragilitat és una entitat multidimensional que situa l'individu en una situació d'alt risc de mals resultats de salut: mortalitat, discapacitat, institucionalització, hospitalització, síndromes geriàtriques i qualitat de vida.
- El concepte de *fragilitat* pot ser útil tant en la planificació de l'atenció des d'una perspectiva poblacional com en la individualització de l'atenció (especialment en aquelles situacions de més complexitat).

Bibliografia

1. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013; 381 (9868): 752-762.
2. Rodríguez-Mañas L, Féart C, Mann G, Viña J, Chatterji S, Chodzko-Zajko W et al. Searching for an operational definition of frailty: a Delphi method based consensus statement. the frailty operative definition-consensus conference project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2013; 68 (1): 62-67.
3. Hoogendijk EO, van der Horst HE, Deeg DJH, Fritjes DHM, Prins BAH, Jansen APD et al. The identification of frail older adults in primary care: comparing the accuracy of five simple instruments. *Age Ageing*. 2013; 42 (2): 262-265.
4. Cesari M, Gambassi G, van Kan GA, Vellas B. The frailty phenotype and the frailty index: different instruments for different purposes. *Age Ageing*. 2014; 43 (1): 10-12.
5. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001; 56 (3): M146-156.
6. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007; 62 (7): 722-727.
7. Amblàs J, Espauella J, Inzitari M, Rexach L, Fontecha B, Romero-Ortuno R. En busca de respuestas al reto de la complejidad clínica en el siglo XXI: a propósito de los índices de fragilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017; 52 (3): 159-166.
8. Romera-Liebana L, Orfila F, Segura JM, Real J, Fabra ML, Möller M et al. Effects of a Primary Care-Based Multifactorial Intervention on Physical and Cognitive Function in Frail, Elderly Individuals: A Randomized Controlled Trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2018; 73 (12): 1688-1674.
9. Inzitari M, Pérez LM, Enfedaque MB, Soto L, Díaz F, Gual N et al. Integrated primary and geriatric care for frail older adults in the community: Implementation of a complex intervention into real life. *Eur J Intern Med*. 2018; 56: 57-63.
10. Andradás E, Labrador MV, Lizarbe V, Molina M; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible a: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Fragilidad/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf
11. Blay C, Burdoy E, Limón E. Monografies CAAPS: Abordatge del pacient amb fragilitat i cronicitat complexa. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària; 2015.
12. Amblàs-Novellas J, Espauella J, Rexach L, Fontecha B, Inzitari M, Blay C et al. Frailty, severity, progression and shared decision-making: A pragmatic framework for the challenge of clinical complexity at the end of life. *Eur Geriatr Med*. 2015; 6 (2): 189-194.

8.4.

Atenció al pacient amb malaltia crònica complexa

ROSA SUÑER, GLÒRIA REIG

8.4.1. Introducció

Des de l'òptica sanitària, el concepte de *complexitat* es defineix per la dificultat en la gestió de l'atenció d'un pacient, i la necessitat d'aplicar-hi plans individuals específics, a causa de la presència o la concurrència de malalties, de la seva manera d'utilitzar els serveis, i/o de les característiques del seu entorn. Així, davant d'una sèrie de necessitats complexes de la persona, la complexitat rau tant en el perfil mateix d'aquestes necessitats com en la dificultat per donar-hi una resposta adequada.¹ Altrament, la complexitat no és només una realitat limitada i inherent a l'individu, sinó que també és un fenomen perceptiu, quelcom que és «viscut com a complex», tant per dificultats de la mateixa persona o el seu entorn per poder gestionar les necessitats pròpies com per les dificultats per garantir la resposta per part dels professionals i el sistema de salut.^{1,2}

8.4.2. La complexitat en salut

La complexitat en salut està condicionada per múltiples dimensions que compliquen la seva definició i abordatge. Les característiques de multimorbiditat, la incertesa clínica, la dificultat en la presa de decisions i altres condicions no sanitàries, com ara les condicions socials o les dependències en són exemples. Així doncs, i segons Amblàs,¹ dins la complexitat es poden distingir tres dimensions: complexitat clínica, complexitat social i complexitat del sistema sanitari.

La complexitat clínica fa referència a la interacció entre els diferents factors relacionats amb la malaltia: el diagnòstic, la gravetat de l'afectació, la presència de símptomes de difícil maneig, la multi morbiditat i el grau de discapacitat que se'n pugui derivar.^{3,4} Aquesta complexitat dificulta el diagnòstic i també la presa de decisions.⁵

La complexitat social, també anomenada *complexitat psicosocial* o *familiar*, fa referència a les necessitats socials i al malestar psicosocial generat per la malaltia. Aquesta complexitat, condicionada per la xarxa de suport social, té un efecte sobre la gestió de la mateixa malaltia.

La complexitat del sistema sanitari fa referència al fet que el sistema pot convertir-se en una font de complexitat, que no necessàriament es pot resoldre invertint en més serveis.⁶ De fet, sovint, un increment de serveis i professionals pot acabar generant complexitat, per la creació de múltiples vies confuses, respostes no coordinades, duplicitats i llacunes en la continuïtat assistencial.⁵

8.4.3. El pacient crònic complex

El pacient crònic complex (PCC) és una persona que presenta una gestió clínica percebuda com a difícil pel personal sanitari. Això implica que, més enllà de l'estratificació i d'altres factors, la complexitat es fonamenta amb el judici clínic.¹ S'estima que aquest grup representa aproximadament un 4 % de la població.²

8.4.3.1. Criteris per la identificació de pacients crònics complexos

Actualment no existeix un instrument específic per al cribratge poblacional de pacients crònics complexos, sinó que la identificació es realitza mitjançant la identificació d'uns criteris consensuats per un grup d'experts i dels resultats d'estudis epidemiològics.⁷ No hi ha cap pauta sobre quants o quins són els criteris o la combinació dels quals s'ha de complir per poder considerar una persona com a PCC, sinó que cal complir prous criteris com perquè els professionals de la salut considerin que la gestió del cas és especialment difícil.² A la taula 1 es presenten els criteris per a la identificació de pacients crònics complexos.²

8.4. ATENCIÓ AL PACIENT AMB MALALTIA CRÒNICA [...]

Taula 1. Criteris per a la identificació de pacients crònics complexes

Criteris relacionats amb la situació clínica	• Multimorbiditat. Patologia crònica única greu o progressiva. Malalties minoritàries. • Evolució dinàmica. • Aparició de síndromes geriàtriques amb criteris de gravetat o progressió (fragilitat, polifarmàcia, etc.). • Síntomes persistents intensos i refractaris. • Alta utilització de serveis o consum de recursos. Alta probabilitat de descompensacions. • Classificació dins del grup de 5 % de més risc segons el grup de morbiditat agrupada.
Criteris relacionats amb la situació social	Situació social de risc o disfuncional per atendre les necessitats en una o més de les àrees següents: • Organització de la cura. • Unitat familiar i entorn cuidador. • Cohesió familiar i clima afectiu. • Condicions estructurals, seguretat, confort o privacitat. • Xarxa relacional i d'entorn.
Criteris relacionats amb el sistema sanitari	• Benefici de gestió multidisciplinària. Necessitat d'accés a diferents serveis i dispositius. • Incertesa en les decisions i els dubtes de gestió. Discrepàncies entre diferents professionals o equips en la seva gestió clínica. • Benefici d'estratègia d'atenció integrada.

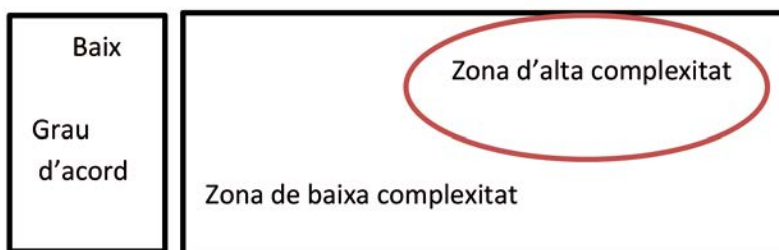
Font: Amblàs et al.²

8.4.4. Model d'atenció a les persones cròniques complexes

L'atenció al pacient crònic complex és difícil de protocol·litzar, ja que ha de ser una atenció individualitzada, des d'un model d'atenció centrat en la persona. La mesura de la complexitat clínica ve condicionada pel grau d'evidència d'allò que li passa a la persona, i pel grau d'acord sobre com cal procedir davant

d'aquesta situació (presa de decisions; què fem?) (figura 1). És freqüent que davant d'aquestes situacions la presa de decisions generi incerteses.²

Figura 1. Gestió de la incertesa i la complexitat



Font: adaptat d'Amblàs et al.²

Les persones amb malaltia crònica complexa necessiten un atenció adaptada a les seves característiques. Aquesta atenció consta de 4 etapes: identificació, diagnòsticosituacional, pla d'atenció i compartició del pla.

8.4.4.1. Identificació

Per a la identificació de PCC és fonamental que la persona compleixi criteris de complexitat clínica, social o derivada del mateix sistema de salut (vegeu taula 1). En tots els àmbits i especialment a l'atenció primària, des d'on s'identifiquen la majoria d'aquests pacients, és fonamental el cribratge proactiu.² Un cop identificats, el sistema d'història clínica informatitzada (Ecap) permet vincular aquests pacients amb l'etiqueta PCC.

8.4.4.2. Diagnòstic situacional

El diagnòstic situacional requereix una valoració multidimensional i de necessitats de la persona en situació de complexitat, tant de la situació actual com de la seva evolució en el temps. Durant aquest procés cal tenint presents els problemes de salut clínics, funcionals, emocionals, cognitius i socials.

Existeixen instruments que ajuden a sistematitzar aquesta avaluació i a fer-se una idea global de l'estat de la persona. Alguns exemples en serien: la valoració geriàtrica integral⁸ i el sistema de valoració multidimensional.^{9,10} D'acord amb Amblàs et al.,² per fer una valoració multidimensional cal valorar, per separat, certes dimensions. Entre aquestes dimensions hi trobem la **dimensió**

funcional [activitats instrumentals de la vida diària que es poden valorar amb l'Escala de Lawton i Brody;¹¹ activitats bàsiques de la vida diària amb l'Índex de Barthel,¹² estat nutricional (*Mini-Nutritional Assessment*),¹³ síndromes geriàtriques (*Delirium: Confusional Assessment Method*);¹⁴ úlceres per pressió: Escala Braden,¹⁵ Escala Norton);¹⁶ disfàgia (test de volum-viscositat),¹⁷ caigudes (Escala de Tinetti);¹⁸ símptomes (*Edmonton Symptom Assessment System*)¹⁹ i qualitat de vida (Euroqol 5D)],²⁰ **la Dimensió Mental** [estat cognitiu amb el *Mini-Mental State Examination*,²¹ Test de Pfeiffer,²² Mini-COG],²³ **Dimensió Emocional** [utilitzant l'escala de depressió geriàtrica de Yesavage],²⁴ **Dimensió Social**, [es pot valorar amb escales de risc social, com l'Escala de Gijón;²⁵ la complexitat social amb l'escala Self-Sufficiency Matrix;²⁶ el recolzament social percebut amb l'Escala Oslo;²⁷ la sobrecàrrega del cuidador amb Test de Zarit].²⁸

Després del diagnòstic situacional cal identificar les necessitats de salut de les persones complexes cròniques. El ventall de necessitats que cal tenir en compte és molt ampli, incorporant les necessitats més bàsiques i també les més complexes.²⁹ Existeixen diferents models per valorar les necessitats. Els més coneguts són les 14 Necessitats bàsiques de Virginia Henderson, els 11 Patrons funcionals de salut de Marjory Gordon i la Piràmide de necessitats de Maslow.

8.4.4.3. Pla d'atenció

El pla d'atenció es podrà fer després del diagnòstic situacional. Aquest ha d'incorporar el pla terapèutic per a cada un dels problemes de salut de la persona i la proposta d'atenció a les necessitats detectades. Per elaborar el pla d'atenció és important tenir en compte els valors i les preferències de la persona, identificar les dimensions en les quals cal intervenir i consensuar els objectius assistencials amb ella. Cal identificar amb la persona i/o cuidador principal les necessitats d'aprenentatge detectades, elaborant un programa d'educació per a la salut que consideri també els coneixements, competències i habilitats de la persona per intervenir de forma individualitzada en funció dels objectius assistencials que s'han planificat. En aquest últim punt és clau la presa de decisions compartides, les que garanteixen l'autonomia, l'empoderament i l'harmonització dels objectius amb els valors i preferències de la persona. La planificació de les decisions anticipades (PDA) seria un exemple de la presa de decisions compartida.

Un altre aspecte important del pla d'atenció és l'adequació de la intensitat terapèutica, que dependrà de la perspectiva evolutiva de la persona, la reversibilitat dels problemes detectats, el cost-benefici de les intervencions, la capacitat de la persona i l'entorn i les seves preferències.²

8.4.4.4. Compartició del Pla o Pla d'intervenció individualitzat

Fet el pla d'atenció, cal elaborar un document que contingui la seva informació més rellevant. A Catalunya, aquest document rep el nom de Pla d'Intervenció Individualitzat (PIIC).³⁰ EL PIIC és un document dinàmic, sustentat en la història clínica compartida de Catalunya, que recull les dades sanitàries i socials de la persona identificada com a PCC, i que és accessible, a través de la història clínica compartida, per tots els professionals de la salut del sistema català de salut. El PIIC és una eina de comunicació entre professionals alhora que garanteix la continuïtat assistencial.

8.4.5. Idees clau

El pacient crònic complex (PCC) és aquella persona que presenta una gestió clínica percebuda com a difícil per part del personal sanitari (complexitat clínica, complexitat social i complexitat del sistema sanitari).

La identificació d'aquestes persones es realitza mitjançant uns criteris consensuats. Actualment, l'atenció a aquestes persones és difícil de protocol·litzar, ja que ha de ser una atenció individualitzada, des d'un model d'atenció centrat en la persona, i que inclogui les següents etapes: identificació, diagnòstic situacional, pla d'atenció i compartició del pla.

Bibliografia

1. Generalitat de Catalunya. Bases per a un model català d'atenció a les persones amb necessitats complexes. Conceptualització i introducció als elements operatius. Document de treball versió 6.0 del 27 de març de 2017. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Generalitat de Catalunya; 2017. Disponible a: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3305/bases_model_catala_atencio_persones_necessitats_complexes_2017_ca.pdf?sequence=4&isAllowed=y
2. Direcció General de Planificació en Salut del Departament de Salut. Bases conceptuals i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA) [Internet]. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut del Departament de Salut; 2020. Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxius/Model-de-Bases-de-Cronicitat.pdf
3. Nardi R, Scanelli G, Corrao S, Iori I, Mathieu G, Cataldi R. Co-morbidity does not reflect complexity in internal medicine patients. Eur. J. Intern. Med. 2007; 18 (5): 359-368.

4. Gask L, Klinkman M, Fortes S, Dowrick C. Capturing complexity: the case for a new classification system for mental disorders in primary care. *Eur Psychiatry*. 2008; 23 (7): 469-476.
5. Kuipers P, Kendall E, Ehrlich C, McIntyre M, Barber L, Amsters D et al. Complexity and Health care: health practitioner workforce services, roles, skills and training, to respond to patients with complex needs [Internet]. Brisbane: Queensland Government; 2011. Disponible a: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0027/150768/complexcarefull1.pdf
6. Conklin, J. *Dialogue Mapping: Building Shared Understanding of Wicked Problems*. Hoboken, NJ: Wiley; 2005.
7. Generalitat de Catalunya. L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2016. Disponible a: https://xarxanet.org/sites/default/files/gene_atencio_centrada_en_la_persona_gener_2016.pdf
8. Stuck AE, Iliffe S. Comprehensive geriatric assessment for older adults. *BMJ*. 2011; 343: d6799.
9. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA et al. *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 7: Care Coordination)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). 2007; 4 (7): 0051-0057.
10. WHO. Framework on integrated people-centred health services. Report by the Secretariat. World Health Organization. Sixty-ninth World Health Assembly. WHA69.39; 2016 (15 d'abril). Disponible a: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf
11. Jiménez PE, López F, Portilla JC, Pedrera JD, Jiménez MA, Lavado JM et al. Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria tras un ictus mediante la escala de Lawton y Brody. *Rev Neurol*. 2012; 55 (6): 337-342.
12. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*. 1965; 14: 61-65.
13. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*. 1999; 15 (2): 116-122.
14. Wei LA, Fearing MA, Sternberg EJ, Inouye SK. The Confusion Assessment Method: a systematic review of current usage. *J Am Geriatr Soc*. 2008; 56 (5): 823-830.
15. Braden B, Bergstrom N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. *Rehabil Nurs* 1987; 12 (1): 8-12.
16. Norton D, Exton-Smith AN, McLaren R. *An investigation of geriatric nursing problems in hospital*. London: Curchill Livingstone; 1962.
17. Riera SA, Marin S, Serra-Prat M, Tomsen N, Arreola V, Ortega O et al. A Systematic and a Scoping Review on the Psychometrics and Clinical Utility of the Volume-Viscosity Swallow Test (V-VST) in the Clinical Screening and Assessment of Oropharyngeal Dysphagia. *Foods*. 2021; 10 (8): 1900.

18. Canbek J, Fulk G, Nof L, Echternach J. Test-retest reliability and construct validity of the tinetti performance-oriented mobility assessment in people with stroke. *J Neurol Phys Ther.* 2013; 37 (1): 14-19.
19. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care.* 1991; 7 (2): 6-9.
20. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones [The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. European Quality of Life scale]. *Med Clin (Barc).* 1999; 112 (S1): 79-85.
21. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res.* 1975; 12 (3): 189-198.
22. Martínez J, Duenas R, Onis MC, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc).* 2001; 117 (4): 129-134.
23. Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc.* 2003; 51 (10): 1451-1454.
24. de Dios R, Hernández AM, Rexach L, Cruz AJ. Validación de una versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en población española. *Rev Esp Ger Geron.* 2001; 36 (5): 276-280.
25. Cabrera D, Menéndez A, Fernández A, Acebal V, García JV, Díaz E et al. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Aten Primaria.* 1999; 23 (7): 434-440.
26. Fassaert T, Lauriks S, van de Weerd S, Theunissen J, Kikkert M, Dekker J et al. Psychometric properties of the Dutch version of the self-sufficiency matrix (SSM-D). *Community Ment Health J.* 2014; 50 (5): 583-590.
27. Dalgard S. The Oslo 3-items social support scale. Oslo: Division of Mental Health, Norwegian Institute of Public Health, 2006.
28. Zarit SH, Orr NK, Zarit JM. The Hidden Victims of Alzheimer's Disease: Families under Stress. New York, NY: New York University Press; 1985.
29. Torres LP, Vladislavovna S, Reyes H, Villa JP, Constantino P, Pérez R. Estudio de las necesidades de salud en atención primaria mediante el diagnóstico de salud de la familia. *Aten Primaria.* 2006; 38 (7): 381-386.
30. Albanell N, Amil P, Arisa JR, Arjona M, Balboa E, Barbas C et al. Bones pràctiques en atenció compartida: recomanacions per a una gestió òptima dels PIIC. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2016. Disponible a: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/7010/bones_practiques_atencio_compartida_recomanacions_gestio_optima_piic_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y

8.5.

