

PRINCIPIIS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA i BASES METODOLÒGIQUES I

M^a Carmen Pérez
Centellas

ÍNDEX

IDEES CLAU	012
L'ORIENTACIÓ COMUNITÀRIA A L'APS. LA PARTICIPACIÓ DE LA COMUNITAT	022
PARTICIPACIÓ I INTERVENCIÓ COMUNITÀRIES • 01	023
INTRODUCCIÓ ■	023
CONCEPTE DE COMUNITAT ■	023
MECANISMES DE PARTICIPACIÓ COMUNITÀRIA ■	023
PARTICIPACIÓ SOCIAL I RELACIÓ METGE-PACIENT ■	025
PROGRAMA D'ACTIVITATS COMUNITÀRIES EN AP DE LA SEMFYC ■	025
ATENCIÓ PRIMÀRIA ORIENTADA A LA COMUNITAT (APOC) • 02	026
CARACTERÍSTIQUES DE L'APOC ■	026
POSSIBILITATS DE L'APOC ■	026
LIMITACIONS DE L'ORIENTACIÓ NOMÉS CLÍNICA DE L'AP ■	026
MARC CONCEPTUAL ■	026
BASES METODOLÒGIQUES ■	026
EPIDEMIOLOGIA I INVESTIGACIÓ EN APOC ■	027
COORDINACIÓ INTERSECTORIAL ■	028
EFFECTIVITAT ■	028
FACTIBILITAT ■	029
L'ANÀLISI DE SALUT DE LA COMUNITAT. FONTS I TIPUS DE DADES. INDICADORS. NECESSITATS DE SALUT, DEMANDES I OFERTES DE SERVEIS. APLICACIONS DE LA DEMOGRAFIA A L'APS	030
INTRODUCCIÓ • 01	031
OBJECTIUS DE L'ANÀLISI • 02	031
CARACTERÍSTIQUES DE L'ESTRATÈGIA D'ANÀLISI • 03	032
SITUACIÓ SOCIODEMOGRÀFICA • 04	032
DEFINICIÓ DE LA ZONA BÀSICA DE SALUT ■	032
HISTÒRIA DE LA CONSTITUCIÓ DELS NUCLIS POBLACIONALS ■	032
INFORMACIÓ MEDIOAMBIENTAL ■	032
INFORMACIÓ DEMOGRÀFICA ■	032
INFORMACIÓ SOCIOECONÒMICA ■	033
SITUACIÓ DE SALUT • 05	034
MORTALITAT ■	034
MORBIDITAT ■	034
SERVEIS • 06	036
RECURSOS COMUNITARIS D'AP ■	036
SERVEIS DE SALUT DE REFERÈNCIA ■	036
ALTRES SERVEIS COMPLEMENTARIS RELACIONATS AMB L'AP ■	036
UTILITZACIÓ DELS SERVEIS ■	036
QUALITAT DELS SERVEIS ■	037
FONTS DE DADES • 07	037
FONTS D'INFORMACIÓ SECUNDÀRIES ■	037
IDENTIFICACIÓ DE PROBLEMES O NECESSITATS DE SALUT • 08	038
PROBLEMES DE L'ANÀLISI DE SITUACIÓ DE SALUT • 09	038