Atenció al pacient amb malaltia crònica avançada

DAVID CÁMARA, MARTA RASET

8.5.1. Introducció

L'envelliment de la població és una realitat global que s'ha d'entendre com un repte de salut pública per afrontar les necessitats creixents en salut i dependència de la població; ja que a mesura que les persones envelleixen el seu risc d'emmalaltir també ho fa i la majoria morirà en una situació de fragilitat, plurimorbilitat, demència i insuficiència avançada d'òrgans.¹

Catalunya té una esperança de vida amb una mitjana de 83,3 anys amb sis anys de diferència de les dones respecte els homes i és una de les més elevades de la Comunitat Europea (CE) y una de les més altes del món juntament amb el Japó i Itàlia.

Segons dades de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IdESCat) del 2021, la població major de 65 i més anys representa en el nostre país al voltant del 19 % de la població total i l'índex d'envelliment és de 127,2 punts, 3 punts superior al de l'any 2020.²

Aquestes dades constaten que, com la majoria de països de la CE, la població catalana viu un procés d'envelliment continu que fa que augmenti la població de gent gran i disminueixi paral·lelament la gent jove. Aquesta dada, juntament amb l'augment de l'esperança de vida, esdevé un procés de sobreenvelliment de la població.

El percentatge de població que pateix algun trastorn crònic augmenta a mesura que ho fa l'edat, i passa del 16,6 % en la població de 0 a 14 anys al 78,5 % en la població de 75 anys i més.

A Catalunya la malaltia crònica de la població està representada pel 78,5 % de la població major de 75 anys i la seva atenció representa el 75 % de l'activitat sanitària.¹

Les malalties cròniques amb més prevalença en el nostre entorn són, per aquest ordre, les malalties cardiovasculars, com la cardiopatia isquèmica i la insuficiència cardíaca o la hipertensió arterial; les malalties de l'aparell respiratori, com la malaltia pulmonar obstructiva crònica i l'asma, i les malalties metabòliques, com la diabetis.

Les persones amb malalties cròniques són persones amb plurimorbiditat que deriven a una problemàtica crònica que contribueix a un empitjorament de la malaltia i un augment de la dependència. Alhora, aquesta plurimorbiditat es tradueix pels professionals en una atenció clínica complexa de gestionar i que posa en evidència la necessitat d'aplicar plans individuals específics de manera mutlidisciplinar des de les diferents institucions i organitzacions sanitàries.³

8.5.2. Conceptualització de la complexitat i de la malaltia crònica complexa

El concepte de *complexitat*, des de l'òptica sanitària, és defineix com la gestió de l'atenció d'un pacient i la necessitat d'aplicar-li plans individuals específics a causa de la presència o concurrència de malalties, de la seva manera d'utilitzar els serveis o de les característiques del seu entorn.

Així , davant d'una sèrie de necessitats de gestió difícil que té la persona (necessitats complexes) la complexitat rau tant en el perfil mateix d'aquestes necessitats com en la dificultat per poder donar-hi una resposta adequada.

Un pacient crònic complex (PCC) és aquella persona la gestió clínica de la qual és percebuda com a especialment difícil pels seus professionals referents, cosa que implica que, més enllà de la classificació formal, la complexitat es fonamenta en el judici clínic del professional.

Segons els experts i els resultats de diversos estudis epidemiològics³ ha estat possible definir quines són les característiques que configuren el perfil perquè un pacient es pugui identificar com PCC. Es mostren a la taula 1.

8.5.3. Model d'atenció a la cronicitat avançada

El model d'atenció a la cronicitat avançada (MACA) té com a objectiu atendre persones que presenten la condició de complexitat associada a un pronòstic de vida limitat amb un enfocament pal·liatiu.⁴

En aquest sentit s'han de prendre precaucions perquè en les sigles PCC i MACA pot existir el perill que alguns professionals les interpretin com a pacients únicament terminals l'atenció dels quals ja no té sentit. Per evitar aquest tipus de comportament dicotòmic i les conseqüències que se'n poden derivar, s'ha de fomentar el model d'atenció a partir del que es coneix com a planificació de decisions anticipades (PDA), en què el diàleg de l'equip assistencial amb el pacient i la família és cabdal per consensuar els procediments que es proposen i s'accepten, els avantatges, els riscos, les alternatives i per tal d'aclarir les pors i els malentesos.

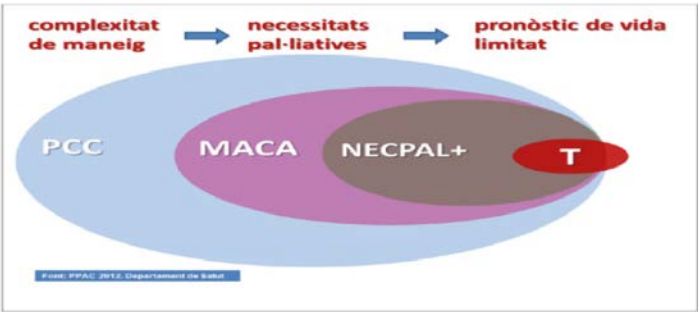
Les persones tributàries a rebre atenció amb el model MACA són aquelles que presenten una o més malalties o condicions de salut cròniques, associades a la combinació d'una sèrie de criteris que es mostren a la taula 1.

Identificar els pacients amb necessitats pal·liatives és un dels reptes més rellevants del nostre sistema de salut, ja que les morts d'aquestes persones sovint es produeixen després d'un procés evolutiu amb intens impacte físic i emocional: alta necessitat, demanda i ús de serveis i freqüents situacions de crisi i de decisions ètiques complexes. Per això, disposar d'instruments que ens permetin identificar aquest grup de pacients esdevé clínicament i èticament important.

L'instrument validat que s'utilitza avui dia en el nostre entorn per identificar els pacients que són candidats a beneficiar-se del model MACA amb un pronòstic de vida limitat i que necessiten d'atenció pal·liativa és el NECPAL-CCOMS,⁵ que ha estat dissenyat per l'observatori de Qualy-ICO-CCOMS. Si l'instrument és positiu indica que la persona és candidata a rebre atenció pal·liativa. En la figura x es mostra el contínuum d'atenció a la complexitat i les tres categories de pacients on els que es troben en situació de final de vida representen una forma més greu de la condició MACA, igual que la condició MACA és la forma més progressiva i amb un component pal·liatiu més gran que la condició PCC.

L'objectiu de tot aquest procés és el d'identificar persones amb necessitats pal·liatives per elaborar un pla terapèutic per proporcionar una atenció en tota la seva complexitat realitzant accions amb una visió multidisciplinària identificant qui serà el professional referent, avaluant la malaltia i la seva evolució, donar suport al cuidador/a principal, identificant valors i preferències de la persona per així iniciar el PDA i, finalment, elaborar un pla terapèutic individualitzat que tingui en compte totes les esferes de la vida de la persona.

Figura 1. Contínuum de la complexitat PCC-MACA⁴



L'evolució cap al final de vida de les malalties cròniques és més incerta que les malalties oncològiques i el temps de supervivència acostuma a ser més llarg.⁶ Identificar prematurament les condicions de les malalties cròniques i planificar el final de vida ha de ser un dels objectius més importants dels professionals de la salut per identificar la necessitat de cures pal·liatives i atendre les persones més vulnerables en termes de salut.

El model MACA concep les cures pal·liatives com a element fonamental d'atenció assistencial centrat en la persona amb una atenció integral i integradora en els diferents àmbits assistencials com l'atenció pal·liativa domiciliària (PADES) i l'atenció hospitalària i sociosanitària, gestionant cada cas de manera individualitzada per millorar la qualitat de la vida de les persones i familiars quan s'enfronten als problemes inherents a una malaltia potencialment mortal. Les cures pal·liatives mitiguen el dolor i altres símptomes i proporcionen suport espiritual i psicològic des del moment del diagnòstic fins al final de la vida i durant el dol. Prevenen i alleugen el patiment a través de l'avaluació, la identificació precoç i el tractament correcte del dolor i altres problemes físics, psicosocials i espirituals.⁷

Taula 1. Característiques diferencials entre pacient PCC, MACA i en situació terminal⁴

	Pacient crònic complex PCC	Persona amb malaltia crònica avançada MACA	Malalt terminal MACA
Pronòstic de vida aproximat	> 24 mesos	< 24 mesos	< 6 mesos
Test NECPAL – CCOMS-ICO®	-	+	++

8.5. ATENCIÓ AL PACIENT AMB MALALTIA CRÒNICA [...]

	Pacient crònic complex PCC	Persona amb malaltia crònica avançada MACA	Malalt terminal MACA
Base clínica predominant	Multimorbiditat o malaltia greu	Condicció de salut > malaltia avançada	Malaltia greu irreversible
Necessitats emergents	Preferentment físiques	Necessàriament integrals	Emocionals, físiques, espirituals, pràctiques
Planificació de decisions anticipades	+ / ++	+++	+++
Orientació pal·liativa	+ (puntual)	++ / +++ (sistemàtica i sincrònica amb l'enfocament curatiu)	+++ (obligada)
Focus de maneig	Maneig ordenat de patologies Reducció d'ingressos	Qualitat de vida	Control de símptomes Confort/Qualitat de vida/Dignitat Preparació a la mort
Estil assistencial	«com a l'hospital»	«com a casa»	«com a casa»
Foment autocura	++	+	- + a la família/entorn
Manteniment autonomia	++	+	+ i especialment en presa de decisions
Suport al cuidador	+ / ++	++	+++
Intensitat d'equips de suport	+	++	+++
Intensitat de l'acció social	+	+++	+++
La mort com a element de gestió clínica	+ / -	+ / ++	+++
Maneig del dol	-	+ / -	+++

	Pacient crònic complex PCC	Persona amb malaltia crònica avançada MACA	Malalt terminal MACA
Focus principal de l'estratègia avaluadora de triple objectiu	Triple SATISFACCIÓ-QV UTILITZACIÓ RECURSOS RESULTATS EN SALUT	Doble SATISFACCIÓ-QV UTILITZACIÓ RECURSOS resultats en salut	Preferent SATISFACCIÓ-QV utilització recursos resultats en salut

8.5.4. Idees clau

Les persones amb malalties cròniques avançades tenen unes necessitats específiques que posen de manifest la importància d'una atenció personalitzada i individualitzada, tot prioritzant l'atenció pal·liativa en la fase de final de vida.

Els models d'atenció com el MACA donen suport a aquesta idea d'atenció integral i integradora per millorar la qualitat de vida a persones pluripatològiques, basada en el continuïtat assistencial i l'abordatge d'un equip multidisciplinar.

Bibliografia

1. Limón E, Bullich I, Fontecha B, Rusiñol M, Burdoy E. El model d'atenció a la cronicitat avançada. But At Prim Cat. 2018; 36 (5): 1-6.
2. IdesCat.cat. Estadística de malalties de declaració obligatòria [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2022 [Consultat 30 de juny 2020]. Disponible a: https://www.idescat.cat/pub/?id=mdo&utm_campaign=cercador&utm_medium=sugg&utm_source=Idescat&utm_term=malalties%20croniques&utm_content=mdo
3. Blay C, Martori JC, Limon E, Lasmarías C, Oller R, Gómez-Batiste X. Every week counts: Use of health services and related costs of a community-based cohort of people with advanced chronic diseases. Aten Primaria. 2019; 51 (6): 359-366.
4. Generalitat de Catalunya. Bases per a un model català d'atenció a les persones amb necessitats complexes. Conceptualització i introducció als elements operatius. Document de treball versió 6.0 del 27 de març de 2017. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Generalitat de Catalunya; 2017. Disponible a: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3305/bases_model_catala_atencio_persones_necessitats_complexes_2017_ca.pdf?sequence=4&isAllowed=y

8.5. ATENCIÓ AL PACIENT AMB MALALTIA CRÒNICA [...]

5. Gómez X, Martínez M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X et al. Utility of the NECPAL CCOMS-ICO tool and the Surprise Question as screening tools for early palliative care and to predict mortality in patients with advanced chronic condition: A cohort study. *Palliat Med.* 2017; 31 (8): 754-763.
6. OMS [Internet]: Enfermedades crónicas [consultat el 27 de juny de 2021]. Disponible a: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
7. Gómez-Batiste X, Lasmarías C, González J, Calsina A, Amblas J, Contel JC et al. Reflexions sobre ètica en la identificació, el registre i la millora de l'atenció de les persones en situació crònica de complexitat clínica i malaltia avançada (PCC i MACA). Barcelona: Observatori Qualy / CCOMS-ICO de l'Institut Català d'Oncologia i la Càtedra de Cures Pal·liatives de la Universitat de Vic per encàrrec del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat del Departament de Salut i amb la col·laboració del Comitè de Bioètica de Catalunya; 2013. Disponible a: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/macadesembre2013.pdf

IX.

Recerca en atenció primària i salut comunitària

9.1.

Introducció a la recerca en atenció primària i salut comunitària

EDURNE ZABALETA

9.1.1. Introducció

Ara per ara, hi ha proves científiques més que suficients que mostren que la solidesa d'un sistema d'atenció primària de salut (APS) d'un país s'associa amb millors resultats en salut de la població, amb sistemes sanitaris més equitatius i accessibles, amb la reducció de costos i amb l'augment de la satisfacció dels usuaris.¹⁻³ Aquest fet es va reconèixer per primera vegada amb la declaració d'Alma-Ata,⁴ en la qual els responsables polítics van acordar que és necessari promoure-la com a element clau d'un bon sistema d'atenció sanitària. Així mateix, recentment la Declaració d'Astanà⁴ va donar suport als principis clau de l'APS i els va reconèixer com a forces motrius per aconseguir els objectius de desenvolupament sostenible. La recerca en aquest primer nivell assistencial és, per tant, essencial per a la prestació d'una APS d'elevada qualitat i així aconseguir aquestes fites.

9.1.2. Àrees d'investigació en atenció primària

L'enfocament de l'AP abraça tota la societat i té com a objectiu garantir el major nivell possible de salut i benestar i la seva distribució equitativa, centrant-se el més aviat possible en les necessitats de les persones al llarg del continu que va des de la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia

fins al tractament, la rehabilitació i les cures de final de vida, i el més a prop possible de l'entorn quotidià de les persones. En aquest àmbit assistencial l'atenció, a més d'en la malaltia, se centra en la persona, tenint en compte el context de la seva pròpia llar, la seva família, la seva comunitat i la seva cultura. En conseqüència, l'APS representa un escenari únic per investigar en aspectes que no poden ser investigats en altres nivells de l'atenció sanitària. El fet que al voltant del 75 % de la població assignada als centres d'APS sigui atesa com a mínim una vegada a l'any descriu aquesta posició única.⁵ L'APS és el nivell assistencial més accessible, constitueix la interfície entre la població i l'atenció hospitalària. A més a més, l'APS és clau en la gestió dels recursos sanitaris, en particular mitjançant la derivació a centres més especialitzats; en el suport a les persones en les seves necessitats de salut, al llarg del temps; i en l'establiment de vincles amb altres agents no sanitaris que determinen la salut i la malaltia, en particular els relacionats amb el sector del benestar.

És per tot això que les decisions clíniques i organitzatives per a millorar la qualitat de l'APS han de prendre's amb un bon coneixement de la malaltia i els seus factors de risc (recerca clínica), però al mateix temps han de tenir en compte les persones i el seu entorn (recerca contextual) i, també, l'eficiència, l'equitat, l'organització i l'estructura dels serveis sanitaris (recerca en serveis).⁶ Al voltant d'aquestes diferents necessitats d'evidències s'agrupen les principals àrees de recerca en APS.

9.1.2.1. Recerca clínica

A diferència d'altres nivells assistencials l'APS, per les seves característiques, representa un entorn òptim per al desenvolupament d'activitats de prevenció de la malaltia. Per això, una gran part dels programes i activitats en l'APS es dirigeixen cap a la prevenció de diverses malalties o problemes de salut molt freqüents i amb un elevat impacte en la salut poblacional, com són les malalties cardiovasculars, el càncer, les malalties infeccioses i els problemes de salut mental. A més a més, acostumen a adreçar-se a grups de població definits (per exemple, persones grans, minories ètniques, dones, nens i adolescents).⁷ Per tant, investigar sobre la prevenció de problemes de salut és essencial per a l'APS.

Respecte a la prevenció primària en APS es basa en aquelles mesures preventives que eviten l'aparició de malalties o problemes de salut abans que s'iniciï el seu procés. Bàsicament, aquestes mesures consisteixen en l'educació per a la salut, la reducció dels factors de risc modificables i la implementació de programes de vacunació. Malgrat l'evidència disponible sobre com prevenir especialment les malalties cròniques des de l'APS, mitjançant principalment la promoció de conductes saludables (alimentació saludable, activitat física

suficient i evitar el consum de tabac i alcohol) continuen existint importants llacunes de coneixement respecte a quina és la millor manera de dur-les a terme en la pràctica habitual dels professionals de l'APS, especialment en els grups de població més desfavorits. Així que representa una àrea important de recerca per a l'APS.

Amb relació a la prevenció secundària en APS, una de les característiques d'aquest àmbit assistencial des del punt de vista clínic és que les malalties se solen detectar en les seves fases més primerenques quan encara els símptomes poden ser inespecífics, al contrari que en altres àmbits assistencials en els quals s'atén les persones quan la malaltia ja està establerta. Per això, és necessari generar proves científiques tenint en compte aquesta característica amb la finalitat de millorar les decisions clíniques en base al diagnòstic i al tractament precoç de la malaltia. Així mateix, un altre aspecte d'interès en aquesta àrea de recerca és investigar sobre com l'APS pot millorar les capacitats de les persones per detectar les malalties en les seves primeres fases i també per augmentar la seva adherència als programes de cribatge.

Pel que fa a la prevenció terciària en APS, es fonamenta en dur a terme un conjunt de mesures preventives que busquen reduir l'impacte d'una malaltia ja establerta. Principalment es basen en desenvolupar intervencions dirigides a prevenir i reduir la discapacitat, minimitzar el sofriment i maximitzar la qualitat de vida. En aquest sentit, destaca que en l'APS s'atenen majoritàriament persones que tenen dues o més malalties (multimorbiditat), a vegades sense una base biològica comuna. No obstant això, el nombre d'estudis sobre el tractament de malalties quan coexisteixen en una mateixa persona és substancialment inferior al d'estudis que se centren en el tractament d'una única malaltia. Per això és necessari tenir present aquesta situació en els estudis d'investigació en APS per tal d'augmentar l'evidència disponible pel que fa a la situació de multimorbiditat.

9.1.2.2. Recerca contextual

L'evidència contextual és necessària per ajudar els professionals de l'APS a afrontar el repte d'atendre una persona en concret en una situació específica i, així mateix, per planificar i desenvolupar una atenció comunitària efectiva. Com és ben sabut, la salut de les persones i les poblacions està fortament influenciada per diversos determinants socials de la salut.⁸ Els factors socioeconòmics, com l'educació, l'ocupació, l'habitatge i els ingressos de la llar, afecten la salut de les persones, així com l'accés a l'assistència sanitària i els seus resultats. Així doncs, la recerca en APS no només ha de centrar-se en els factors individuals, sinó també en els factors socials i culturals que poden ser causants de desigualtats en salut. Els resultats d'estudis amb aquest

enfocament comunitari faciliten el disseny i l'avaluació d'intervencions clíniques i no clíniques adaptades al context socioeconòmic i cultural de les poblacions ateses en APS.