L'ENFOCAMENT FAMILIAR DE L'APS. EL CICLE VITAL FAMILIAR. DISFUNCIÓ FAMILIAR I MALALTIA. INTERVENCIÓ FAMILIAR	040
INFLUÈNCIES SOCIOCULTURALS EN LES CURES DE SALUT. ENFOCAMENT FAMILIAR EN AP • 01	041
INFLUÈNCIES SOCIOCULTURALS EN LES CURES DE SALUT ■	041
ASPECTES CULTURALS I SOCIALS RELACIONATS AMB LA SALUT ■	041
CONCEPTE SOCIOCULTURAL DE MALALTIA I DOLÈNCIA ■	041
CLASSE SOCIAL I RELACIÓ AMB EL PROCÉS SALUT-MALALTIA ■	041
RELACIÓ METGE-PACIENT DES DE LA PERSPECTIVA SOCIOCULTURAL ■	041
ENFOCAMENT FAMILIAR EN AP ■	041
TEORIA SISTÈMICA ■	042
FACTORS QUE INTERVENEN EN EL MODEL ■	042
PROBLEMES CLÍNICIS RELACIONATS AMB L'ATENCIÓ FAMILIAR ■	042
DIFERÈNCIES ENTRE EL TREBALL AMB FAMÍLIES I LA TERÀPIA FAMILIAR ■	043
ATENCIÓ LONGITUDINAL: CICLE VITAL FAMILIAR • 02	043
DETECCIÓ DE PROBLEMES PSICOSOCIALS A LA CONSULTA ■	043
GENOGRAMA ■	043
QÜESTIONARI PER DETECTAR PROBLEMES PSICOSOCIALS ■	045
AVALUACIÓ DELS ESDEVENIMENTS VITALS ESTRESSANTS ■	045
AVALUACIÓ DEL SUPORT SOCIAL ■	046
AVALUACIÓ DE LA FUNCIÓ FAMILIAR ■	046
CICLE VITAL FAMILIAR ■	046
ETAPES DE LA INTERVENCIÓ FAMILIAR BASADA EN LA SOLUCIÓ DE PROBLEMES ■	047
HISTÒRIA CLÍNICA I SISTEMES DE REGISTRE A L'APS	048
INTRODUCCIÓ • 01	049
HISTÒRIA CLÍNICA • 02	049
FUNCIONS PRINCIPALS ■	049
EVOLUCIÓ DELS MODELS ■	049
ESTRUCTURA ■	049
ELEMENTS DE SUPORT ■	050
INFORMATITZACIÓ DE L'AP ■	050
FUNCIONS DELS PROGRAMES D'HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA ■	050
SEGURETAT I PRIVACITAT DE LES DADES ■	051
SISTEMES D'INFORMACIÓ I APS	052
INTRODUCCIÓ • 01	053
SISTEMES D'INFORMACIÓ • 02	054
UTILITATS ■	054
CARACTERÍSTIQUES ■	054
FUNCIONS ■	054
CODIS I CLASSIFICACIONS ■	055
MESURA DEL PRODUCTE SANITARI A AP ■	055
CONJUNT MÍNIM BÀSIC DE DADES EN AP ■	055
DOCÈNCIA A L'APS. FORMACIÓ CONTINUADA DE L'EQUIP	056
INTRODUCCIÓ • 01	057
DOCÈNCIA EN EL PREGRAU • 02	057
NECESSITAT DE LA FORMACIÓ EN AP ■	057
INTRODUCCIÓ DE L'AP EN EL PREGRAU A ESPANYA ■	057

DOCÈNCIA EN EL POSTGRAU • 03	058
ESPECIALITAT DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA ■	058
PROGRAMA DE FORMACIÓ A ESPANYA ■	058
FORMACIÓ CONTINUADA • 04	058
AVALUACIÓ DELS PROGRAMES DOCENTS • 05	059
RECERCA A L'APS. ASPECTES METODOLÒGICS I ÈTICS. UTILITZACIÓ DE LES FONTS D'INFORMACIÓ. L'ELABORACIÓ D'UN TREBALL CIENTÍFIC	060
INTRODUCCIÓ • 01	061
SITUACIÓ ACTUAL ■	061
ÀMBITS D'INVESTIGACIÓ ■	061
CARACTERÍSTIQUES DE L'AP QUE LA CONVERTEIXEN EN UNA OPORTUNITAT PER LA INVESTIGACIÓ ■	062
DIFICULTATS PER LA INVESTIGACIÓ EN ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT ■	062
PRINCIPIS GENERALS D'UNA INVESTIGACIÓ • 02	062
QUÈ ÉS INVESTIGACIÓ? ■	062
TIPUS D'ERRORS ■	062
GRUP CONTROL ■	063
VALIDESA INTERNA I EXTERNA ■	064
ÈTICA I INVESTIGACIÓ ■	064
FASES D'UNA INVESTIGACIÓ • 03	064
DEFINIR LA PREGUNTA AMB CLARETAT ■	064
ELECCIÓ DEL DISSENY IDONI ■	065
SELECCIONAR LA POBLACIÓ D'ESTUDI ADEQUADA ■	065
CALCULAR EL NÚMERO DE SUBJECTES NECESSARIS ■	066
MESURAR LES VARIABLES AMB PRECISIÓ I EXACTITUD ■	066
PLANEJAR ESTRATÈGIA D'ANÀLISI ■	067
ORGANITZAR L'ESTUDI ■	067
EXECUTAR L'ESTUDI AMB MINUCIOSITAT ■	067
INTERPRETAR ELS RESULTATS AMB PRECAUCIÓ ■	067
COMUNICAR ELS RESULTATS AMB RIGOR ■	068
EL PROCÉS DE SEGUIMENT DELS MALALTS. ELS PROBLEMES DEL COMPLIMENT	068
AVALUACIÓ DEL COMPLIMENT • 01	071
MÈTODES INDIRECTES ■	071
MÈTODES DIRECTES ■	071
PER QUÈ ELS PACIENTS NO SEGUEIXEN LES RECOMANACIONS? • 02	071
ESTRATÈGIES PER MILLORAR EL COMPLIMENT • 03	072
EDUCACIÓ SANITÀRIA	074
INTRODUCCIÓ • 01	075
MODELS D'INTERVENCIÓ • 02	075
MODEL INFORMATIU ■	075
MODEL PERSUASSIU-MOTIVACIONAL ■	075
MODEL RADICAL ■	075
MODEL ORIENTAT A LA CAPACITACIÓ ■	075