Així mateix, els professionals de l'APS inclouen de manera sistemàtica en la seva pràctica habitual l'assessorament sobre el canvi de comportaments perjudicials per a la salut per altres més saludables. El problema radica en el fet que ajudar les persones a canviar els seus comportaments d'estil de vida no és una tasca fàcil. El comportament individual està influenciat per múltiples factors personals i contextuals que operen i interactuen en els camps individual, interpersonal i comunitari. La complexitat que suposa abordar aquesta difícil tasca en un context de sobrecàrrega de treball i manca de temps i formació, juntament amb la falta de coneixements sobre com es pot influir en les persones des d'aquesta perspectiva socioecològica, dificulta la integració dels programes i activitats de promoció de la salut aplicats en l'APS. En aquest escenari l'evidència contextual cobra un important protagonisme, oferint l'oportunitat de revelar quines són les principals barreres i els elements facilitadors per a la integració de la promoció de la salut en la pràctica habitual dels professionals de l'APS.⁹

9.1.2.3. Recerca en serveis

La recerca en la provisió de serveis d'APS accessibles, integrals i eficients és també una temàtica clau. La recerca en serveis de salut integra les ciències epidemiològiques, sociològiques, econòmiques i altres ciències analítiques. Sol ocupar-se de les relacions entre les necessitats, la demanda, l'oferta, l'ús i els resultats dels serveis. El seu objectiu és l'avaluació, especialment en termes d'estructura, procés, producció i resultats.

Aquesta recerca se centra en comprendre i optimitzar les característiques principals de l'AP, com són la longitudinalitat de l'atenció, l'accessibilitat i el seu caràcter integral. Així mateix, estudia aspectes relacionats amb la coordinació i les pràctiques de derivació a altres serveis o nivells assistencials. Una temàtica molt important d'aquesta recerca és l'anàlisi dels rols dels diferents professionals de la salut que integren els equips d'APS, així com de la seva estructura pel que fa a nombre de professionals i tipus de disciplines amb què han de comptar aquests equips. Els aspectes lligats al seu finançament i la seva efectivitat són elements clau de la recerca en serveis d'APS, sent el cost-efectivitat i el cost-benefici dels seus programes i intervencions els resultats més sovint analitzats. En els últims anys també està sent objecte d'investigació la incorporació de les tecnologies de la informació i la comunicació en la provisió de serveis d'APS.

9.1.3. Metodologies d'investigació en atenció primària

Les metodologies d'investigació utilitzades en l'APS no difereixen de les utilitzades en qualsevol altre context: quantitatives, qualitatives i mixtes. Ara bé, la recerca en APS per les seves característiques requereix que es considerin determinats enfocaments amb la finalitat que els resultats de la recerca siguin útils i aplicables. D'altra banda, la base de coneixements per als serveis d'APS i el desenvolupament de la pràctica dels seus professionals ha d'ampliar-se mitjançant l'ús i la integració de múltiples metodologies d'investigació.

La majoria de les evidències d'elevada qualitat provenen dels resultats d'estudis experimentals, en particular d'assajos controlats aleatoritzats. No obstant això, la validesa externa dels seus resultats planteja en ocasions importants problemes pel fet que amb freqüència es desconeix si aquests resultats són aplicables de forma més general particularment en poblacions amb un nivell socioeconòmic baix i especialment vulnerables. Per això, és necessari dur a terme estudis experimentals els resultats dels quals siguin més generalitzables i que contribueixin a disminuir les desigualtats en salut.¹⁰

D'entre les metodologies quantitatives, els estudis observacionals representen també una important font d'evidència per a l'APS.¹¹ La major accessibilitat per part de la població als seus serveis, així com el fet que l'atenció realitzada sigui longitudinal fan de l'APS l'escenari ideal per al desenvolupament d'aquest tipus d'estudis, especialment d'estudis prospectius i retrospectius. D'altra banda, arran de la implementació massiva de la història clínica electrònica en l'APS els estudis basats en els seus registres han proliferat. Aquest tipus d'estudis són la base dels estudis de recerca basats en dades de món real, en anglès *real world data*. Les dades del món real recollides en l'APS ofereixen una oportunitat per estudiar en major profunditat l'epidemiologia de les malalties més freqüents, ja que proporcionen un gran nombre de casos en comparació amb altres bases de dades clíniques. Així mateix, les dades del món real poden proporcionar evidència de la pràctica habitual sobre l'ús i els beneficis o els riscos potencials d'un fàrmac, un producte sanitari o l'aplicació d'una intervenció. En comparació amb els estudis experimentals abans esmentats, aquests estudis reflecteixen millor els contextos clínics reals en els quals s'apliquen les intervencions i poden incloure de manera àmplia les característiques dels usuaris.¹²

No obstant això, cal destacar que la naturalesa de la recerca quantitativa i les seves eines de recollida de dades permeten a l'investigador inferir només sobre allò que està examinant (només es «veu» el que s'està «mirant»), mentre que els mètodes qualitatius poden ampliar la mirada a elements clau que no van ser observats o fins i tot considerats prèviament. Les metodologies qualitatives en APS i les seves tècniques, com les entrevistes, els grups de discussió o

l'observació dels participants, permeten conèixer les experiències viscudes per les persones. S'utilitzen habitualment com a fases exploratòries (de formació d'hipòtesi) d'estudis de recerca.

La metodologia de recerca mixta es refereix a la integració de metodologies quantitatives i qualitatives. El seu ús és habitual en APS i s'ha produït un augment de la seva utilització en les últimes dècades. Aquesta metodologia permet comprendre la complexitat de l'APS que, com hem vist, integra una àmplia varietat d'enfocaments (des del clínic fins al comunitari) i de contextos amb diferents característiques de necessitats de salut.^{13,14} Així mateix, té un gran potencial per explorar nous temes o familiaritzar l'equip d'investigació amb una nova àrea de recerca i, també, per conèixer amb profunditat les circumstàncies que produeixen variabilitat en els processos i resultats dels serveis d'AP.

9.1.4. Aspectes clau

L'APS proporciona una atenció contínua, coordinada i integral al llarg del temps a poblacions no diferenciades per una malaltia particular, un sistema d'òrgans o unes característiques socioeconòmiques i culturals. La naturalesa de l'APS és complexa, ja que inclou processos dinàmics i interrelacionats en els quals intervenen diferents disciplines, accions, persones i contextos. Tot això fa que les seves àrees de recerca siguin àmplies i condueix a la necessitat d'utilitzar i combinar múltiples metodologies de recerca.

Bibliografia

1. Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *The Lancet*. 2018; 392 (10156): 1461-1472.
2. Starfield B. Is primary care essential? *The Lancet*. 1994; 344 (8930): 1129-1133.
3. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q*. 2005; 83 (3): 457-502.
4. Organització Mundial de la Salut. Declaración de Astaná. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. Astaná: Organització Mundial de la Salut; 2018 (25 i 26 d'octubre de 2018) [consultat el 15 de maig de 2021]. Disponible a: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328128/WHO-HIS-SDS-2018.61-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

5. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Atenció primària [Internet]. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, Servei Català de la Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2012 [consultat el 15 de maig de 2021]. Disponible a: http://observatorisalat.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalat/ossccentral_resultats/informes/fitxers_estatics/central_resultats_atencio_primaria_2012.pdf
6. De Maeseneer JM, van Driel ML, Green LA, van Weel C. The need for research in primary care. *The Lancet*. 2003; 362 (9392): 1314-1319.
7. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Actualización 2020-PAPPS. *Aten Primaria*. 2020; 52 (S2): 1-172.
8. World Health Organization [Internet]. Social determinants of health. Ginebra: WHO; 2021 [citat el 18 maig de 2021] [aprox. 10 pantalles]. Disponible a: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
9. Zabaleta E, Bolibar B, García L, García J, Llobera J, Bellón JA et al. Building interventions in primary health care for long-term effectiveness in health promotion and disease prevention. A focus on complex and multi-risk interventions. *Prev Med*. 2015; 76 (S1-4).
10. Glasgow RE, Huebschmann AG, Brownson RC. Expanding the CONSORT Figure: Increasing Transparency in Reporting on External Validity. *Am J Prev Med*. 2018; 55 (3): 422-430.
11. Ligthelm RJ, Borzi V, Gumprecht J, Kawamori R, Wenying Y, Valensi P. Importance of Observational Studies in Clinical Practice. *Clin Ther*. 2007; 29 (6 PT 1): 1284-1292.
12. Rudrapatna VA, Butte AJ. Opportunities and challenges in using real-world data for health care. *J Clin Invest*. 2020; 130 (2): 565-574.
13. Vedel I, Kaur N, Hong QN, El Sherif R, Khanassov V, Godard-Sebillotte C et al. Why and how to use mixed methods in primary health care research. *Fam Pract*. 2019; 36 (3): 365-368.
14. Kaur N, Vedel I, El Sherif R, Pluye P. Practical mixed methods strategies used to integrate qualitative and quantitative methods in community-based primary health care research. *Fam Pract*. 2019; 36 (5): 666-671.

9.2.

Aspectes bàsics de la recerca

ROSA SUÑER

9.2.1. Introducció

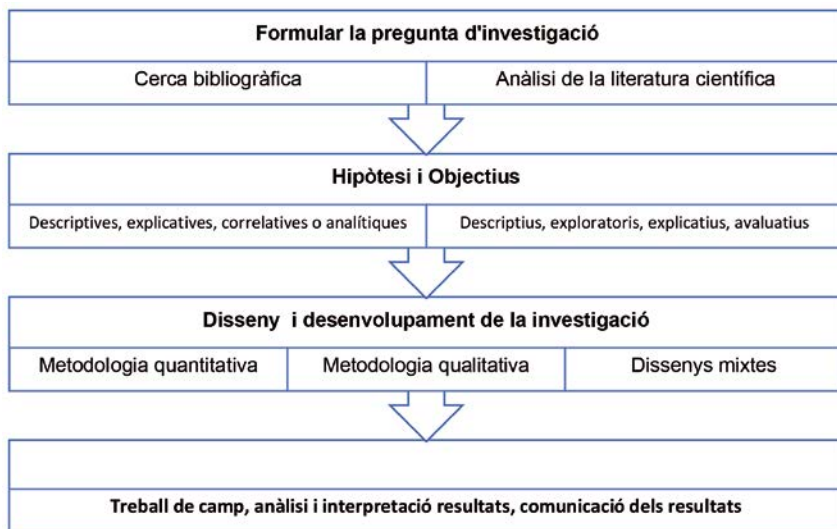
Investigar en ciències de la salut implica avançar en nous coneixements que repercuteixin positivament en la cura i l'assistència de les persones. Durant l'atenció sanitària sorgeixen molts dubtes envers els problemes de salut que presenten aquestes persones, els seus diagnòstics, la seva evolució, les cures que reben... fet pel qual des d'aquesta vessant pràctica hi ha moltes oportunitats i motius per qüestionar-se com és la seva atenció, com cuidar millor i amb més qualitat, eficàcia i efectivitat.

9.2.2. Aspectes bàsics

Sigui quin sigui el nivell assistencial on els professionals de la salut exerceixen la seva activitat, sempre hi ha possibilitats de fer recerca. Específicament, en l'atenció primària hi ha grans oportunitats d'investigar per millorar els serveis de salut i l'atenció a les persones, a destacar les investigacions en promoció de la salut i prevenció, en salut comunitària, en malalties cròniques i en serveis de salut.¹

Aquest apartat recull els aspectes bàsics que cal plantejar per desenvolupar una recerca de qualitat, com la formulació de la pregunta d'investigació i la cerca bibliogràfica per respondre a la pregunta, revisant l'estat de coneixement i evidència disponible d'un tema concret, escollir el disseny més adient, seleccionar la població, mesurar les variables amb precisió, considerar els aspectes ètics, així com l'estratègia i tipus d'anàlisi, el treball de camp, la interpretació dels resultats i la seva comunicació (figura 1).^{2,3}

Figura 1. Esquema bàsic del procés d'investigació



9.2.2.1. Formulació de la pregunta d'investigació

Els professionals han de respondre preguntes basades en una metodologia científica, seqüencial per a poder realitzar una investigació rigorosa, essent el primer pas la formulació de la pregunta científica.⁴⁻⁶ La recerca ha de començar per un dubte, habitualment en el nostre entorn habitual de treball.

Quan es fa la pregunta, cal considerar que l'estudi seria factible, d'interès científic, hauria d'aportar nou coneixement, representa el punt de partida d'una bona investigació amb les característiques representades amb l'acrònim FINERMAPS com a investigació factible (cal ser realista quant a l'abast i els recursos disponibles), d'interès, útil, ètica (minimitzant els riscos, mantenint la confidencialitat), rellevant (que proporcioni nous coneixements), manejable, adequada científicament, amb valor potencial i publicable i sistemàtica (ben definida).^{5,6}

L'any 1995, es va plantejar una estructura específica per a formular la pregunta d'investigació, l'acrònim **PICO** (problema d'interès, intervenció, intervenció de comparació, resultats esperats o *outcomes*).^{7,8} A partir d'aquí altres autores i autors han considerat variacions d'aquest format, com l'acrònim **PICOT** que incorpora l'interval de temps,⁹ el **PICOS** que incorpora el tipus d'estudi,¹⁰ el **PICOTT** que incorpora el tipus de pregunta i tipus d'estudi,⁸ el **PIPOH**

que, a més del problema —la intervenció—, incorpora els professionals, els resultats esperats i el context,¹⁰ així com altres formats com el **PECODR** per cercar estudis de cohorts i de cas control substituint la I d'intervenció per la E d'exposició.¹¹ Alhora s'han descrit altres formats per plantejar preguntes en investigacions qualitatives (acrònims **SPICE** o **SPIDER**)^{12,13} (taula 1) o en l'àmbit de la gestió (acrònim **ECLIPSE**).¹⁴

Taula 1. Formulació de preguntes d'investigació en investigacions qualitatives¹⁵

	Escenari Context	Perspectiva Per a qui?	Intervenció Què?	Comparació Amb què?	
SPICE	x	x	x	x	
	Mostra	Fenomen d'interès	Disseny	Avaluació	Tipus d'investigació Qualitativa/quantitativa/mixta
SPIDER	x	x	x	x	x

A partir de la definició de la pregunta d'investigació, ens permet fer una completa recerca bibliogràfica per a definir el marc conceptual del tema, valorar i estudiar l'evidència disponible, com a font d'idees per avaluar la viabilitat del projecte i la pertinença en relació amb la seva aplicabilitat a la pràctica. S'aconsella fer una cerca a la base PubMed-MEDLINE, la base internacional més actualitzada en ciències de la salut, pel que es recomanable conèixer com utilitzar els termes MeSH (*Medical Subjects Headings*) i la combinació dels anomenats operadors booleans (AND, OR, NOT) per combinar les paraules clau que utilitzem.¹⁶

9.2.2.2. Hipòtesi i objectius

A partir del coneixement de la base teòrica existent d'un tema en concret, es poden plantejar les hipòtesis que donen resposta a la pregunta d'investigació, ens orienten en la recerca i es fonamenten en el coneixement previ, en termes de relació entre les variables han de ser específiques i determinen el tipus d'estudi. Poden ser descriptives, explicatives, correlatives o analítiques per establir una relació de causalitat. Quan la metodologia que es vol emprar és qualitativa, les hipòtesis no són explícites, sovint en aquestes recerques se'n generen de noves.

A partir de les hipòtesis, cal plantejar els objectius de l'estudi, que indiquen el que es proposa fer, es formulen en verbs en infinitiu i han de ser senzills i comprensibles. En funció del tipus d'hipòtesi i disseny, els objectius poden ser descriptius, exploratoris, explicatius i avaluatius.³

9.2.2.3. Disseny i desenvolupament de la investigació

En aquest apartat, cal distingir si la metodologia és de tipus quantitatiu, cal identificar el tipus de disseny (no experimental o experimental), l'àmbit d'estudi, la població d'estudi el tipus de mostreig (probabilístic o no), les variables d'estudi i els instruments per recopilar-les. A més, cal explicar els procediments com, per exemple, si s'avalua l'efecte d'un programa d'educació per a la salut cal explicar de forma explícita aquesta intervenció. Si la metodologia és qualitativa, a més del disseny d'estudi, es dona més informació envers l'àmbit i la població d'estudi, essent el nombre de persones participants menys important, habitualment amb mostres no probabilístiques, i amb més interès a com s'ha arribat als participants i informants.³ Els resultats són vàlids i consistents quan la investigació té rigor científic en el seu disseny i desenvolupament, implica evitar els biaixos que es poden produir en diverses etapes de la recerca, per exemple en la selecció dels participants, en la grandària de la mostra, en l'anàlisi de les variables, etc. El rigor científic té consideracions específiques en funció del tipus de metodologia emprada (quantitativa o qualitativa).

9.2.2.4. Resultats de la investigació

La mesura de les dades recollides varia en funció de la metodologia emprada. En les investigacions quantitatives cal realitzar primer anàlisis descriptives de les variables amb mesures específiques, tot considerant les característiques de les variables, si són quantitatives amb la mitjana, desviació estàndard, moda, mediana i rang interquartil o si són categòriques amb freqüències i percentatges. L'anàlisi bivariada i l'estadística inferencial completaran la mesura, interpretació i validació dels resultats. En l'apartat que tracta la metodologia quantitativa s'explica detalladament. En les investigacions qualitatives, l'anàlisi pot ser de diversa índole, com l'anàlisi de contingut amb un sistema d'organització de les dades en categories, codis, etc. Si s'ha fet des de la perspectiva d'anàlisi de discurs, cal detallar-ho bé. A més, es pot utilitzar suport de programes informàtics que s'especificaran en el projecte i en l'informe d'investigació final. També en l'apartat de metodologia qualitativa s'explica detalladament la mesura de dades qualitatives.

9.2.2.5. Discussió i conclusions

En aquest apartat, cal comentar els resultats rellevants de la investigació, comparant els resultats amb els d'altres autors, fent observacions. Cal explicar totes les limitacions de l'estudi. Les conclusions, cal enllaçar-les seguint l'ordre dels objectius. És important parlar de futures investigacions relacionades amb els resultats obtinguts i exposar noves hipòtesis d'estudi.

9.2.2.6. Bibliografia

Totes les referències bibliogràfiques utilitzades en una investigació han de constar en l'apartat de bibliografia. L'estil d'aquesta citació, així com la citació en el text, han de tenir un format determinat, essent els estils Vancouver i APA els més freqüents en ciències de la salut. Cal consultar sempre les darreres actualitzacions d'aquests estils per tal de poder ser aplicats abans de publicar l'informe final. Quan la recerca finalitzada està en procés de publicació, cal consultar les normes de cada revista, ja que sovint les editorials no utilitzen estils de citació purs i demanen variacions del format Vancouver o APA.