PRINCIPIS PEDAGÒGICS GENERALS • 03	075
PERSONA A LA QUE S'EDUCA ■	075
ACCIÓ EDUCATIVA ■	075
ACCIÓ DOCENT ■	075
ALTRES ELEMENTS ■	076
ELEMENTS ESSENCIALS DE LA COMUNICACIÓ • 04	076
MÈTODES I MITJANS • 05	076
MÈTODES BIDIRECCIONALS ■	076
MÈTODES UNIDIRECCIONALS ■	076
METODOLOGIA DE LA PROGRAMACIÓ • 06	077
RANGS DE LA INTERVENCIÓ EDUCATIVA • 07	077
EDUCACIÓ SANITÀRIA GRUPAL • 08	078
INVESTIGACIÓ • 09	078
PROGRAMACIÓ D'UN PROJECTE EDUCATIU • 10	079
ENTREVISTA CLÍNICA EN L'APS. LA COMUNICACIÓ METGE-MALALT	080
RELACIÓ ASSISTENCIAL I MODEL BIOPSIKOSOCIAL • 01	081
RELACIÓ ASSISTENCIAL I VALORS D'ANÀLISI ■	081
MODELS RELACIONALS ■	081
INFLUÈNCIA DE LA RELACIÓ ASSISTENCIAL ■	082
MADURACIÓ DEL CLÍNIC ■	082
MODEL BIOPSIKOSOCIAL ■	082
ENTREVISTA CLÍNICA • 02	083
DIMENSIÓ TÈCNICA DE L'ENTREVISTA CLÍNICA ■	083
DIMENSIÓ SOCIAL I HUMANA DE L'ENTREVISTA CLÍNICA ■	083
ANÀLISI DE LA COMUNICACIÓ NO VERBAL ■	084
ANÀLISI TÈCNIC DE L'ENTREVISTA: TASQUES EN LA PART EXPLORATÒRIA ■	085
ANÀLISI TÈCNIC DE L'ENTREVISTA: TASQUES EN LA PART RESOLUTIVA ■	086
LA CAPACITAT DE RESPOSTA ■	087
LA FIABILITAT ■	087
LA PROFESSIONALITAT ■	087
LA CONTINUÏTAT I LA LONGITUDINALITAT ■	088
ESTRATÈGIES PRÀCTIQUES PER L'ENTREVISTA CLÍNICA ■	088
ALTRES TERMES, TÈCNiques I HABILITATS DE COMUNICACIÓ ■	090
MIGRACIÓ I ATENCIÓ PRIMÀRIA	094
MIGRACIÓ I ACCÉS AL SISTEMA SANITARI • 01	095
ARRIBADA I PROJECTE MIGRATORI • 02	095
TIPUS DE MIGRACIÓ ■	095
SOCIETAT D'ACOLLIDA ■	095
DOL MIGRATORI ■	095
ASSISTÈNCIA A L'IMMIGRANT EN AP • 03	096
PROBLEMÀTICA SOCIAL I SANITÀRIA ■	096
PROTOCOLS D'ACTUACIÓ ■	097
BIBLIOGRAFIA	099

IDEES CLAU

L'ORIENTACIÓ COMUNITÀRIA A L'APS. LA PARTICIPACIÓ DE LA COMUNITAT

- La definició de comunitat és difícil; les variables territori, interessos i valors comuns i un espai social i cultural determinats són insuficients.
- Els mecanismes de participació comunitària tenen una naturalesa multiforme i variada, depenent dels objectius que es vulguin aconseguir.
- Orientar el centre de salut a l'usuari significa tenir en compte el pacient per qualsevol decisió que li afecti.
- El pacient actiu és aquell individu que vol decidir per si mateix sobre la seva pròpia salut.
- Els agents de salut i altres components comunitaris poden ser molt útils per facilitar l'accés als serveis dels centres de salut i donar informació valuosa i orientació als usuaris.
- El Programa d'Activitats Comunitàries en AP (PACAP) de la semFYC proposa un marc teòric i pràctic per unificar i ordenar les activitats comunitàries en els centres de salut.
- L'APOC és una metodologia que possibilita el desenvolupament dels postulats de l'OMS en relació a l'AP (Alma-Ata).
- L'imperatiu de l'APOC és assegurar que els recursos arribin a les zones que més els necessiten, disminuint les diferències d'equitat entre poblacions.
- El desenvolupament de l'APOC necessita un servei d'AP, amb professionals interessats en ampliar el seu exercici clínic a la pràctica de la salut comunitària, i enfocar l'atenció sobre tota la comunitat.
- L'APOC s'interessa per la informació generada en la comunitat, l'analitza en el propi servei d'AP i l'aplica de forma directa sobre aquesta mateixa comunitat. És una epidemiologia local, específica i pragmàtica.
- La implicació de la comunitat és necessària per millorar les intervencions.
- L'APOC no ha de suposar una sobrecàrrega de l'agenda dels professionals, sinó una reorientació dels serveis cap als objectius de salut de la comunitat.

L'ANÀLISI DE SALUT DE LA COMUNITAT. FONTS I TIPUS DE DADES. INDICADORS. NECESSITATS DE SALUT, DEMANDES I OFERTES DE SERVEIS. APLICACIONS DE LA DEMOGRAFIA A L'APS

- L'anàlisi de situació forma part de qualsevol procés de planificació i programació sanitària.
- L'anàlisi de la situació de salut en l'àrea bàsica consisteix al procés de recollida d'informació sobre les característiques demogràfiques i socials, la situació de salut i els recursos i serveis disponibles.
- Hi ha una manca de correspondència entre la reducció de la mortalitat en relació als diferents determinants de salut, i la distribució dels recursos.
- Els indicadors de mortalitat són els més usats per mesurar l'estat de salut d'una població, probablement perquè són els més disponibles.
- Les informacions sociodemogràfiques, medioambientals i socioeconòmiques defineixen l'orientació del procés d'anàlisi de la situació de salut.
- Els indicadors de salut i d'utilització de serveis han de considerar-se tenint en compte les seves limitacions i problemes.

L'ENFOCAMENT FAMILIAR DE L'APS. EL CICLE VITAL FAMILIAR. DISFUNCIÓ FAMILIAR I MALALTIA. INTERVENCIÓ FAMILIAR

- Els continguts de la cultura que es manifesten per valors socials, sistema de creences i regles familiars influeixen sobre la salut i la malaltia.
- La malaltia és l'alteració orgànica aliena al pacient i la dolència depèn de les característiques psíquiques i culturals.
- La desigualtat es refereix a diferències en salut i la inequitat a diferències innecessàries i evitables.
- La família és disfuncional quan no pot assumir les funcions que li són pròpies, i això pot influir en l'estat de salut.
- La família normofuncional es manté en equilibri compensant les tendències d'homeòstasi i canvi familiar.

- En el model d'atenció familiar són importants els esdeveniments estressants vitals i els problemes de relació i comunicació en l'aparició de problemes de salut i disfunció familiar.
- Cal sospitar problemes psicosocials en: símptomes o signes mal definits, ansietat i/o depressió, hiperfreqüentació.
- El genograma és l'eina més útil en l'estudi dels problemes psicosocials.
- En el genograma té molt interès la repetició de patrons familiars en diferents generacions.
- El cicle vital familiar és la seqüència d'estadis que passa la família des de la seva creació fins la seva dissolució.

HISTÒRIA CLÍNICA I SISTEMES DE REGISTRE A L'APS

- La història clínica orientada als problemes és la més adient per l'atenció longitudinal en AP de salut.
- El problema és qualsevol malaltia, o alteració en el camp biopsicosocial de la salut que sigui objecte d'atenció pels professionals.
- Les funcions principals de la història clínica són l'atenció a l'individu i la família, garantir la continuïtat, assegurar la qualitat de l'assistència i constituir una base de dades sanitàries.
- Tres aportacions han marcat l'evolució de les històries clíniques: una única història clínica per pacient, mètode estandarditzat del registre de dades i història clínica orientada als problemes.
- L'assistència ha passat a ser una responsabilitat compartida per diferents professionals (cura compartida).
- Les xarxes integrades de salut permeten l'intercanvi d'informació i transmissió d'informació com imatges o anàlisis.