9.2.3. Consideracions ètiques de les investigacions en ciències de la salut

Quan es planteja qualsevol investigació amb persones, cal assegurar des del principi i en tot moment la protecció dels seus drets. S'han establert diversos codis d'ètica com a resposta a les violacions d'aquests drets per part d'alguns científics, ocorreguts especialment durant la Segona Guerra Mundial durant el govern nazi i també als EEUU a mitjans del segle passat. Un dels primers codis internacionals va ser el Codi de Nuremberg publicat l'any 1947; posteriorment, la Declaració de Helsinki, realitzada per l'Assemblea Mèdica mundial l'any 1964. A més, moltes disciplines han establert codis ètics propis.³ L'any 1978, es va publicar l'anomenat Informe Belmont als EEUU, on hi consten els principis ètics fonamentals vigents en la investigació biomèdica:

- Principi de beneficència, és a dir, fer el bé procurant el màxim de beneficis per als participants i que es considerin tots els riscos, per tal de minimitzar-los al màxim possible.
- Principi de respecte a la dignitat de la persona, anomenat posteriorment *principi d'autonomia*,¹⁷ segons el qual la persona ha de poder decidir voluntàriament participar sense cap tipus de coerció (autodeterminació).

Aquest principi també implica que els participants d'un estudi tenen dret a disposar de tot el coneixement sobre l'estudi abans d'acceptar participar-hi.

- Principi de justícia, els participants tenen dret a ser tractar abans, durant i després de la investigació de forma justa i equitativa, els resultats han de ser mantinguts en l'anonimat amb mesures específiques per assegurar la confidencialitat.
- A més, posteriorment, en la declaració dels principis d'ètica biomèdica es va afegir un quart, el principi de no maleficència, que es basa a protegir en tot moment a la persona que participa en una recerca i no fer mal intencionadament.¹⁷

Els participants, sigui quina sigui la investigació, han de signar sense pressions i dedicant-hi tot el temps que calgui, un consentiment informat que contingui informació sobre les condicions de participació, els objectius de l'estudi, les dades que se sol·licitaran, duració de la investigació, finançament, selecció de participants, riscos i beneficis potencials, garantia de confidencialitat, consentiment voluntari, dret a retirar-se de l'estudi sense cap conseqüència, i dades per establir contacte amb els i les responsables de la investigació. El document de consentiment ha de ser de lectura fàcil, sense tecnicismes, amb un nivell de comprensió per a tothom amb independència del seu nivell d'alfabetització per a la salut. Tots els aspectes ètics encara han de ser més acurats i detallats quan els participants són persones vulnerables com infants, persones amb qualsevol discapacitat, persones en situació de final de vida, dones embarassades i persones que viuen en institucions.³

Abans d'iniciar una investigació cal sol·licitar avaluació i autorització al comitè d'ètica que correspongui en funció de la regió sanitària i nivell assistencial, en els casos d'investigacions amb persones en entorns de salut. Quan la investigació es realitza amb estudiants universitaris cal enviar el projecte al comitè d'ètica de la universitat de l'àmbit de l'estudi i, si es tracta d'estudiants menors d'edat en entorns d'educació primària o secundària, cal sol·licitar autorització als responsables de cada centre, als pares o tutors i tutores legals. En la resta d'investigacions que s'han de desenvolupar en entorns diferents dels comentats, cal sempre sol·licitar permís als responsables de cada institució, associació, etc. En mostres en bola de neu, intencionades, etc. de persones subjecte d'estudi també hi ha d'haver informació i full de consentiment abans d'iniciar el treball de camp.

Quan la mostra es recull mitjançant la xarxes socials, sempre ha de tenir un primer apartat on s'expliqui la investigació i es garanteixin tots els drets i la privacitat dels enquestats; serà, llavors, que els potencials participants decidiran acceptar o no (no responen) la seva participació.

Per complir amb els criteris ètics, una investigació hauria de respondre de forma afirmativa sobre la rellevància de l'estudi, disposar de l'autorització d'un comitè d'ètica i dels permisos corresponents, si s'ha descrit clarament la metodologia de l'estudi, si es convida els participants de forma equitativa i se'ls demana el consentiment de forma comprensible, si es garanteix la seva intimitat i la confidencialitat de les dades i si els investigadors han previst possibles riscos o molèsties,¹⁸ essent fonamental l'equitat segons sexe i gènere en la investigació, seguint les directrius de les guies internacionals SAGER (*Sex and Gender Equity in Research*) per informar sobre el sexe i el gènere en tots els apartats de la recerca (disseny, anàlisi, resultats i interpretació).¹⁹ Finalment, ressaltar que la participació ciutadana en la recerca, sobretot en l'àmbit d'atenció primària, és considerada útil, viable i necessària, essent un indicador de bones pràctiques en recerca tant a escala europea com internacional.²⁰

9.2.4. Aspectes clau

Investigar en ciències de la salut implica avançar en nous coneixements que repercutixin positivament en la cura i l'assistència de les persones.

Existeixen moltes oportunitats i motius per qüestionar-se com és l'atenció sanitària, com cuidar millor i amb més qualitat, eficàcia i efectivitat. Per això cal fer recerca.

Bibliografia

1. Violán C, Grandes G, Zabaleta E, Gavilán E. La investigación en atención primaria como área de conocimiento. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012; 26 (S1): 76-81.
2. Argimón JM, Jiménez J. Métodos de investigación Clínica y epidemiológica. 5a ed. Madrid: Elsevier; 2019.
3. Polit D, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud. 6a ed. México: McGraw-Hill-Interamericana; 2000.
4. Rodríguez JL, Seoane T, Martín E, Alonso FJ, Sainz M. Formulación de la pregunta de investigación. SEMERGEN. 2007; 33 (3): 149-153.
5. Ratan SK, Anand T, Ratan J. Formulation of Research Question - Stepwise Approach. J Indian Assoc Pediatr Surg. 2019; 24 (1): 15-20.
6. Hulley SB, Cummings SR. Conceiving the research question. A: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB, editors. Designing Clinical Research. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2007. p. 17-25.
7. Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J, Hayward RS. The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. ACP J Club. 1995; 123 (3): A12-13.

8. Schardt C, Adams MB, Owens T, Keitz S, Fontelo P. Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2007; 7: 16.
9. Fineout-Overholt E, Johnston L. Teaching EBP: asking searchable, answerable clinical questions. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2005; 2 (3): 157-160.
10. Martínez JD, Ortega V, Muñoz FJ. El diseño de preguntas clínicas en la práctica basada en la evidencia. *Modelos de formulación. Enfer Glob.* 2016; 43: 431-438.
11. Dawes M, Pluye P, Shea L, Grad R, Greenberg A, Nie JY. The identification of clinically important elements within medical journal abstracts: Patient-Population-Problem, Exposure-Intervention, Comparison, Outcome, Duration and Results (PECODR). *Inform Prim Care.* 2007; 15 (1): 9-16.
12. Booth A. Clear and present questions: formulating questions for evidence based practice. *Library Hi Tech.* 2006; 24 (3): 355-368.
13. Cooke A, Smith D, Booth A. Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qual Health Res.* 2012; 22 (10): 1435-1443.
14. Wildridge V, Bell L. How CLIP became ECLIPSE: a mnemonic to assist in searching for health policy/ management information. *Health Info Libr J.* 2002; 19 (2): 113-115.
15. Creswell JW, Creswell JD. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches.* 5a edició. Los Ángeles: SAGE; 2018.
16. Estrada JM. La búsqueda bibliográfica y su aplicación en PubMed-MEDLINE. *SEMERGEN.* 2007; 33 (4): 193-199.
17. Beauchamp TL, Childress J F. *Principios de ética biomédica.* Barcelona: Masson; 1999.
18. Llor C. Aspectos éticos de la investigación en atención primaria. *FMC.* 2017; 24 (7): 361-363.
19. Heidari S, Babor TF, De Castro P, Tort S, Curno M. Equidad según sexo y de género en la investigación: justificación de las guías SAGER y recomendaciones para su uso. *Gac Sanit.* 2019; 33 (2): 203-210.
20. Pons M, Pujol E, Berenguera A, Violán C, Mahtani-Chugani V. La participación ciudadana en la investigación desde la perspectiva de investigadores de atención primaria. *Gac Sanit.* 2019; 33 (6): 536-546.

9.3.

Metodologia de la recerca

RUTH MARTÍ

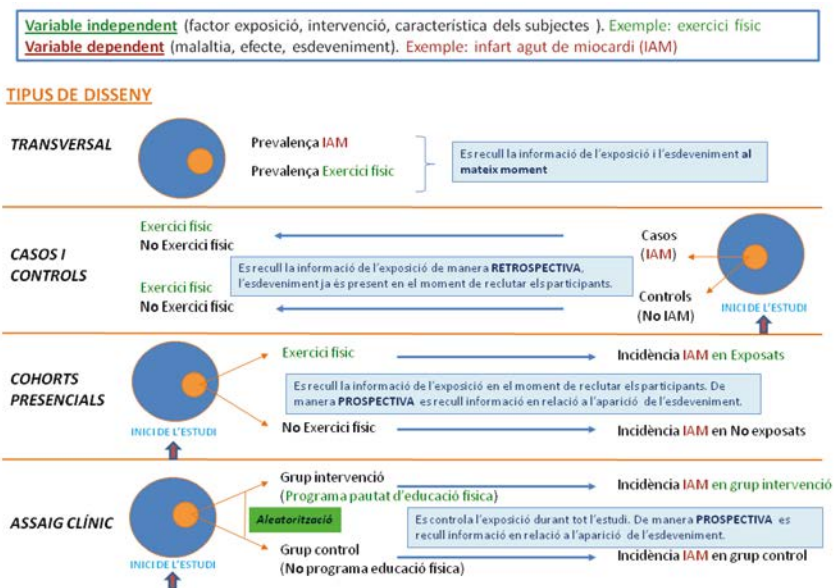
L'apartat de la metodologia, generalment el més extens d'un protocol d'investigació, és on cal que s'expliquin de manera precisa i entenedora els processos que se seguiran per aconseguir els objectius de l'estudi. Tot seguit, s'enumeren i es descriuen breument els subapartats que el configuren.

Disseny

S'ha d'escriure el tipus d'estudi¹⁻⁵ que es portarà a terme i ha de quedar clar si existeix seqüència temporal (transversal o longitudinal), la cronologia dels fets (prospectiu o retrospectiu) i qui fa l'assignació a l'exposició (observacional o experimental). Com més concret se sigui a determinar el disseny millor, per exemple, si es vol portar a terme un estudi de casos i controls no cal especificar que serà observacional i retrospectiu; de la mateixa manera que si el disseny d'estudi és transversal, no serà necessari explicitar que és observacional, ja que són característiques intrínseques dels mateixos dissenys. A la figura 1 es poden veure esquematitzats de manera simplificada els quatre dissenys més freqüents en recerca epidemiològica.

A la figura s'indica el moment d'inici de l'estudi i els moments en el temps en què es recull la informació. Cal destacar que en aquest esquema només l'assaig clínic és un disseny experimental, ja que l'exposició, en aquest exemple el programa pautat d'educació física, estarà controlada per l'equip investigador.

Figura 1. Esquema gràfic dels dissenys més freqüents en estudis epidemiològics



Període d'estudi

S'ha de descriure el temps d'inici i final de l'estudi. En el cas d'un estudi transversal, cal indicar el període de reclutament; en els estudis longitudinals també cal indicar el període de seguiment.

Àmbit o població de referència

És aquella que està inclosa en l'objectiu de l'estudi, i a la qual es generalitzaran els resultats obtinguts.

Població d'estudi

Prové de la població de referència i ve determinada per consideracions pràctiques en funció de l'accessibilitat que els investigadors tinguin de les persones. La mostra, en cas que n'hi hagi, provindrà d'aquesta població.

Criteris d'inclusió

Són els que han de complir els subjectes potencials per poder participar a l'estudi. En aquests criteris caldria determinar les característiques sociodemogràfiques (per exemple, rang d'edat de les persones que poden formar part de l'estudi), les característiques del problema de salut (per exemple, diagnòstic que han de tenir els participants, o bé tractament que han d'estar rebent), aspectes temporals (per exemple, diagnosticats en cert període temporal) i si són també necessaris els geogràfics (per exemple, que visquin prop del lloc on es faran les visites de l'estudi).

Criteris d'exclusió

Són aquells que inhabiliten els possibles subjectes de participar a l'estudi com, per exemple, la barrera idiomàtica: cal que la llengua que parlin els participants pugui ser compresa per les persones encarregades de portar a terme l'estudi. Els criteris d'exclusió han d'estar ben justificats, ja que són els que fan que determinades persones no puguin formar part d'un estudi de recerca.

Mida de la mostra i procediment de mostratge

La mostra és la població que realment s'estudiarà. Si el mostreig es porta a terme adequadament, els resultats, i per tant les conclusions de l'estudi, poden ser molt semblants a les que s'obtidrien estudiant tota la població, però amb un estalvi de temps i diners. No cal estudiar tota una població que, a més, normalment no és factible, si amb una mostra és suficient per arribar a les mateixes conclusions. La grandària de la mostra necessària està condicionada pels objectius de l'estudi i la variable resposta; ja que les fórmules per a calcular les grandàries de les mostres són diferents si l'objectiu de l'estudi és estimar una mitjana, o una proporció, o bé si es vol portar a terme un contrast d'hipòtesis.^{6,7} Existeixen diverses aplicacions gratuïtes que permeten calcular la grandària mostral, entre elles el GRANMO,⁸ o bé l'EPIDAT.⁹ Cal incloure al protocol de recerca la informació que es fa servir per portar a terme el càlcul de la mostra i també el programa utilitzat.

Quan s'ha determinat el nombre necessari de persones que cal estudiar per respondre l'objectiu de l'estudi, cal explicar com se seleccionaran d'entre la població d'estudi. Hi ha dos tipus de mostreig, el probabilístic i el no probabilístic.⁶ En el mostreig probabilístic tots els subjectes tenen la mateixa probabilitat d'entrar a formar part de l'estudi, ja que l'elecció és a l'atzar. Aquest tipus de mostreig és el més adequat per minimitzar el risc de seleccionar una mostra esbiaixada. De vegades, però, per certes característiques de la població

d'estudi és més adequat portar a terme tècniques de mostreig no probabilístic en què encara que no tots els subjectes tenen la mateixa probabilitat de formar part de la mostra de l'estudi, permet aconseguir el número de persones necessari per poder portar-lo a terme.

Variables

Són els caràcters que es mesuren a les persones que participen als estudis per analitzar, descriure i interpretar. Cal fer una llista de totes les variables que es recolliran i explicar de quin tipus són (qualitatius: binàries o categòriques, o quantitatives: contínues o discretes). En cas de ser categòriques, cal descriure les possibles opcions de resposta. És important trobar un equilibri en el nombre de variables a recollir: no deixar-se'n cap d'important, que es pot saber llegint bibliografia i per l'experiència del mateix equip d'investigador; ni posar-ne de més i córrer el risc que no siguin pertinents ni rellevants en el context de l'estudi. Cal ser realista i tenir molt clar quina informació és realment necessària per respondre els objectius de l'estudi. En estudis presencials cal mesurar bé quina llargada de visita és factible realitzar als participants, ja que potser caldrà reduir el nombre de variables que a priori es volien mesurar si la visita és massa llarga.

D'altra banda, és imprescindible indicar quines seran les variables independents i quina la dependent (excepte quan es faci un estudi transversal exploratori). La variable dependent també anomenada de resultat o de resposta, cal que estigui molt ben definida, ja que és la que es farà servir per quantificar el resultat de l'estudi, i la que haurà servit per estimar la mostra.

És necessari explicar com es mesuraran aquestes variables, amb quins aparells o quins instruments. En cas d'haver de fer servir instruments per mesurar qualitat de vida, dolor, o ansietat, per dir alguns exemples, cal assegurar-se que estiguin validats en la llengua i l'entorn on es volen fer servir. Per ajudar a buscar els instruments més adequats es pot consultar la web del *Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments COSMIN*,¹⁰ creada amb aquest objectiu. Per altra banda, al Banco de Instrumentos y metodologías en Salud Mental, iniciativa del CIBER en Salud Mental (<https://bi.cibersam.es>), es poden trobar gairebé tots els instruments validats en castellà relacionats amb la salut mental. I al BiblioPRO (<https://www.bibliopro.org/buscador/buscar.html>) es recullen els qüestionaris en castellà dels Resultats Percebuts pels Pacients (PRO, de les sigles en anglès de *Patient Reported Outcomes*), en relació amb la qualitat de vida i altres percepcions relacionades amb la salut. Aquesta web és una iniciativa conjunta del CIBER de Epidemiologia y Salud Pública i l'institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques.

Recollida de dades i fonts d'informació

Cal explicar l'origen de la informació de totes les variables. En estudis presencials ha de quedar clar quin serà el recorregut que seguiran els participants de l'estudi. Quines mesures se'ls hi farà, qui, amb què/com i a on. No ha de quedar cap interrogant d'on es traurà la informació de totes i cada una de les variables que es volen recollir: preguntant directament al participant?, consultant la seva història clínica? (sempre hi quan es tingui el consentiment per escrit), d'alguna altra font?

Anàlisis de dades

El propòsit d'aquest apartat és descriure quines seran les anàlisis estadístiques que es portaran a terme per tal de respondre els objectius de l'estudi. Cal ser el màxim específic possible. Amb l'objectiu de fer un resum i indicar el nom dels testos estadístics més comunament utilitzats en estudis epidemiològics, seguidament es mostra una taula, segons la naturalesa de la variable resposta (quantitativa contínua o qualitativa) i si les dades que s'analitzen estan o no correlacionades entre elles.

Taula 1

Variable Resposta	Les observacions són independents o estan correlacionades?		Alternatives per a dades esparses
	Independents	Correlacionades	
BINÀRIA O CATEGÒRICA (proporcions) (exemples: Diabetes mellitus, sí/no)	Diferència de riscos/ riscos relatius (taules 2 x 2)	Test de McNemar khi-quadrat (taules 2 x 2)	Test exacte de McNemar (alternativa al test de McNemar khi-quadrat per dades esparses)
	Test khi-quadrat (taules de files per columnes)	Regressió logística condicional (tècnica de regressió multivariada)	Test exacte de Fisher (alternativa a la khi-quadrat per dades esparses)
	Regressió logística (tècnica de regressió multivariada)	Equacions d'estimació generalitzada (tècnica de regressió multivariada)	
Variable Resposta	Les observacions són independents o estan correlacionades?		Alternatives si no es compleix l'assumpció de normalitat i si les mostres són petites
	Independents	Correlacionades	

CONTINUA (mitjanes) (exemples: concentració d'un paràmetre en sang, escala de dolor, funció cognitiva)	Test T (2 grups)	Test T per dades aparellades (2 grups o moments en el temps)	Estadística no paramètrica Test de la suma dels rangs de Wilcoxon (Alternativa al Test T) Test de Wilcoxon dels rangs amb signe (Alternativa al test T per dades aparellades)
	ANOVA (2 o més grups)	ANOVA per dades aparellades (2 o més grups o moments en el temps)	Test de Kruskal-Wallis (alternativa a l'ANOVA)
	Coefficient de correlació de Pearson (1 predictor continu)	Models mixtes/ Equacions d'estimació generalitzada (tècnica de regressió multivariada)	Coefficient de correlació per rangs de Spearman (alternativa al coefficients de correlació de Pearson)
	Regressió lineal (tècnica de regressió multivariada)		

Font: aquesta taula ha estat adaptada i traduïda al català de les originals creades per Kristin L.Sainani, Phd. Clinical Assistant Professor with Health Research and Policy, Stanford University, en el marc d'un curs impartit per ella *on line* titulat Statistics in Medicine

Consideracions ètiques

És un apartat essencial en qualsevol protocol d'investigació. Segons l'àmbit de la població d'estudi, s'haurà de presentar el projecte a un o d'altres comitès d'ètica. Per això, primer de tot cal saber quin comitè tutela l'entitat d'on provindran els participants de l'estudi. Cal recordar que si un projecte no és ètic, no serà possible realitzar-lo. Un cop el protocol hagi estat aprovat pel comitè d'ètica corresponent, es podrà començar a portar a terme l'estudi, en cap cas es pot començar abans.