SISTEMES D'INFORMACIÓ I APS

- Els sistemes d'informació són els mecanismes per recollir, processar, analitzar i transmetre la informació pel funcionament dels sistemes sanitaris, i la investigació i docència.

- Les dades són la comptabilització de fets.
- La informació és el resultat del processament de les dades, i la creació d'indicadors vàlids i fiables que les facin intel·ligibles.
- Registrar dades individualitzades aporta flexibilitat per tenir indicadors amb diferents graus de desagregació.
- La raó de consulta és el motiu que, segons el pacient, genera el contacte amb el professional.
- L'ús de la CIE (classificació internacional de malalties) és poc útil a AP ja que engloba molts diagnòstics poc freqüents en aquest àmbit.
- La CIAP (classificació internacional de l'AP) és el sistema de codificació estàndard per l'AP.
- Disposar de sistemes uniformes de codificació de problemes de salut i motius de consulta facilitaria la prestació de serveis i la investigació.

DOCÈNCIA A L'APS. FORMACIÓ CONTINUADA DE L'EQUIP

- La docència en AP i medicina de família no ha assolit una integració suficient en l'àmbit universitari a Espanya.
- L'especialització del metge de família és horitzontal ja que té coneixements en camps diferents.
- Cal que els estudiants de pregrau tinguin experiència en un model de salut integrat en què els problemes s'enfoquin de forma global.
- La medicina de família no s'ha reconegut com àrea de coneixement, i per això no es pot crear un departament universitari de MfiC.
- L'AP no ha de ser una assignatura, sinó una base formativa que s'inclogui en tots els continguts de la formació pregrau.
- Els programes de formació postgrau inclouen un protagonisme creixent en l'aprenentatge a les consultes dels tutors metges de família.
- La MFiC és una especialitat ja que té un àmbit propi d'activitats, un conjunt definit de coneixements, habilitats i actituds a adquirir i una àrea pròpia d'investigació.

- És important la certificació i recertificació periòdica de la competència dels metges de família.

RECERCA A L'APS. ASPECTES METODOLÒGICS I ÈTICS. UTILITZACIÓ DE LES FONTS D'INFORMACIÓ. L'ELABORACIÓ D'UN TREBALL CIENTÍFIC

- La investigació en AP ha de donar la informació necessària per la presa de decisions sobre l'enfocament dels problemes de salut.
- Una investigació pretén obtenir una resposta vàlida i fiable a una pregunta amb el mètode científic.
- Hi ha dos categories d'investigació: descriptiva i analítica. La major part d'investigació en AP és descriptiva.
- L'error aleatori és per l'atzar. Una mesura és tant més precisa com menor és l'error aleatori. Aquest error disminueix amb l'increment de la mostra.
- L'error sistemàtic o biaix és un error en el disseny de l'estudi. En relació amb el concepte de validesa.
- El disseny d'un estudi d'investigació ha d'assegurar la validesa interna, evitant biaixos i controlant possibles factors de confusió.
- L'efecte Hawthorne és la resposta induïda pel coneixement dels participants d'estar sent estudiats.
- La regressió a la mitja és la tendència dels individus que tenen un valor extrem d'una variable a obtenir valors més propers a la mitja de la distribució, quan la mateixa variable es mesura per segon cop.
- La milloria observada es pot deure a l'evolució natural, per això és útil el grup control.
- La validesa interna és el grau en què els resultats d'un estudi són vàlids per la població que ha estat estudiada.
- La validesa externa és el grau en què els resultats d'un estudi poden ser extrapolats a altres poblacions diferents de l'estudiada.
- Segons l'informe Belmont hi ha tres principis ètics bàsics: autonomia, beneficència i justícia.

- El disseny idoni per avaluar l'eficàcia d'una intervenció és l'estudi clínic aleatori.
- Quan no es pot fer un estudi experimental, el disseny de cohorts és el millor disseny disponible.
- La precisió és el grau en què una mesura proporciona resultats similars quan es duu a terme en més d'una ocasió en condicions similars.
- L'exactitud expressa el grau en què una mesura calibra realment allò pel que està destinada.
- La interpretació dels resultats cal fer-la amb honestat, evitant conflictes d'interessos.

EL PROCÉS DE SEGUIMENT DELS MALALTS. ELS PROBLEMES DEL COMPLIMENT

- No hi ha cap tècnica que permeti identificar, de manera senzilla, els pacients complidors.
- Hi ha mètodes directes i indirectes d'avaluació del compliment.
- L'entrevista clínica estructurada (mètode indirecte) és molt específica quan s'admet l'incompliment.
- El recompte de comprimits (mètode indirecte) és el mètode estàndard per avaluar el compliment.
- L'incompliment terapèutic és una de les causes més importants de les dificultats de control de la hipertensió arterial (HTA), s'estima la seva prevalença en el 45 % dels hipertensos que reben tractament.

EDUCACIÓ SANITÀRIA

- L'educació sanitària és un potent instrument de prevenció i promoció de la salut.
- La comunicació entesa com procés bidireccional és la base de l'educació sanitària.

- La comunicació simple només aporta coneixements , la modificació de comportaments necessita la comunicació persuasiva.
- La motivació ha de basar-se en elements positius ja que el recurs d'atemorir pot ser contraproductiu.
- Les motivacions profundes es relacionen amb els valors de l'individu i són les úniques que poden facilitar un canvi de conducta.
- L'eficàcia dels mètodes bidireccionals (intercanvi actiu) és major que la dels unidireccionals.
- Els programes d'educació sanitària han d'incloure l'avaluació com part fonamental del seu disseny.
- La pràctica clínica habitual és el lloc prioritari per incorporar els missatges educatius.
- Una de les principals activitats d'infermeria en l'AP és l'educació sanitària.
- El treball en grup és una de les activitats fonamentals pel canvi de comportament.
- La investigació en educació sanitària té una falta de criteris comuns i una gran dispersió de temes.

ENTREVISTA CLÍNICA EN L'APS. LA COMUNICACIÓ METGE/MALALTS

- Hi ha un moment sincrònic i un diacrònic en la relació assistencial. El sincrònic inclou la tensió que genera la demanda del pacient.
- La diferència entre demanda i queixa és que en la primera hi ha una expectativa de millora gràcies a la intervenció del professional.
- El model de causalitat circular ajuda a establir relacions, que en una segona fase, el model de causalitat estructural pondera amb l'objectiu de facilitar un enfocament terapèutic.
- L'entrevista d'integració és una síntesi biogràfica que integra els elements biològics i psicosocials per explicar on es troba el pacient.
- L'empatia, la calidesa, el respecte, la concreció i l'assertivitat són trets del bon entrevistador.

- Hi ha condicionants de l'actitud que activen o desactiven l'atenció del professional.
- La confiança és el bé més preuat del metge, i s'aconsegueix amb un clima cordial, competència tècnica, empatia i fent visibles els valors ètics i previsibles les conductes.
- Els reenquadraments durant l'entrevista ocasionen gran desgast, però aprendre a poder-los reconèixer i gestionar l'esforç que precisen pot evitar errors clínics.
- Vigilar a estereotipar els pacients, ens pot resultar molt més difícil fer un reenquadrament.
- En acabar l'entrevista sempre s'haurien de prendre precaucions, i deixar la porta oberta a una nova consulta per resoldre dubtes.
- Un professional es mostra persuassiu quan parla amb claredat, emfatitzant els conceptes rellevants, sense vacil·lacions, i amb bidireccionalitat.

MIGRACIÓ I ATENCIÓ PRIMÀRIA

- Els plans d'actuació i protocols pels immigrants són els mateixos que pels autòctons, encara que hi haurà situacions especials a tenir en compte que requeriran una atenció especialitzada.
- L'immigrant ha de fer front a set tipus de dol: per la família i els amics, per la llengua materna, per la cultura, pel paisatge i la terra, per la pèrdua de l'estat social, pel grup ètnic i per la pèrdua de seguretat.
- La migració és un factor de risc per la salut física i mental per l'alta vulnerabilitat biopsicosocial.
- El dol mal elaborat i somatitzat de l'immigrant pot arribar a la medicalització cronificada.
- La població immigrant ha de ser tractada de forma integral des de l'AP, i els centres especialitzats s'han d'usar per tractar patologies importades poc freqüents a Espanya.