En aquest apartat cal explicar quines normes ètiques i legals vigents es compliran, i cal detallar quines estratègies se seguiran per assegurar la confidencialitat de les dades. Quan el disseny d'estudi ho requereixi, és indispensable annexar el full d'informació al participant i el consentiment informat. Els comitès d'ètica de les diferents institucions de recerca generalment tenen publicades a les seves pàgines web les normes i legislacions que cal incloure en aquests documents, a més d'alguns exemples.

Limitacions de l'estudi

Qualsevol projecte de recerca té limitacions que el mateix equip investigador ha de conèixer molt bé. De vegades, poden venir donades pel tipus de disseny

d'estudi. En aquest apartat cal explicar-les i, al mateix temps, explicar com s'ha intentat minimitzar el seu impacte en el projecte que es vol tirar endavant. Si aquestes limitacions poden crear biaixos que afecten els resultats, caldria explicar com els afectaran.

9.3.1. Aspectes clau

Per elaborar la metodologia de la recerca cal descriure, pas per pas, què es farà, a qui, com i quan, amb una precisió que pugui ser reproduïda per un altre investigador a l'hora de replicar el mateix estudi.

Bibliografia

1. Almazán C, Espallargues M, Oliva G. Dissenys d'estudi en recerca clínic-epidemiològica. Part I: estudis descriptius. *Pediatr Catalana*. 2002; 62 (4): 196-205.
2. Espallargues M, Oliva G, Almazán C. Dissenys d'estudi en recerca clínic-epidemiològica. Part II: Estudis analítics experimentals i observacionals. *Pediatr Catalana*. 2002; 62 (5): 239-247.
3. Lazcano E, Salazar E, Hernández M. Estudios epidemiológicos de casos y controles. Fundamento teórico, variantes y aplicaciones. *Salud Publica Mex*. 2001; 43 (2): 135-150.
4. Lazcano EC, Fernández E, Salazar E, Hernández M. Estudios de cohorte. Metodología, sesgos y aplicación. *Salud Publica Mex*. 2000; 42 (3): 230-241.
5. Bhide A, Shah PS, Acharya G. A simplified guide to randomized controlled trials. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018; 97 (4): 380-387.
6. Elfil M, Negida A. Sampling methods in Clinical Research; an Educational Review. *Emerg (Tehran)*. 2017; 5 (1): e52.
7. García JA, Reding A, López JC. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investig en Ed Médica*. 2013; 2 (8): 217-224.
8. Marrugat J, Vila J. Calculadora de Grandària Mostral GRANMO [Internet]. Barcelona: IMIM; 2012. Disponible a: <https://www.imim.es/ofertadeserveis/software-public/granmo/>
9. Servizo Galego de Saúde. EPIDAT 4.2 [Internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2022. Disponible a: <https://www.sergas.es/Saude-publica/EPIDAT-4-2>
10. VUmc. Consensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments (COSMIN) [Internet]. Amsterdam: Amsterdam UMC. Disponible a: <https://www.cosmin.nl/>

9.4.

Anàlisi de dades quantitativa

JORDI BLANCH

9.4.1. Introducció

En el transcurs de les passades dècades, l'ús de la medicina basada en l'evidència ha esdevingut l'estàndard per a la presa de decisions sanitàries.¹ L'anàlisi de dades quantitativa mitjançant l'estadística és un dels seus pilars. L'estadística s'ocupa dels mètodes i processos per recollir, classificar, descriure i analitzar les dades.²

Dues de les branques de l'estadística són la descriptiva i la inferencial. L'estadística descriptiva té per objectiu presentar, organitzar i resumir les característiques de les dades.³ L'estadística inferencial té per objectiu generalitzar els resultats obtinguts a una població més gran.^{4,5}

9.4.2. Desenvolupament del tema

9.4.2.1. Estadística descriptiva

L'estadística descriptiva ens permet presentar les dades de forma precisa i comprensible. En els estudis, recollim diferent informació dels participants com l'edat, el pes, la pressió arterial, etc. De cada característica en diem *variable*. Es classifiquen segons:

- la seva relació amb els objectius: independents (causa, factors de risc, intervenció, exposició) o dependents (efecte, malaltia, resposta);
- si són modificables: actives (per exemple, hàbits alimentaris, ser fumador) o atributives (per exemple, sexe, edat);

- la seva naturalesa: qualitatives/categòriques i quantitatives. Les categòriques tenen valors no numèrics, com el sexe o l'especialitat d'infermeria. Cada valor que pot prendre s'anomena categoria. Les quantitatives prenen valors numèrics, com el nombre de visites a la infermera o el pes.

Cada variable s'ha de descriure segons la seva naturalesa. Per a les variables categòriques, calculem la freqüència absoluta o la relativa. Gràficament, les representem utilitzant un gràfic de barres o de sectors.

Les variables quantitatives es descriuen amb les mesures de tendència central i de dispersió. Les mesures de tendència central ens informen de la manera com les observacions es concentren al voltant d'un valor central com la mitjana, la mediana o la moda. Les mesures de dispersió ens indiquen el grau d'agrupació de les dades com la variància, la desviació estàndard, el rang interquartilic o el rang. Per a representar-les, utilitzarem els histogrames i els diagrames de caixa i bigotis.

9.4.2.2. Inferència estadística

En la majoria d'estudis no disposarem de tots els individus (població d'estudi), sinó només d'una part representativa (mostra). La inferència estadística ens permet generalitzar els resultats obtinguts en la mostra a la població d'estudi.

La *població d'estudi* és el conjunt de persones amb les característiques definides en els objectius de l'estudi. Si per la mida de la població és inviable convidar-los a tots, seleccionarem un subconjunt d'individus, anomenat *mostra*. Per a generalitzar els resultats, la mostra ha de ser representativa de la població d'estudi mitjançant els criteris de selecció i utilitzant les tècniques de mostreig adequades. Als elements de la mostra els anomenarem *individus*. El nombre d'individus de la mostra s'anomena mida de la mostra, representat per la lletra *n*.

Les estimacions calculades en una mostra s'anomenen *estadístics*. Estan relacionats amb els *paràmetres* de la població d'estudi, els valors reals desconeguts. Els estadístics segueixen una distribució estadística definida per un seguit de paràmetres. La inferència estadística ens permet calcular els intervals de confiança o fer un contrast d'hipòtesis a partir de la distribució estimada.

L'interval de confiança és un rang de valors al voltant d'un estadístic mostral en els quals se situarà el paràmetre poblacional amb una probabilitat determinada. Ens permeten conèixer:

- El rang plausible de valors per un paràmetre poblacional.
- La precisió: reflecteix la incertesa de l'observació. Quan la variabilitat és elevada, l'interval de confiança serà més ampli.

- Significació estadística: l'estimació serà diferent al valor nul si l'interval de confiança no creua el valor nul.

El contrast d'hipòtesis ens serveix per testar si l'efecte estimat és nul, sense efecte. Es comença fent l'assumpció que no hi haurà efecte (hipòtesis nul·la). L'objectiu és tenir suficient evidència per rebutjar la hipòtesis nul·la i acceptar l'alternativa (existeix un efecte). Per fer-ho calcularem un p-valor. El p-valor és la probabilitat, sota l'assumpció nul·la, que s'observi el valor estimat. Rebutjarem la hipòtesi nul·la si el p-valor és inferior al nivell de significació.

Al fer un contrast d'hipòtesis es poden cometre dos tipus d'errors. L'error tipus I o fals-positiu succeeix quan no acceptem la hipòtesi nul·la i aquesta és certa. L'error tipus II o fals-negatiu succeeix quan no rebutgem la hipòtesi nul·la i aquesta és falsa.

Moltes vegades ens centrem a decidir si l'estimació és estadísticament significativa encara que el seu efecte no sigui clínicament rellevant. A l'hora d'interpretar els resultats d'un estudi ens hem d'assegurar que els resultats siguin estadísticament significatius i que tenen una importància clínica suficient com per garantir canvis en les pràctiques.

9.4.3. Epidemiologia

L'epidemiologia estudia i analitza les causes i els factors de risc relacionats amb la salut i les malalties en humans. Quan estudiem una malaltia, volem saber la seva proporció dins de la població d'estudi, la raó entre malalts i no o la taxa de nous casos, etc.

Si volem conèixer la gent malalta en un moment determinat, utilitzarem la *prevalença*. Es defineix com la proporció d'individus amb un esdeveniment sobre el total de la població en un moment o període concret:

$$P = \frac{\text{nombre de casos}}{\text{Total de la població}}$$

S'expressa com un percentatge o en tant per mil si la malaltia és molt rara.

La incidència està relacionada amb els nous casos en un període de temps. Explica la velocitat en què es produeix el canvi. Els més comuns són la incidència acumulada i la taxa d'incidència.

La incidència acumulada és la proporció de nous casos durant un període concret:

$$IA = \frac{\text{nombre de nous casos}}{\text{Total de la població a risc a l'inici del seguiment}}$$

Generalment, es calcula en malalties de baix període de latència. S'interpreta com una probabilitat. El temps previst de seguiment és el mateix en tots els individus. Indica el risc mitjà d'una persona a desenvolupar la malaltia.

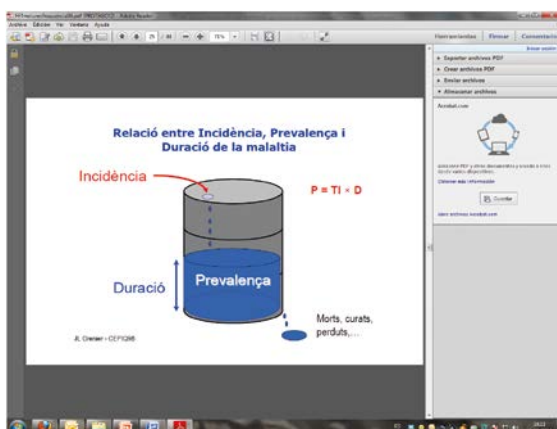
La taxa d'incidència calcula el nombre d'individus que desenvolupen una malaltia durant un període de temps determinat:

$$DI = \frac{\text{nombre de nous casos}}{\text{Suma dels períodes de temps a risc de cada individu}}$$

Generalment, es calcula en malalties cròniques i amb llargs períodes de latència. El rang de valors possibles va des de 0 a infinit. El denominador s'anomena *temps de risc*. Per a cada individu, el temps de risc és el temps que no té la malaltia i està en risc de contreure-la. És una mesura abstracta i la seva unitat de mesura és *persona-temps*.

Existeix una relació entre la prevalença, la incidència i la duració de la malaltia (vegeu figura 1). Ens hem d'imaginar la població com un bidó, la prevalença és el volum que ocupen les persones malaltes. La prevalença augmentarà o disminuirà al llarg del temps segons l'entrada de nous malalts (incidència), els curats i els morts. Així, l'altura del volum de la prevalença ens indicarà la durada de la malaltia.

Figura 1. Relació entre la incidència, prevalença i durada de la malaltia



Quan tenim una intervenció sobre una malaltia, ens interessa quantificar el seu efecte i sentit. Hem de recordar que associació no implica causalitat. Pot ser que els pacients en els grups siguin de partida diferent, se'ls hagi tractat diferent o que el registre sigui diferent. També pot ser que les diferències hagin passat per casualitat, un dels nostres objectius serà determinar si és el cas.

Els estudis que utilitzen mesures contínues, normalment, comparen la mitjana del resultat o la mitjana del canvi entre els grups. Si les mitjanes difereixen, suggereix que pot haver-hi diferències entre els grups. Una altra manera és dividir la diferència de les mitjanes per la desviació estàndard. S'anomena *diferència estandarditzada* i no té unitats. Ens permet comparar l'efecte de la intervenció en termes de la desviació estàndard i se sol utilitzar en revisions sistemàtiques.

Quan el resultat de la intervenció és una variable categòrica, comparem el risc entre els grups i solem resumir-ho en una taula (vegeu taula 1).

Taula 1. Relació entre esdeveniment i la intervenció (o exposició)

		Esdeveniment		
		Sí	No	
Intervenció (Exposició)	Sí	a	b	a + b
	No	c	d	c + d
		a + c	b + d	

El risc (R) de tenir l'esdeveniment en un grup és la proporció de gent que l'experimenta sobre el total del grup:

$$R_{Si} = \frac{a}{a + b}, R_{No} = \frac{c}{c + d}.$$

Podem comparar els dos grups calculant el risc relatiu (RR). El RR és la raó entre els riscos de cada grup:

$$RR = \frac{R_{Si}}{R_{No}} = \frac{\frac{a}{a + b}}{\frac{c}{c + d}} = \frac{a \cdot (c + d)}{c \cdot (a + b)}.$$

Si els dos grups tenen el mateix efecte, el RR serà 1. Si la intervenció redueix l'esdeveniment, el RR serà inferior a 1. En canvi, si augmenta, serà superior a 1.

Quan no és possible calcular el risc, haurem de calcular l'oportunitat (*odds* en anglès) de l'esdeveniment:

$$odds_{Si} = \frac{a}{b}, odds_{No} = \frac{c}{d}.$$

Representa la versemblança que un succés tingui lloc. Per comparar els dos grups calcularem la raó d'*odds* (OR, *odds ratio*) com:

$$OR = \frac{odds_{Si}}{odds_{No}} = \frac{\frac{a}{b}}{\frac{c}{d}} = \frac{a \cdot d}{c \cdot b}.$$

L'OR s'interpreta de la mateixa manera que el RR. Quan l'esdeveniment sigui rar (menys del 5 %), l'OR i el RR seran semblants.

El RR i el OR estimen l'efecte relatiu, no el benefici real. Quan interpretem el RR o l'OR necessitem tenir en compte com de freqüent és l'esdeveniment. Per quantificar com varia el risc tenim la reducció absoluta del risc (ARR, *absolute risk reduction*) i es calcula com:

$$ARR = R_{Si} - R_{No}.$$

El nombre necessari a tractar (NNT, *number needed to treat*) és una altra manera d'expressar l'efecte en assaigs clínics. Es calcula com:

$$NNT = \frac{1}{ARR} = \frac{1}{R_{Si} - R_{No}}.$$

El NNT ens informa del nombre de participants necessaris que hem d'intervenir per evitar un esdeveniment.

9.4.4. Aspectes clau

El pensament estadístic és fonamental en l'àmbit de la investigació biomèdica, inclosa la planificació de l'estudi, l'assignació de mostres, la descripció de dades, l'anàlisi i la interpretació de les dades. El que hem exposat són procediments que cal tenir en compte abans, durant i després del procés d'anàlisi per assegurar-se que les conclusions dels estudis són vàlides.

Bibliografia

1. Timmermans S, Mauck A. The promises and pitfalls of evidence-based medicine. *Health Aff (Millwood)*. 2005; 24 (1): 18-28.
2. Romeijn, JW. Philosophy of statistics. Stanford: Metaphysics Research Lab [Internet]. 2017. Disponible a: <https://plato.stanford.edu/entries/statistics/>
3. National Institute of Standards and Technology, Information Technology Library. NIST/SEMATECH e-Handbook of Statistical Methods. USA: NIST [Internet]; 2013. Disponible a: <https://www.itl.nist.gov/div898/handbook/tool aids/pff/index.htm>
4. Sheldon T. Statistics for evidence-based nursing. *EBN*. 2000; 3 (1): 4-6.
5. Sheldon TA. Estimating treatment effects: real or the result of chance? *EBN*. 2000; 3 (2): 36-39.

9.5.

Metodologia de Recerca Qualitativa

ANNA BERENGUERA, LAURA MEDINA

9.5.1. Introducció

La metodologia qualitativa té els seus orígens a les disciplines de ciències socials (antropologia, psicologia, sociologia), sobretot a partir de la meitat del segle xx. És una metodologia que permet una aproximació sistemàtica i subjectiva als fenòmens i contextos d'estudi. La recerca qualitativa té per objectiu entendre i interpretar les realitats d'una manera holística i en profunditat, a través de dades no numèriques (per exemple, dades narratives o visuals), per respondre preguntes relacionades amb «què», «com», «per què» i «per a què». A través de la recerca qualitativa busquem la comprensió dels fenòmens sense intenció de generalitzar els resultats de cada recerca, sinó que representin i tinguin sentit en el context social, cultural, polític i històric en què es porta a terme la recerca. Sovint, és una metodologia que comporta treballar amb la subjectivitat de les persones participants i investigadores. La recerca qualitativa té com a focus les experiències, percepcions, emocions, vivències, etc. de les persones, i hauria d'incloure processos de reflexivitat. És una metodologia flexible i circular, ja que el seu disseny permet una major adaptabilitat.^{1,2}

La metodologia qualitativa a les ciències de la salut i la salut pública es pot portar a terme com a model diferenciat o, en alguns casos, com a complementària o en combinació amb la metodologia quantitativa (metodologia mixta) (taula 1).

Taula 1. Rol de la recerca qualitativa a les ciències de la salut i la salut pública

La recerca qualitativa com a model diferenciat	La recerca qualitativa com a model complementari/combinat
Explorar pràctiques habituals a l'atenció sanitària	Comprendre l'acceptabilitat i efectivitat d'intervencions i programes sanitaris
Comprendre els comportaments, motivacions, experiències (etc.) de la població i professionals de la salut	Millorar la precisió i rellevància de la recerca quantitativa
Estudiar les percepcions sobre la qualitat i idoneïtat dels serveis i atenció sanitària	Identificar les variables adequades per al disseny de projectes de recerca quantitativa
Explorar la cultura organitzacional i canvis estructurals i de gestió	Explicar resultats inesperats i complexos
Avaluar projectes de recerca i iniciatives polítiques complexes relacionades amb la salut	Generar hipòtesis per a comprovar utilitzant la recerca quantitativa

Font: adaptada de Berenguera et al.¹ i Popay et al.³

9.5.2. Disseny d'estudis de metodologia qualitativa

9.5.2.1. Característiques del disseny en metodologia qualitativa

El disseny dels estudis en metodologia qualitativa es caracteritza per ser flexible, obert i canviant. Des de l'inici de la investigació les preguntes de recerca i els objectius són oberts i es poden anar concretant a mesura que el procés d'investigació avança. Una altra característica del disseny és que les diferents etapes són interactives. Per exemple, l'anàlisi de dades es pot iniciar mentre encara s'estan recollint dades. Aquest procés permet reflexionar sobre si s'estan responent les preguntes d'investigació. En cas contrari, es pot dur a terme una modificació en el procés de recollida de dades.