PRINCIPIIS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA I BASES METODOLÒGIQUES I L'ORIENTACIÓ COMUNITÀRIA A L'APS. LA PARTICIPACIÓ DE LA COMUNITAT

INTRODUCCIÓ

Les reformes de l'Atenció Primària (AP) consideren la participació de la comunitat i les accions d'orientació comunitària com un eix fonamental pel treball dels professionals de la salut. Aquestes reformes s'han basat en la Declaració d'Alma-Ata i la carta d'Ottawa.

La Declaració d'Alma-Ata considera l'AP com el nucli principal del Sistema Nacional de Salut, i fa èmfasi en les següents característiques: l'AP ha d'estar dirigida a les principals necessitats de salut de la comunitat i és una part integral del desenvolupament social i econòmic global de la comunitat, ha de ser accessible i propera a la població, i comptar amb la participació comunitària.

La Carta d'Ottawa estableix cinc estratègies que es consideren essencials i complementàries per crear un entorn que promogui la salut:

- 1). Elaborar una política pública sana.
- 2). Crear ambients favorables a la salut.
- 3). Reforçar l'acció comunitària.
- 4). Desenvolupar les aptituds personals.
- 5). Reorientar els serveis de salut.

Aquesta integració d'accions pot contemplar-se a diferents nivells (estat, regió, ciutat, barri,...) i la situació ideal es quan es combinen les accions a diferents nivells. Ex: programa Salut als Barris dins de la llei de Barris i Zones Urbanes d'Atenció Especial de 2004.

La carta de Bangkok complementa i amplia la d'Ottawa per la promoció de la salut. Preconitza que la promoció de la salut sigui una peça clau de l'agenda de desenvolupament mundial, que sigui una responsabilitat bàsica de tots els governs, que formi part de les bones pràctiques institucionals i que sigui un focus d'iniciatives de la comunitat i de la societat civil.

A la carta de Nairobi s'expressa la necessitat de reforçar l'empoderament comunitari, amb especial atenció als migrants, a les poblacions excloses i als pobres. L'imperatiu de l'APOC és assegurar que els recursos arribin a les zones que més els necessiten, disminuint les diferències d'equitat entre poblacions.

En l'àmbit d'actuació comunitària són d'interès tres conceptes:

- **Acció social en salut:** activitats que es produeixen a la societat i que contribueixen a millorar la salut (realitzades per individus, en la família, promogudes per associacions, ...).
- **Participació comunitària:** mecanismes que els serveis de salut posen en marxa i articulen, que són permeables a la influència del medi social. La població intervé en la

presa de decisions per satisfer les seves necessitats de salut.

- **Intervenció comunitària:** accions que els serveis emprenen sobre la comunitat.

CONCEPTE DE COMUNITAT

El terme comunitat fa referència a un grup d'individus que comparteixen un espai social, cultural i geogràfic determinat i uns valors i interessos comuns.

Des del punt de vista sociològic aquest concepte no és un bon model d'anàlisi per la realitat social, ja que en una comunitat també hi ha profundes desigualtats i diferències econòmiques, sanitàries i socials.

Cal articular mecanismes de participació comunitària que responguin a la diversitat social i permetin mantenir relacions fluides entre el centre de salut i l'entorn social.

MECANISMES DE PARTICIPACIÓ COMUNITÀRIA

La participació comunitària es produeix si el pacient i tot el seu entorn social poden influir en l'organització, els serveis i el funcionament de cada centre, en el professional i en la seva manera de treballar.

Això es pot produir a través dels **mecanismes** que són instruments concrets que permeten la participació comunitària en el treball dels centres de salut.

MECANISMES DE PARTICIPACIÓ COMUNITÀRIA EN AP

- ➔ Consell de salut.
- ➔ Contacte amb associacions i organitzacions.
- ➔ Relació amb altres sectors socials.
- ➔ Contacte amb les xarxes socials i líders comunitaris.
- ➔ Creació de grups de recolzament.
- ➔ Ús de recursos individuals de la comunitat.
- ➔ Agents comunitaris de salut.
- ➔ Personal no sanitari com informadors clau.
- ➔ Mètodes de participació dels usuaris.
- ➔ Enquestes de satisfacció.
- ➔ Sistema de suggerències i reclamacions.
- ➔ Cultura d'orientació als usuaris.
- ➔ Màxima capacitat d'elecció per part dels pacients.
- ➔ Màrketig i relacions públiques.
- ➔ Educació per la salut i participació.
- ➔ Plans comunitaris.
- ➔ Reds socials

CONSELL DE SALUT

Òrgan on es reuneixen un grup d'individus que representen a col·lectius socials, sectors amb repercussió sobre la salut i a professionals dels sistemes sanitaris.