Enfocaments teòrics

En la metodologia qualitativa existeixen diferents enfocaments teòrics: la fenomenologia, l'hermenèutica, l'interaccionisme, el socioconstructivisme, la perspectiva crítica, etc. Cada enfocament representa l'apropament teoricofilosòfic que escull l'equip investigador per apropiarse al coneixement i a l'objecte (tema) d'estudi.^{1,3}

Les característiques del disseny mostral

Les característiques del mostreig són les següents:

- Intencionat i raonat: es busquen aquelles unitats de mostreig (contextos, persones, processos, activitats, etc.) que millor responguin a les preguntes d'investigació.
- Acumulatiu i seqüencial fins a obtenir la informació necessària que ens permet respondre a les nostres preguntes d'investigació. La mostra és suficient quan la informació ha arribat a la saturació, és a dir, quan les dades són redundants i no aporten idees noves.
- Flexible, circular i reflexiu. Les decisions mostrals inicials poden modificar-se a raó de la reflexió de l'equip investigador amb la finalitat d'obtenir unitats de mostreig que aportin una informació rica, profunda i completa.^{1,4}

9.5.3. Tècniques de recollida de dades

Les tècniques de recollida de dades són les eines i procediments que ens permeten obtenir dades. L'elecció de la utilització d'una o més tècniques de recollida de dades vindrà determinada pels objectius i disseny de la recerca. Independentment de la tècnica que s'apliqui és essencial que el procés de recollida de dades es caracteritzi per tenir una base de respecte i confiança entre les persones participants i l'equip investigador.^{1,2} En recerca qualitativa podem dividir aquestes tècniques en:

1. conversacionals,
2. observacionals,
3. documentals, i
4. visuals.¹

Les tècniques conversacionals són aquelles que se centren a recollir dades narratives a través del diàleg i l'observació del context. Aquestes són les tècniques més utilitzades en la recerca qualitativa en salut. Hi ha diferents tècniques conversacionals, les que realitzem amb una única persona participant (entrevistes individuals) i en què hi participen més d'una persona (grups de discussió, grups focals, entrevistes triangulars). Les característiques de les diferents tècniques conversacionals, així com els seus punts forts es troben a la taula 2.

Taula 2. Característiques i punts forts de les tècniques conversacionals

Tècnica conversacional	Característiques	Punts forts
Entrevista individual	Diàleg que s'estableix entre una persona participant i l'equip de recerca.	• Potencia conèixer l'experiència i discurs individual • Limita la influència i pressió de grup • Permet un entorn més adequat per a tractar temàtiques sensibles o complexes • Útils quan hi ha dispersió geogràfica entre les persones participants
Grup de discussió	Diàleg que s'estableix entre un grup de participants (entre 6 i 12, habitualment) i l'equip investigador. Els grups de discussió són flexibles i oberts.	• Potencia conèixer l'experiència i discurs grupal • Genera interaccions i dinàmiques grupals • Pot potenciar la participació en temàtiques i grups de població concrets
Grup focal	Diàleg que s'estableix entre un grup de participants (entre 6 i 12, habitualment) i l'equip investigador. Els objectius del grup focal són més concrets i les interaccions més guiades.	• Potencia conèixer com l'experiència i discurs individual i grupal poden aportar a un objectiu concret • Genera interaccions i dinàmiques grupals • Proporciona espais de cocreació

Tècnica conversacional	Característiques	Punts forts
Entrevista triangular	Diàleg que s'estableix entre dos o tres participants i l'equip de recerca. Normalment les entrevistes són individualitzades i dirigides.	• Establiment d'interaccions i dinàmiques de grup • El grup reduït genera més proximitat entre les persones participants i l'equip de recerca

Tal i com indica el seu nom, les **tècniques observacionals** són aquelles que tenen com a punt central l'observació sistemàtica d'un fenomen o situació. Hi ha diferents tècniques observacionals depenent del nivell de participació de l'equip investigador, de la informació que es comparteix (o no) amb les persones participants sobre la mateixa observació i el seu objectiu, entre d'altres paràmetres. Per últim, les **tècniques documentals i visuals** permeten recollir dades de produccions escrites (per exemple, històries clíniques, polítiques públiques, xarxes socials, diaris personals, etc.) i visuals (per exemple, fotografies, vídeos, etc.). Per a més informació sobre les tècniques de recollida de dades podeu consultar el capítol 5 de Berenguera et al.¹

9.5.4. Anàlisi de dades

La majoria d'estudis qualitatius proporcionen una gran quantitat de dades narratives (discursos) que es poden presentar en diferents formats, com poden ser un text, fotos, gravacions. El procés d'anàlisi consisteix a ordenar, estructurar i donar significat a la informació obtinguda. A partir de l'estudi i la interpretació del llenguatge, les dades crues es transformen en informacions útils. Les principals característiques del procés d'anàlisi són les següents: sistemàtic, rigorós, obert, dinàmic, creatiu, complex i les diferents fases estan relacionades entre elles.

Existeixen diferents tipus d'anàlisi però en aquest capítol ens centrarem en l'anàlisi del contingut temàtic. Aquest tipus d'anàlisi emfatitza en el sentit del text i a descriure i interpretar el contingut temàtic de les dades. A continuació, descrivim en la taula 3 les fases de l'anàlisi de contingut temàtic.¹

Taula 3. Fases de l'anàlisi del contingut temàtic

Fase	Contingut de la fase
Fase de preparació del text a treballar	Realització de la transcripció literal i sistemàtica de les dades. Agrupar tota la informació obtinguda amb les diferents tècniques i preparar les dades
Preparació del text per treballar	Elaboració d'un catàleg de temes. Confeccionar una sinopsi de les dades individuals i fer un text únic.
Fase de descobriment o preanàlisi	• Lectura detinguda i repetida dels textos fins a estar totalment familiaritzades amb ells. • Escriure les intuïcions preanalítiques. • Elaboració d'una llista de temes del text. • Dissenyar un esquema provisional de classificació dels temes.
Fase d'anàlisi	• Creació de citacions i codificar-les: Consisteix a buscar i identificar segments del text que tinguin relació amb l'objectiu de l'estudi. • Codificar significa etiquetar una citació amb una paraula relacionada amb el text. • Els segments de citació que estiguin relacionats s'etiqueten amb el mateix codi. • Elaborar categories: és el procés d'agrupació per analogia dels codis amb el mateix tema. El nom de la categoria ja és interpretat per l'equip investigador. • Agrupar categories en categories superiors: és el procés de definir diferents nivells en funció del grau d'interpretació. • Segmentar el text per categories: és el moment d'analitzar minuciosament cadascuna de les categories. • Crear un marc explicatiu: una vegada analitzada cada categoria es tracta d'establir relacions entre elles permetent finalment un marc explicatiu.
Fase de relativització, verificació i contrast de les troballes i creació del marc explicatiu	Aquesta fase consisteix a contrastar les troballes de l'anàlisi de les dades originals i comprovar que, malgrat les transformacions que s'han realitzat durant l'anàlisi, els resultats parteixen del corpus textual. En funció del resultat d'aquesta fase caldrà reformular i reelaborar el marc explicatiu.

Fase	Contingut de la fase
Fase d'anàlisi	• Creació de citacions i codificar-les: Consisteix a buscar i identificar segments del text que tinguin relació amb l'objectiu de l'estudi. • Codificar significa etiquetar una citació amb una paraula relacionada amb el text. • Els segments de citació que estiguin relacionats s'etiqueten amb el mateix codi. • Elaborar categories: és el procés d'agrupació per analogia dels codis amb el mateix tema. El nom de la categoria ja és interpretat per l'equip investigador. • Agrupar categories en categories superiors: és el procés de definir diferents nivells en funció del grau d'interpretació. • Segmentar el text per categories: és el moment d'analitzar minuciosament cadascuna de les categories. • Crear un marc explicatiu: una vegada analitzada cada categoria es tracta d'establir relacions entre elles permetent finalment un marc explicatiu.
Fase de relativització, verificació i contrast de les troballes i creació del marc explicatiu	Aquesta fase consisteix a contrastar les troballes de l'anàlisi de les dades originals i comprovar que, malgrat les transformacions que s'han realitzat durant l'anàlisi, els resultats parteixen del corpus textual. En funció del resultat d'aquesta fase caldrà reformular i reelaborar el marc explicatiu.

Font: adaptada de Berenguera et al.¹

Existeixen altres tipus d'anàlisi com l'anàlisi del discurs.¹ S'han desenvolupat programes informàtics generals i especialitzats com a suport del procés d'anàlisi qualitativa, especialment útils per les tasques d'organitzar les dades, preparar el text i establir categories.

9.5.5. Criteris de rigor i qualitat

La qualitat de la recerca ha estat tradicionalment mesurada en base a la validesa i la fiabilitat.² Tot i així, aquests paràmetres no són els adequats per valorar el rigor i la qualitat de la recerca qualitativa.^{2,5-9} En canvi, és necessari tenir en compte criteris alternatius i específicament elaborats per a la recerca qualitativa.¹ Diverses autores i autors han elaborat criteris de rigor i qualitat.⁵⁻⁹ En aquest

manual es descriuen els criteris segons Egon Guba i Yvonna Lincoln,^{5,6} que es poden trobar a la taula 4. Per més informació podeu consultar Berenguera et al.¹

Taula 4. Descripció i tècniques per aplicar els criteris de rigor i qualitat de Guba (1985)⁵ i Guba et al. (1994)⁶

Criteri	Descripció	Aplicabilitat
Credibilitat	Grau en què els resultats reflecteixen les realitats o fenòmens estudiats (validació interna)	Discussions regulars del procés de recerca per l'equip investigador Triangulació de metodologies i mètodes (utilització de diferents metodologies i mètodes per a l'obtenció de dades), tècniques de recollida de dades (recollida de dades a través de tècniques diferents) i a l'anàlisi de dades (anàlisi de dades portada a terme i discutida entre diferents persones investigadores)
Transferibilitat	Grau d'aplicabilitat dels resultats de la recerca a altres contextos o escenaris (validació externa)	Descripció acurada de tot el procés de recerca Descripció i contextualització social de l'estudi de recerca Indicadors d'impacte
Consistència	Estabilitat en els resultats en cas de portar a terme un procés de recerca similar	Triangulació de metodologies i mètodes, tècniques de recollida de dades i l'anàlisi de dades
Confirmabilitat	Grau en que els resultats, interpretacions i recomanacions resulten de les dades	Transparència sobre la posició teoricofilosòfica de l'equip de recerca Compromís sobre la (inevitable) influència de la subjectivitat en la recerca. Exercicis de reflexivitat durant el procés de recerca

Font: adaptada de Loh¹⁰

A part de criteris de rigor i qualitat específics s'han elaborat llistes de verificació de la qualitat d'estudis qualitius per preparar publicacions científiques, com la Critical Appraisals Skills Programme (CASP) per recerca qualitativa (<https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>) i la Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ).¹¹

9.5.6. Aspectes clau

La recerca qualitativa entén i interpreta les realitats d'una manera holística i en profunditat, a través de dades no numèriques:

- La mostra és intencionada, raonada i no probabilística.
- El procés d'anàlisi consisteix a ordenar, estructurar, comparar i donar significat a la informació obtinguda.
- El rigor i la qualitat de la recerca qualitativa es valoren a partir de criteris específics.

Bibliografia recomanada

Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. Eur J Gen Pract. 2018; 24 (1): 9-18. DOI: 10.1080/13814788.2017.1375091

Bibliografia

1. Berenguera A, Fernández MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S et al. To Listen, To Observe and To Understand. Bringing Back Narrative into the Health Sciences. Contributions of Qualitative Research. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2017.
2. Bryman A. Social Research Methods. 5a edició. Oxford: Oxford University Press; 2015.
3. Popay J, Williams G. Qualitative research and evidence-based healthcare. JR Soc Med. 1998; 91(S35): 32-37.
4. Reeves S, Albert M, Kuper A, Hodges BD. Why use theories in qualitative research? BMJ. 2008; 337: a949.
5. Guba EG. The context of emergent paradigm research. A: Lincoln YS editor. Organization Theory and Inquiry: The Paradigm Revolution. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1985. p. 79-104.

6. Guba EG, Lincoln YS. Competing Paradigms in Qualitative Research. A: Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1994. p. 105-117.
7. Yardley L. Dilemmas in qualitative health research. Psychol Health. 2000; 15(2): 215-228.
8. Yardley L. Demonstrating Validity in Qualitative Psychology. A: Smith JA. Qualitative Psychology: A practical guide to research methods. 3a edició. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2015.
9. Yardley L. Demonstrating the validity of qualitative research. J Posit Psychol. 2017;12 (3): 295-296.
10. Loh J. Inquiry into Issues of Trustworthiness and Quality in Narrative Studies: A Perspective. Qual Rep. 2013; 18 (33): 1-15.
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007; 19 (6): 349-357.

9.6.

Redacció d'un projecte de recerca: Protocol de recerca

RAFAEL RAMOS

9.6.1. Introducció

Un protocol de recerca és un document on es descriu tot el procés de planificació d'una investigació, incloent-hi la concepció i justificació de la idea i tots els detalls de la seva execució; els aspectes metodològics, la factibilitat i l'ètica.¹⁻⁴ Així doncs, el protocol de recerca tindrà tres finalitats fonamentals. La primera és transformar la idea de la investigació en un pla operatiu on es defineixen els seus. Aquest procediment obliga el personal que investiga a descriure el procés de la recerca amb especificitat, concreció i detall i, per tant, contribueix enormement a la maduració de la idea i al consens de cada un dels aspectes rellevants entre els responsables de l'estudi. La segona finalitat és servir com a document guia per a tothom que participarà en l'execució del projecte. La tercera utilitat del protocol és servir de document per poder demanar recursos i suport econòmic als diferents organismes de finançament i per poder presentar el projecte als comitès d'ètica i organismes reguladors, si és el cas.

9.6.2. El protocol de recerca, un document estructurat

Un protocol de recerca és un document estructurat i, en general, s'inclouran els apartats que s'indiquen a la figura 1. Tot i això, cal tenir en compte que pot haver projectes amb característiques particulars (projectes de gestió/organització, projectes bàsics de laboratori, etc.) que puguin tenir una estructura diferent i caldria adaptar aquesta estructura general al tipus de projecte. A més, pot haver

variacions en l'estructura i apartats del protocol, en funció de la convocatòria a la qual es dirigeixi.

La redacció del treball ha de tenir cura de l'estructura i ordre, la fluïdesa de lectura, així com la correcta utilització del llenguatge específic.^{2,3}

Els gràfics i taules que vagin intercalats en el text han d'incloure un títol que els identifiqui correctament i han de ser autoexplicatius. En cas que siguin extrets d'una font externa, s'ha de citar aquesta font, tot respectant els drets d'autoria.

Figura 1. Apartats comuns en l'estructura d'un protocol

Apartats comuns:

- Índex
- Resum
- Introducció/Justificació
- Objectius i hipòtesis
- Metodologia
- Aspectes ètics
- Limitacions de l'estudi
- Pla de treball i cronograma
- Pressupost
- Bibliografia (també pot ser després de la introducció)

9.6.2.1. Índex

L'índex és un element important per posar ordre al projecte i permet identificar amb facilitat els diferents apartats. Normalment es dissenya a l'inici del protocol i serveix com a guia per estructurar-lo i anar completant cada apartat. Conté tots els apartats que té el projecte, amb l'assignació del número de pàgina on es troba.

9.6.2.2. Resum

Es recomana que tingui una extensió màxima de 300 paraules. Es presentarà una sinopsi del projecte escrivint breument els antecedents, rellevància i justificació de la investigació, els objectius plantejats, la metodologia proposada per a la realització i les tècniques d'anàlisi, així com els resultats que es pretenen

obtenir. No ha de contenir citacions bibliogràfiques ni abreviatures. És una part important del projecte, ja que és el primer contacte amb els possibles avaluadors.

9.6.2.3. Introducció / Justificació

La introducció o justificació és un element fonamental en un protocol, és la seva porta d'entrada. Els elements clau en una introducció són situar al lector en el context teòric del projecte, revisar la informació existent sobre el tema i justificar la seva rellevància. Per tant, pot incloure el marc teòric, els antecedents, i la justificació. Alguns autors prefereixen dividir en aquests apartats, tot i que també es podrà conjuntar la informació en un de sol.

El marc teòric és la recopilació de totes les teories que fonamenten el projecte basant-se en el plantejament del problema.

Als antecedents es defineix el tema d'estudi i es descriuen clarament els aspectes que es proposen conèixer, provar o resoldre mitjançant la investigació. Han d'estar orientats a l'objectiu de l'estudi i, per tant, han de justificar la variable d'estudi (independent), la variable dependent i la població. Cal que s'identifiqui clarament el buit de coneixement en relació amb el tema plantejat.

La justificació és summament important, ja que permet argumentar la rellevància de la investigació i especular els resultats i les conclusions que se n'esperen, així com determinar-ne la viabilitat en el curt, mitjà i llarg termini. Es podran incloure raons científiques, ètiques, polítiques, administratives i altres. Valorar la rellevància de l'estudi amb relació a si la seva execució pot suposar un avenç en el coneixement científic o la pràctica clínica.

Cal que tingui una estructura adequada, ordenada i basada en referències bibliogràfiques prou àmplies per donar un marc teòric apropiat que justifiqui l'estudi proposat. Les referències citades han d'incloure aquelles més rellevants que s'hagin publicat.

9.6.2.4. Objectius i hipòtesis

Els objectius han d'estar expressats amb claredat, sense ambigüitats. És important que estiguin justificats i siguin congruents amb la introducció o justificació.

També és important que siguin rellevants, realistes i factibles considerant el temps i els recursos disponibles. En la seva redacció els objectius han d'incloure la variable independent (pot existir una variable de comparació en determinats tipus d'estudis), la variable dependent i la població d'estudi.

9.6.2.5. Bibliografia

Les referències bibliogràfiques són correctament expressades (considerant com a correcte qualsevol dels estils de citació acadèmics). S'accepta qualsevol dels formats de citació normalitzats.⁵

9.6.2.6. Metodologia

Cal ajustar la metodologia emprada, el disseny, als objectius plantejats, definir correctament la població d'estudi, un càlcul de mida de la mostra, així com el mètode per seleccionar-la. Descriure correctament les variables d'estudi, el pla d'anàlisi estadística, els aspectes ètics i les limitacions de l'estudi. Els mètodes de recerca es descriuen amb més detall a l'apartat següent.

9.6.3. Aspectes ètics

Tot i que la recerca és indispensable per avançar en la ciència, cal dur-la a terme respectant els principis ètics i les normatives i lleis vigents.^{6,7} Els principis ètics fonamentals inclouen el principi de no maleficència i beneficència, que marca que intenta afavorir els subjectes d'investigació i no produeix danys, ja que la protecció de la persona és més important que la recerca del coneixement, el principi d'autonomia que és la capacitat d'una persona per decidir per si mateixa (inclou confidencialitat i l'avaluació de la necessitat de consentiment informat) i el principi de justícia, que consisteix a distribuir equitativament els beneficis i riscos de la investigació entre els possibles participants.

9.6.4. Limitacions de l'estudi

Una investigació, per diferents motius relacionats amb el seu disseny o les condicions reals de les circumstàncies en què es desenvolupa, sol presentar limitacions. Les limitacions poden estar relacionades amb la selecció de la mostra, la mida, les variables que no s'han recollit o no s'han controlat i molts altres possibles aspectes que l'investigador haurà de detectar i especificar en aquest apartat. Les limitacions s'han d'identificar, quantificar el seu impacte i descriure les mesures que es plantegen per minimitzar-les.

9.6.5. Pla de treball amb cronograma i equip d'investigació

En aquests apartats es justifica fonamentalment la factibilitat del projecte que és també un dels aspectes més importants del protocol.

La descripció de l'equip d'investigació ha d'incloure en el *know how* del grup la seva multidisciplinarietat, l'experiència prèvia en projectes sobre el mateix tema i els mitjans disponibles (humans i materials) per afrontar amb èxit el projecte.

Cal fer un pla de treball on s'identifiquin les tasques i activitats necessàries per executar el projecte, els seus responsables i la temporalitat. Les tasques habituals en un projecte inclouen aspectes relacionats amb la seva organització i coordinació, l'adquisició i obtenció del material i les contractacions necessàries per dur a terme l'estudi, l'obtenció de la informació de l'estudi (reclutament de participants i recollida de variables), l'anàlisi de les dades i la difusió i publicació dels resultats. Per resumir aquests aspectes es recomana la realització d'un cronograma (vegeu l'exemple a la taula 1).

Taula 1. Exemple de pla de treball

Investigadors: XX (RR), XX (PS), XX (AP), XX (RM), XX (JJ), XX (FC), XX (CC), XX (EB), XX (MG)													
TASQUES	2021				2022				2023				Investigadors Responsables
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Coordinació. Reunions presencials													RR, RM, JJ
Coordinació. Reunions telemàtiques													Tots els investigadors
Inici projecte pilot													RM, JJ
Reclutament de la cohort													RR, RM, PS, JJ, CC, FC, EB
Seguiment de la cohort													RR, RM, EB, PS, JJ, CC, FC
Control de qualitat													RR, RM, JJ

Investigadors: XX (RR), XX (PS), XX (AP), XX (RM), XX (JJ), XX (FC), XX (CC), XX (EB), XX (MG)													
TASQUES	2021				2022				2023				Investigadors Responsables
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Anàlisi dels resultats													MG, RR, RM, EB
Publicació dels articles													Tots els investigadors

9.6.6. Pressupost

En el pressupost es demana que s’identifiquin les despeses pròpies del projecte, s’estructurin en partides i que es faci una aproximació de la magnitud del cost. Sempre cal seguir les directrius específiques que poden proporcionar a les convocatòries de finançament. Normalment s’identifiquen tres apartats rellevants: despeses de personal, costos en béns (inventariables i fungibles) i serveis i, finalment, despeses de viatges i dietes. És fonamental en aquest apartat justificar de manera adequada la necessitat d’aquestes despeses.

9.6.7. Aspectes clau

L’elaboració d’un projecte de recerca és fonamental per optar a qualsevol tipus de finançament. És fonamental que es condensi la idea del que es vol investigar i es descriguin, pas a pas, tots els apartats, tot seguint l’ordre de la recerca que ens plantegem dur a terme.

Bibliografia

1. Sherina MS. How to write a research proposal? The Family Physician. 2005; 13 (3): 30-32.

2. López D, Fraga VA, Rosas MC, Castro GA, Thompson MR. Cómo redactar proyectos de investigación. Rev Esp Méd Quir. 2013; 18: 331-338.

3. Bando K, Sato T. Did you write a protocol before starting your project? Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2015; 63 (2): 71-77.

9.6. REDACCIÓ D'UN PROJECTE DE RECERCA [...]

4. Mbuagbaw L, Lawson DO, Puljak L, Allison DB, Thabane L. A tutorial on methodological studies: the what, when, how and why. BMC Med Res Methodol. 2020; 20 (1): 226.
5. US National Library of Medicine. Recommendations for the conduct, reporting, editing and publication of scholarly work in medical journals: sample references [Internet]. International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE); 2021. Disponible a: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html
6. Mallia P. WASP (Write a Scientific Paper): Ethics approval for a research study (2). Early Hum Dev. 2018; 124: 49-51.
7. World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 2013; 310 (20): 2191-2194.

9.7.

Divulgació de resultats de recerca

RAFAEL MARCOS, ARANTZA SANVISENS

9.7.1. Introducció

Donar a conèixer els resultats dels estudis científics que es desenvolupen en els centres d'investigació ha estat sempre una fita important per a qualsevol grup de recerca de l'àmbit de la salut. No obstant això, tant la forma de donar a conèixer aquests resultats com el públic a qui van dirigits han canviat substancialment en els darrers anys.

La pràctica universalitat en l'accés a internet i l'aparició de les xarxes socials i la tecnologia mòbil han comportat que la societat sigui cada vegada més exigent a l'hora d'accedir a la informació, tant en termes d'immediateza com en termes de diversitat d'informació i canals de comunicació. Segons la darrera Enquesta de Percepció Social de la Ciència i la Tecnologia que publica de forma bianual la Fundació Espanyola de Ciència i Tecnologia (FECYT), internet ha esdevingut la principal font d'informació científica per als menors de 35 anys i un 65 % de la població l'utilitza per obtenir informació d'aquest tipus.¹

Les activitats divulgatives relacionades amb la recerca científica s'han transformat i diversificat de manera que han passat d'estar dirigides exclusivament a la comunitat científica a arribar a múltiples àmbits de la societat a través de mitjans de comunicació o xarxes socials. En aquest sentit, els principals organismes públics d'investigació nacionals i internacionals promouen accions divulgatives entorn del món científic per tal d'incrementar la visibilitat dels resultats de recerca i reforçar els vincles entre la ciència i la societat. A més, existeix una nova tendència científica i social anomenada «Ciència ciutadana», que fomenta el diàleg bidireccional entre els investigadors i la població mitjançant la implicació i participació de la ciutadania en el procés científic.² En l'àmbit de la salut, el

vincle entre recerca i societat es fa especialment important ja que cal conèixer quina és la percepció de la població general i fer arribar missatges fiables i inequívocs a aquella part de la ciutadania afectada per les diferents malalties.

Aquest canvi de paradigma en la divulgació de la recerca ha posat de manifest la necessitat de professionals de la comunicació científica, però també la necessitat que els equips investigadors dediquin esforços a transformar els seus resultats en missatges dirigits als diferents tipus de públic i amb el llenguatge adequat en cada situació. En aquest capítol s'exposen les principals formes de divulgació dels resultats de recerca en funció del destinatari.

9.7.2. Comunitat científica i universitària

La forma més habitual de comunicar els resultats dels projectes científics és a través d'articles publicats en revistes especialitzades i comunicacions en congressos o reunions professionals, tant en format oral com escrit o pòster. Els resultats de recerca també se solen comunicar mitjançant documents que s'elaboren en l'àmbit educatiu, com ara treballs de final de grau o màster i tesis doctorals. Tot i que aquestes són les formes clàssiques de divulgació de la comunitat científica i universitària, els canals de comunicació han sofert una important transformació, tal i com anirem veient al llarg d'aquest capítol.

El llenguatge científic té unes característiques molt concretes. Es tracta d'un llenguatge objectiu, neutre, tècnic, rigorós, precís i sense ambigüitats. En un escrit científic no s'utilitza el llenguatge col·loquial ni s'accepten metàfores o d'altres figures literàries. Generalment s'escriu en tercera persona i sovint amb veu passiva. A més, atès que normalment es disposa d'un espai o temps limitat per la difusió, és necessari relatar de forma breu, clara i consistent, però sense donar res per sobreentès.

9.7.2.1. Article científic

L'article científic publicat en una revista especialitzada és, per excel·lència, la forma més rellevant per difondre els resultats dels estudis, especialment si es tracta de revistes d'impacte reconegut i indexades en les principals bases de dades bibliogràfiques, com per exemple *PubMed*, *Web of Science*, *Google Scholar* o *Scopus* en l'àmbit de les ciències de la salut. Existeixen índexs bibliomètrics que mesuren la qualitat i rellevància d'una revista; els més reconeguts històricament són els que es publiquen de forma anual a *Journal Citation Reports*, entre els quals el factor d'impacte i el quartil en què està situada la revista dins la seva categoria o àrea de coneixement. No obstant això, es disposa d'altres índexs

que mesuren la qualitat de les revistes, com per exemple *Scimago Journal Rank* o els que ofereix el portal de difusió *Dialnet*.

Els darrers anys s'han estat potenciant les polítiques d'accés obert a la informació científica. En aquest sentit, hi ha cada vegada més revistes que ofereixen el seu contingut de forma gratuïta, tot i que el cost de la publicació recau en els autors. La publicació científica en accés obert permet una major difusió dels resultats, ja que fa que aquesta informació sigui més accessible i això repercuteix directament en l'impacte i la visibilitat de la recerca. De fet, moltes revistes que pertanyen a importants grups editorials faciliten eines i tutorials per als autors per tal de promoure la difusió dels articles. Publicar en revistes d'accés obert no implica menys qualitat, si bé cal tenir present que hi ha un gruix de revistes d'accés obert anomenades «depredadores» que no compleixen amb els estàndards qualitatius.

Existeixen diferents tipologies d'escrit dins una revista, com ara els articles originals, en els que es descriuen els resultats primaris d'un projecte, objectiu científic, treball experimental, etc., les revisions sistemàtiques de la literatura, les metaanàlisis, els casos clínics, les editorials o les cartes a l'editor, entre d'altres. Cada revista disposa de les seves normes específiques per publicar articles, si bé tenen una estructura comuna. En el cas d'un article original, la seva estructura està ben diferenciada i consta de les següents parts: un resum del contingut de l'article (*abstract*), una introducció per situar la temàtica de l'estudi, l'apartat de metodologia on es detalla el disseny de l'estudi i les eines i sistemes utilitzats per dur-lo a terme, una descripció dels principals resultats generalment acompanyada de taules i figures, la discussió sobre resultats més rellevants on s'inclouen les principals limitacions de l'estudi, conclusions finals i referències bibliogràfiques. Els articles originals que es publiquen en revistes d'impacte habitualment són revisats per parells, és a dir, són sotmesos a un procés d'avaluació rigorosa per part d'experts en el tema, amb la finalitat de garantir la validesa i consistència dels resultats que es pretenen publicar.

Tradicionalment, els articles científics s'han valorat a partir del prestigi de la revista on estan publicats i també pel nombre de citacions rebudes, si bé aquest darrer indicador és lent d'establir i requereix d'un temps considerable per determinar l'impacte d'un article. Darrerament han aparegut nous índexs que avaluen l'impacte dels articles d'una forma alternativa i que tenen en compte les noves vies de comunicació i l'entorn tecnològic actual. Aquestes mesures més contemporànies i que s'obtenen en temps real inclouen, per exemple, el nombre de descàrregues de l'article, la quantitat de vegades que un article s'ha marcat com a favorit o s'ha inclòs en un gestor de referències bibliogràfiques (Zotero, Mendeley, etc.), o el nombre d'interaccions a les xarxes socials (Twitter, Facebook, Google +, etc), entre d'altres. *Plum Analytics* (*PlumX Metrics*), *Altmetrics* o *Impactstory* són algunes de les eines que s'utilitzen per

obtenir els índexs que mesuren l'interès i repercussió dels articles científics en la societat de la informació,³ i ho fan sobre la base d'un identificador únic de la publicació, com el DOI (*Digital Object Identifier*) o el PMID (*PubMed Identifier*).

9.7.2.2. Comunicacions a congressos o reunions científiques especialitzades

Les comunicacions en congressos, ponències, taules rodones o altres formats de reunió especialitzada on s'exposen els resultats de la recerca de forma oral o en format pòster són un canal habitual de divulgació científica per a un públic generalment expert en el tema. Es tracta de comunicacions amb una difusió limitada en el sentit que es dirigeix, gairebé en exclusiva, al públic assistent.

Aquests tipus de comunicacions s'esdevenen per invitació per part d'un comitè organitzador o bé mitjançant un procés de selecció i avaluació per part d'un comitè científic. En el cas de les comunicacions orals, generalment van acompanyades d'un suport audiovisual (diapositives) que facilita l'exposició dels resultats. En aquests tipus d'exposicions segueix essent important la utilització del llenguatge científic, tant en el discurs com en el suport audiovisual, si bé hi ha cabuda per una comunicació lingüística més distesa. L'elaboració del material audiovisual de suport és molt important i hi ha diversos aspectes a considerar: es recomana que les diapositives siguin entenedores per si mateixes, que no estiguin excessivament carregades de text, que la mida del text sigui l'adequada per llegir des de qualsevol punt de l'auditori i que la combinació de colors que s'utilitzi no dificulti la lectura.

En els congressos o reunions científiques especialitzades també s'inclouen les comunicacions tipus pòster, on s'exposen els resultats per escrit i en un format més gràfic. Aquesta opció permet a l'investigador divulgar i discutir els seus resultats amb els professionals assistents a l'esdeveniment.

9.7.2.3. Tesis doctorals i treballs de recerca

En l'àmbit més acadèmic, la divulgació dels resultats de la recerca s'acostuma a fer a través de les tesis doctorals i treballs de fi de grau o màster. L'estructura d'aquests documents és molt semblant a la d'un article original, si bé la finalitat principal del document és l'obtenció d'un títol. De fet, cada vegada és més habitual que les tesis doctorals es presentin en base a articles ja publicats en revistes especialitzades, el que s'anomena «tesis per articles o compendi de

publicacions». Des de fa aproximadament dues dècades existeix un repositori cooperatiu anomenat Tesis Doctorals en Xarxa (TDX), que conté tesis doctorals dirigides en les universitats de Catalunya i altres comunitats autònomes i que permet el lliure accés al seu contingut en format digital.

9.7.2.4. Xarxes socials acadèmiques

Actualment, existeixen xarxes socials especialitzades que han esdevingut un nou canal de comunicació entre els membres de la comunitat científica i que serveixen alhora per fer difusió dels resultats dels projectes de recerca.⁴ Xarxes com *Academia*, *Mendeley* o *Researchgate* faciliten la connexió i comunicació entre investigadors a través de la creació d'un perfil d'autor mitjançant el qual es poden compartir coneixements, experiència, resultats i publicacions en relació amb les temàtiques d'interès de cadascú, a més d'obtenir indicadors d'impacte sobre l'activitat científica pròpia.

9.7.3. Població general / Ciutadania

Com ja s'ha dit anteriorment, la nova estructura comunicativa actual, sobrevinguda pels avenços tecnològics de les darreres dècades, ha fet incorporar la ciutadania com un ens participatiu en la cultura científica. A més, la capacitat d'interacció que proporcionen les noves tecnologies, promou que els mateixos investigadors vulguin fer-se visibles i estar presents en els nous canals de comunicació mostrant la seva activitat a la població en general. En aquest sentit, s'ha anat incrementant exponencialment la necessitat de fer difusió dels resultats científics més enllà de l'àmbit professional i la de conquerir nou públic a través del món digital.

En aquest context, el llenguatge a utilitzar per fer difusió de la recerca està força allunyat del llenguatge científic, si bé és del tot imprescindible mantenir l'objectivitat, el rigor i la precisió en el missatge que es vol transmetre. Per fer arribar la ciència al públic en general cal utilitzar un llenguatge comprensible i atractiu, tal vegada utilitzant recursos periodístics o literaris i sempre evitant al màxim els tecnicismes.⁵ El mètode científic que s'ha utilitzat per assolir els resultats perd rellevància quan s'ha de fer arribar un missatge a la ciutadania; el més important passa a ser l'impacte que poden tenir els resultats en la seva vida quotidiana.

9.7.3.1. Pàgines web i blocs

Les principals institucions de ciència i tecnologia, com ara universitats, centres i agències d'investigació, disposen de pàgines web amb un espai reservat per a fer difusió dels resultats de recerca, ja sigui a través de notícies, articles divulgatius o blocs. Per altra banda, gràcies que actualment part del finançament dels projectes de recerca ha de destinar-se a accions divulgatives de la ciència, cada vegada és més habitual trobar pàgines web dels mateixos grups de recerca. Tot i això, disposar d'un espai web per fer difusió de resultats no equival a ser llegit ni a arribar a l'audiència esperada.

Els blocs de ciència han esdevingut un fenomen a internet els darrers anys i n'hi ha que compten amb un elevat nombre de seguidors que enllacen les diferents entrades a les xarxes socials.⁶ Molts dels blocs formen part de canals d'informació especialitzats, com les pròpies revistes científiques, però també n'hi ha que estan inclosos en els espais digitals dels mitjans de comunicació més clàssics, com la premsa o la televisió. Crear un bloc de ciència i fer difusió dels resultats en aquests espais requereix d'una estratègia específica per arribar a l'audiència esperada, intentant respondre les inquietuds dels ciutadans i fent que el missatge resulti amè i original.

9.7.3.2. Xarxes socials

Avui en dia es pot trobar contingut científic a gairebé totes les xarxes socials: YouTube, Facebook, Twitter, Instagram, etc. De fet, cada investigador pot crear i publicar contingut de forma immediata i fer difusió dels resultats de la seva recerca entre els seus seguidors, però cal tenir present que el seu recorregut pot ser molt limitat i no arribar al públic desitjat. Per fer una bona divulgació dels resultats científics no hi ha prou a enllaçar la font d'informació primària en la qual s'han publicat. Una vegada més, cal una estratègia comunicativa i un missatge atractiu per empatitzar amb el receptor i aconseguir que la divulgació dels resultats sigui efectiva. En l'entorn de les xarxes socials, on es pretén una comunicació bidireccional i certa interacció amb la resta d'usuaris, és important aprofitar les eines digitals que s'ofereixen. La gran majoria de les xarxes socials permeten incloure contingut audiovisual per transmetre el missatge que es vol divulgar i, en aquest sentit, cal un bon disseny d'aquest contingut, ja que pot condicionar clarament el seu impacte.

9.7.4. Aspectes clau

Actualment, la divulgació dels resultats científics ha traspassat la frontera dels entorns més especialitzats i exclusius. La diversitat de canals de comunicació que s'ofereixen gràcies a les tecnologies digitals, així com l'accés lliure i obert a tot tipus d'informació, han suposat una transformació de la cultura científica. Aquesta transformació ha comportat una major visibilitat de l'activitat dels centres de recerca i dels seus investigadors i ha aconseguit incorporar la participació de la ciutadania com a un dels seus eixos.

Bibliografia

1. Llobera J, Toores-Albero C editors. Percepción social de la ciencia y la tecnología 2018 [Internet]. Madrid: Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología, FECYT; 2019. Disponible a: <https://www.fecyt.es/es/publicacion/percepcion-social-de-la-ciencia-y-la-tecnologia-en-espana-2018>
2. Delicado A, Rowland J, Vengut E, Mendoza-Poudereux I, Gaston E. Citizen consultations on science communication: a citizen science approach. *Mètode SSJ*. 2021; 1: 75-81.
3. Robinson DBT, Powell AGMT, Waterman J, Hopkins L, James OP, Egan RJ, Lewis WG. Predictive value of Altmetric score on citation rates and bibliometric impact. *BJS Open* 2021; 5 (1): zraa039.
4. Red de Bibliotecas Universitarias (REBIUN). Science 2.0: the use of social networking in research [Internet]; 2011. Disponible a: <http://hdl.handle.net/20.500.11967/314>
5. Domínguez M, Mateu A. Estratègies periodístiques per a la difusió de la ciència: de l'article científic al divulgatiu. *Quaderns de filologia. Estudis lingüístics*. 2012; 17: 69-81.
6. Brossard D. Science, its publics and new media. Reflecting on the present and future of science communication. *Mètode SSJ*. 2014; 4: 193-197.

Índex d'autors

Afra Masià Plana. Infermera. Psicòloga. Màster oficial de Recerca en Psicologia: Anàlisi dels Processos Psicosocials en Contextos Interactius Específics, a la URL, Barcelona. Professora investigadora *postdoc* del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona, professora associada a l'Escola Universitària de la Salut i l'Esport a Girona. Membre del Grup de Recerca Salut i Atenció Sanitària.

Albert Palahí Alcàcer. Professor associat de la Universitat de Girona. Fisioterapeuta i graduat en Ciències de l'Esport.

Albert Teba Caballero. Diplomant universitari en Infermeria per la Universitat de Girona. Infermer de l'Equip d'Atenció Primària de Figueres.

Alicia Baltasar Bagué. Infermera. Llicenciada en Antropologia Social i Cultural per la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Doctora per la Universitat de Girona UdG. Màster en Salut Pública per la UPF. Membre del Grup de Recerca Desenvolupament de la Professiò Infermera. Professora titular del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona.

Ángel Romero Collado. Infermer. Màster en Promoció de la Salut. Doctor per la Universitat de Girona. Professor del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona. Investigador principal del Grup de Recerca Desenvolupament de la Professiò Infermera.

Àngela Vila Vendrell. Diplomada en Infermeria per la Universitat de Barcelona, postgrau de Gestió Infermera, Cures d'Infermeria al Malalt Crònic i amb Càncer per la Universitat de Girona. Adjunta a la Direcció Infermera i Coordinadora de la Unitat de Continuïtat Assistencial, Hospital Santa Caterina, Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt. Professora associada a la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Girona.

Angelina Gonzalez Viana. Docent i investigadora en Salut Comunitària i Promoció de la Salut. Doctora i màster en Salut Pública. Diplomada en Infermeria i en Infermeria Tropical. Departament de Salut Pública, Materna Infantil i Salut Mental. Universitat de Barcelona.

Anna Berenguera. Psicòloga, màster en Mètodes de Recerca Social (University of Surrey) i doctora en Salut Pública (UB). Actualment és investigadora i coordinadora de la Unitat Transversal de la Recerca a l'Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol) i docent en Metodologia Qualitativa al màster en Salut Pública (UPF; UDG) i en Psicologia Social (UOC).

Anna Bonmatí Tomàs. Infermera. Farmacèutica. Màster en Promoció de la Salut. Doctora per la Universitat de Girona. Professora agregada del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona. Membre del Grup de Recerca Salut i Atenció Sanitària.

Arantza Sanvisens Bergé. Diplomada en Estadística per la UAB i llicenciada en Documentació per la UOC. Investigadora de la Unitat d'Epidemiologia i Registre del Càncer de Girona, Institut de Recerca contra la Leucèmia Josep Carreras.

Belén Pérez Jiménez. Infermera pediàtrica a l'ABS Salt. Referent territorial del programa «Salut i Escola».

Bernat-Carles Serdà i Ferrer. Professor agregat de la Universitat de Girona. Fisioterapeuta, graduat en Ciències de l'Activitat Física i Esport. Doctor per la Universitat de Girona. Línia de recerca Qualitat de Vida i Malaltia Crònica.

Carla Casals. Psicòloga. Màster universitari en Promoció de la Salut, i màster en Psicologia Clínica i de la Salut. Tècnica de la Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona i professora associada del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona.

Carne Bertran i Noguer. Professora titular del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona. Diplomada en Infermeria, llicenciada en Antropologia Social i Cultural i doctora per la Universitat de Girona. Membre del Grup de Recerca Salut i Atenció Sanitària.

Carne Cunillera i Forns. Psicòloga clínica i coordinadora del Centre d'Atenció i Seguiment de les Drogodependències de la Garrotxa (CAS Garrotxa). Xarxa de Salut Mental i Addiccions. Institut d'Assistència Sanitària. Màster en Teràpia Familiar. Autora del llibre *Personas con problemas de alcohol. La abstinencia no es suficiente*, Ed Paidós. Professora en diversos graus i màsters a UdG i UB. Tutora de pràctiques per la UdG, UAB, UOC, UNED.

Concepció Fuentes Pumarola. Diplomada en Infermeria. Antropòloga social i cultural. Doctora per la Universitat de Girona.

Cristina Bosch i Farré. Doctora per la Universitat de Girona. Diplomada en Infermeria (Universidad de Navarra). Llicenciada en Psicologia (UNED). Màster universitari en Promoció de la Salut (UdG). Professora agregada del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona. Membre del Grup de Recerca Salut i Atenció Sanitària de la Universitat de Girona.

David Ballester Ferrando. Professor titular d'Universitat. Diplomat en Infermeria. Infermer especialista en Salut Mental, llicenciat en Psicologia. Doctor per la Universitat de Girona.

David Cámara Liébana. Infermer. Màster en Promoció de la Salut. Doctor per la Universitat de Girona. Expert universitari en Bioètica Clínica Assistencial. Professor investigador ordinari del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona.

Dolors Juvinyà Canal. Catedràtica d'Escola Universitària del Departament d'Infermeria de la UdG. Doctora en Ciències de l'Educació per la Universitat de Girona. Membre del Grup de Recerca Salut i Atenció Sanitària. Directora de la Càtedra de Promoció de la Salut.

Eduarne Zabaleta-del-Olmo. Infermera. Màster en Promoció de la Salut i doctora per la Universitat de Girona. Professora associada a la Universitat de Girona i investigadora en la Fundació Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol).

Elena Olabarrieta Zaro. Infermera. Llicenciada en Antropologia Social i Cultural. Màster en Promoció de la Salut a la Universitat de Girona. Infermera d'Atenció Familiar i Comunitària. Institut Català de la Salut. Professora associada a la Universitat de Girona.

Èrica Homs Romero. Infermera. Màster en Gestió Integral i Investigació en Ferides. Doctora per la Universitat d'Alacant. Referent de ferides de l'ABS Ernest Lluch de Figueres. Professora associada del Departament d'Infermera de la Universitat de Girona.

Eulàlia Masachs Fatjó. Metgessa especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública. Cap del Servei del Pla de Salut a la Direcció General de Planificació en Salut del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Ferran Daban Aguilar. Tècnic en Salut Pública. Doctor i màster en Salut Pública, Llicenciat en Antropologia i diplomat en Infermeria. Agència de Salut Pública de Barcelona. Treballant en l'Estratègia de Salut Comunitària «Barcelona Salut als Barris».

Gemma Caparròs Boixés. Infermera. Màster en Promoció de la Salut. Delegada dels centres residencials, addiccions i salut mental del Gironès, Selva Interior i Pla de l'Estany. Departament de Salut, Regió Sanitària de Girona. Professora associada al Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona.

Glòria Reig Garcia. Infermera. Màster en Promoció de la Salut. Doctora per la Universitat de Girona. Professora investigadora ordinària del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona. Membre del Grup de Recerca Salut i Atenció Sanitària.

Helena Bosch Cana. Infermera gestora de casos a l'ABS Anglès. Postgrau en Infermeria Gerontològica i Geriàtrica. Postgrau en Infermeria en Salut Comunitària. Màster en Cures Infermeres a l'Atenció Primària.

Iris Forcada Parrilla. Infermera d'Atenció Primària. Màster en Promoció de la Salut. Doctora per la Universitat de Girona. Professora associada a Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona.

Jaime Bataller Ibáñez. Infermer especialista en Infermeria Familiar y Comunitària. Especialista en Innovació i Emprenedoria en eSalut. Servei d'Atenció Primària. ABS Martí Julià, Badalona Serveis Assistencials.

Javier Segura del Pozo. Metge salubrista. Tècnic en salut pública de la Comunitat de Madrid. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària. Màster en Epidemiologia Aplicada de Camp. Màster en Salut Pública. Màster en Administració Pública. Ex-subdirector general de Prevenció i Promoció de la Salut de l'Ajuntament de Madrid.

Joan Carles Contel Segura. Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat. Direcció General de Planificació en Salut. Departament de Salut, Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària. Professor associat a la UB.

Joana Frigolé Peracaula. Psicòloga, *coach* i conferenciant. Autora del llibre *Posa llum a la teva vida. Genera emocions i converses constructives*, Editorial Amat. Acompanya en els processos de transformació emocional de les persones, equips i organitzacions, amb l'objectiu de generar entorns personals i professionals amb relacions saludables i enriquidores.

Jordi Amblàs Novellas. Metge, especialista en Geriatria. Doctor per la UVic-UCC. Direcció Estratègica d'Atenció Integrada del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Professor titular de la Facultat de Medicina de la UVic-UCC. Coordinador del Grup de Recerca en Cronicitat de la Catalunya Central (C3RG).

Jordi Blanch i Font. Doctor en Salut Pública i llicenciat en Matemàtiques. Estadístic de la Unitat de Suport a la Recerca d'Atenció Primària (IDIAPJGol).

Jordi Pujiula Masó. Director Hospital Sociosanitari. Diplomant en Infermeria, especialista en Geriatria, postgrau en Informàtica i Comunicació en Infermeria, màster en Gestió Serveis en Infermeria, postgrau en Direcció i Gestió en Centres i Recursos Gerontològics i màster en Direcció i Gestió Sanitària. Professor associat al Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona.

Josefina Patiño-Masó. Professora titular d'Universitat. Doctora per la Universitat de Girona. Llicenciada en Psicologia. Infermera especialista en Pediatria. Diplomada en Infermeria.

Josep Figa Vaello. Metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària. Màster en Direcció d'Organitzacions Sanitàries (ESADE). Lideratge de l'Estratègia Nacional de l'Atenció Primària i Salut Comunitària (ENAPISC).

Josep Roma i Millan. Llicenciat en Medicina. Doctor en Medicina. Master of Health Professions Education (MHPE) per la Universitat de Maastricht. Especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública. Responsable d'Accreditació i Desenvolupament Professional de la Direcció General de Professionals de la Salut. Professor associat de Salut Pública a la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona.

Laura Medina Perucha. Psicòloga, màster en Psicologia de la Salut (University of Bath) i doctora en Psicologia de la Salut (University of Bath). Investigadora postdoctoral a l'Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol). Docent en Metodologia Qualitativa al màster de Salut Pública (UPF) i en Psicologia Social a la Universitat Oberta de Catalunya.

Lídia Portet Vidal. Psicòloga general sanitària. Màster en Psicogerontologia. Psicòloga de l'Equip d'Atenció a la Cronicitat en Centres d'Atenció Primària i PADES.

Lourdes Camós i Llovet. Diplomada en Infermeria. Màster de Salut Pública. Màster de Promoció de la Salut i doctora per la Universitat de Girona. Infermera de recerca a l'IDIAP. Infermera al CAP de Vilafant.

Lluís Franch Viñas. Llicenciat en Medicina, especialitzat en Salut Pública. Curs d'Alta Direcció ESADE i MBA Universitat de Girona. Directiu d'Inspecció Mèdica, Planificació i Gestió Sistema Sanitari Públic a Catalunya. Docent i consultor internacional. Gerent de la Corporació de Salut del Maresme i la Selva.

Lluís Mestre Funtané. Psicòleg clínic, Programa de Suport a Primària, Xarxa de Salut Mental i Addiccions del Gironès - Pla de l'Estany, Institut d'Assistència Sanitària.

Lluís Mestre Funtané. Psicòleg clínic del Programa de Suport a Primària (PSP) del Gironès i Pla de l'Estany. Xarxa de Salut Mental i Addiccions (Institut d'Assistència Sanitària).

M. Àngels Sieira Ribot. Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la UB. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària. Postgrau en Gestió en Atenció Primària. Metgessa de família a Can Gibert del Pla. Membre de la Unitat d'Expertesa en Síndromes de Sensibilització Central de la Regió Sanitària de Girona.

María del Carmen Malagón Aguilera. Infermera. Gerontòloga social. Màster en Promoció de la Salut. Doctora per la Universitat de Girona. Professora agregada del Departament D'Infermeria de la Universitat de Girona. Membre del Grup de Recerca Salut i Atenció Sanitària.

Maria Vidal Luna. Infermera. Postgrau en Infermeria de Salut Comunitària. ABS Cassà de la Selva.

Marta Calabia Martínez. Infermera. Postgrau en Cures d'Infermeria a Infants i Adolescents Hospitalitzats. Postgrau en Emergències i Catàstrofes. Infermera d'Atenció Primària del Servei de Pediatria en el CASAP Can Bou. Docent en el curs de «Gestió de la Demanda Infermera» del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Docent i tutora del grau en Infermeria. Coordinadora del Grup de Treball de l'AIFICC d'Infància en Salut.

Marta Eres Ribes. Infermera d'Atenció Primària. Referent territorial de Salut Comunitària d'Atenció Primària de Salut de l'Institut Català de la Salut (Girona). ABS Santa Coloma de Farners.

Marta Pascual Romero. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària i Doctora per la UAB. Metge de Família i Comunitària al CAP d'Arbúcies. Referent de Qualitat i Seguretat del Pacient de l'EAP Arbúcies-Sant Hilari Sacalm. Docent a la Universitat Internacional de Catalunya dins l'assignatura del grau de Medicina de MFiC.

Marta Mas Regàs. Infermera del CAP d'Arbúcies. Referent de Qualitat i Seguretat del Pacient de l'ABS d'Arbúcies-St.Hilari Sacalm.

Marta Raset Pimàs. Infermera d'Atenció Primària. Gestora de casos i residències. ABS Cassà de la Selva.

Marta Roqueta Vall-Iloera. Diplomada en Infermeria. Especialista obstètrico-ginecològica per la Birmingham City University. Màster en Promoció de la Salut per la Universitat de Girona. Professora associada del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona. Llevadora de l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta.

Mercè Torres Berrocal. Diplomada universitària en Infermeria per la Universitat de Girona. Infermera de l'Equip d'Atenció Primària de Blanes.

Montse Canet Ponsa. Infermera. Responsable de Processos i Continuitat de la Direcció d'Atenció Primària ICS-IAS.

Marta Vilanova Vilà. Infermera per la Universitat de Barcelona. Doctora per la Universitat de Girona. Màster en Salut Pública per la Universitat Pompeu Fabra. Màster en Promoció de la Salut: Gestió de Projectes per la Universitat de Lleida. Professora de Salut Pública i Comunitària a la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Girona. Directora científica a Amb Salut.

Miriam Broncano Bolzoni. Doctora per la Universitat de Girona. Infermera. Màster universitari en Promoció de la Salut. Infermera de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de l'Institut d'Assistència Sanitària. Professora associada del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona.

Montse Masó Donadeu. Infermera d'Atenció Primària. ABS Cassà de la Selva. Referent del Programa Pacient Expert a la Regió Sanitària de Girona.

Montserrat Martí Riba. Infermera especialitzada en Pediatria per la Facultat de Medicina UB. Diploma en Malalties Tropicals per la UAB. Postgrau en Estudis Africans del Departament d'Antropologia Social i Filosofia de la URV. Infermera Hospital Nostra Senyora del Mar, Barcelona. Infermera d'Atenció Primària Sant Pere Pescador. Infermera gestora de casos de la Unitat d'Expertesa de Síndromes de Sensibilització Central de la Regió Sanitària Girona.

Montserrat Mas Marquès. Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la UAB. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària (MFic). Metgessa de l'Equip d'Atenció Primària de l'ABS Girona-4. Tutora extrahospitalària de l'especialitat de MFic.

Núria Vidal Calvo. Metgessa de família. Referent clínic d'Atenció Primària. ABS Cassà de la Selva.

Oriol Garcia Codina. Llicenciat en Ciències Polítiques i de l'Administració, i màster en Ciències Polítiques i Socials. Responsable d'Informació i Metodologia per a la Planificació i l'Avaluació a la Direcció General de Planificació en Salut del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Pablo Mora Muñoz. Infermer d'Atenció Primària. ABS Roses. Referent del Programa Pacient Expert a la Regió Sanitària de Girona.

Paloma Amil Bujan. Infermera. Responsable del Programa Pacient Expert Catalunya. Membre de la Direcció Estratègica d'Atenció Integrada del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Màster universitari en Cronicitat i Dependència.

Quionia Villar Lázaro. Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la UB. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària. Metgessa de l'Equip d'Atenció Primària de l'ABS d'Olot i Metgessa del Consultori Local de les Preses. Tutora extrahospitalària rotació rural de l'especialitat de MFiC. Acupuntora per l'Escola Nei Jing. Cofundadora de la Fundació Grupo 21 I+D.

Rafael Marcos-Gragera. Especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública, diplomad en Sanitat, màster en Metodologia en Ciències de la Salut i doctor en Salut Pública per la UAB. Epidemiòleg en la Unitat d'Epidemiologia i Registre de Càncer de Girona del Institut Català d'Oncologia – Pla Director d'Oncologia.

Rafel Ramos Blanes. Coordinador de la Unitat de Recerca d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut a Girona. Professor agregat del Departament de Ciències Mèdiques de la UdG.

Raquel Jiménez Quiñones. Infermera d'Atenció Primària. Gestora de casos i de residències. ABS Cassà de la Selva. Professora associada al Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona.

Rosa Suñer Soler. Infermera. Doctora en Psicologia per la Universitat de Girona. Professora agregada Serra Húnter del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona. Membre del Grup de Recerca Salut i Atenció Sanitària.

Ruth Martí Lluch. Doctora en Biologia i investigadora a la Unitat de Suport a la Recerca d'Atenció Primària de Girona (IDIAPJGol).

Sandra Gelabert Vilella. Doctora per la Universitat de Girona. Infermera. Màster universitari en Promoció de la Salut. Professora agregada del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona. Membre del Grup de Recerca Salut i Atenció Sanitària.

Sergi Blancafort Alias. Grau en Biologia per la Universitat de Barcelona i doctor en Sociologia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Investigador a la Fundació Salut i Envel·liment UAB i membre del Grup de Recerca sobre Envel·liment i Salut (GREiS) reconegut per l'AGAUR.

Susana Jiménez. Màster en Promoció de la Salut. Doctora per la Universitat de Girona. Especialista en Psicologia de les Emergències i Catàstrofes. Professora del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona. Membre del Grup de Recerca Salut i Atenció Sanitària.

Xavier Burjons Alés. Llicenciat en Filologia (Universitat de Barcelona). Direcció Estratègica de la Comunicació (ESADE, Business School) i postgrau en Direcció de Màrqueting (UOC). Cap de la Unitat Transversal de la Regió Sanitària Girona del CatSalut.