Actualment està en crisi per manca d'un model clar de participació, poca voluntat política pel seu funcionament, entre altres...

CONTACTE AMB ASSOCIACIONS I ALTRES ORGANITZACIONS

Un dels instruments de participació més usats a Espanya.

Mantenir un marc de relacions amb les associacions locals ha de ser obligat en l'estratègia de participació social de qualsevol centre de salut. Malgrat tot, **és freqüent que no puguem contactar, a través d'associacions, amb els individus amb majors necessitats sanitàries.**

RELACIÓ AMB ALTRES SECTORS SOCIALS

Sectors politicoadministratius: ajuntaments, educació, medi ambient, serveis socials.

La declaració d'Alma-Ata considera l'acció intersectorial com un eix fonamental de l'estratègia en AP.

CONTACTE AMB LES XARXES SOCIALS I LÍDERS COMUNITARIS

Les xarxes socials es formen del conjunt de vincles que envolten l'individu (amistat, veïnat, llaços familiars, llocs de trobada, ...).

Els líders comunitaris ocupen llocs ben comunicats en les xarxes socials, i això els fa útils com a font d'informació.

Incorporar associacions de veïns o corporacions locals per accions de promoció de la salut són excel·lents formes de participació comunitària.

CREACIÓ DE GRUPS DE RECOLZAMENT

És un instrument d'intervenció sobre la comunitat, més que un mecanisme de participació social.

S'agrupen individus amb problemes similars, per millorar la seva evolució, a través de l'educació sanitària i l'intercanvi d'experiències entre ells.

AGENTS COMUNITARIS DE SALUT

Individus de la comunitat que realitzen activitats benèfiques per la salut de la col·lectivitat.

S'engloben aquí les cures de les mares als fills i als ancians, suport per part de veïns o coneguts, ...i totes les atencions sanitàries d'unes persones a altres **sense remuneració econòmica.**

L'OMS ha calculat que el 80 % del treball en salut

pertany a aquest tipus de cura, i que majoritàriament el realitzen les dones (66 %).

PERSONAL NO SANITARI COM INFORMADORS CLAU

El seu treball consisteix a rebre el pacient, donar-li informació i facilitar-li l'accés als serveis del centre.

La informació d'aquest personal ha d'incorporar-se per part de la direcció del centre per millorar els serveis i canals de comunicació amb el medi social.

ENQUESTA DE SATISFACCIÓ

La satisfacció dels pacients està relacionada amb aspectes rellevants des del punt de vista clínic, com l'adherència al tractament i les recomanacions preventives.

Hi ha molts mètodes per mesurar la satisfacció: grups nominals, de discussió, anàlisi de queixes, ...Els més comuns són els que utilitzen un qüestionari.

SISTEMA DE SUGGERÈNCIES I RECLAMACIONS

Tenen una doble funció: obtenir informació directa dels pacients sobre el funcionament dels serveis, i a partir d'això, millorar la gestió.

Per aprofitar les reclamacions com un mecanisme de participació individual és necessari que els professionals les deixin de considerar com un càstig, i que els pacients perdin la por a reclamar.

CULTURA D'ORIENTACIÓ A L'USUARI

Els individus que utilitzen el servei de salut demanden rebre un tracte personalitzat, saber a on han de dirigir-se, tenir un horari accessible i no haver d'esperar per ser atesos.

Generalment quan s'organitza l'horari de les consultes, o s'estableixen els procediments per accedir als serveis, es pensa més en l'organització interna que en l'accessibilitat i benestar dels usuaris.

Orientar el centre de salut a l'usuari significa tenir en compte el pacient per qualsevol decisió que li afecti.

MÀXIMA CAPACITAT D'ELECCIÓ PER PART DELS PACIENTS

Dotar els pacients de capacitat per elegir entre opcions de tractament, serveis, horaris, i entre els professionals que els atendran.

MÀRKETING I RELACIONS PÚBLIQUES

Aplicacions en els serveis sanitaris: màrketing social amb diferents mitjans per 'vendre' salut, màrketing de serveis i/o programes per posar en marxa una estratègia de risc des del centre de salut, i màrketing

intern per implicar els professionals en els objectius de la institució.

EDUCACIÓ PER LA SALUT I PARTICIPACIÓ

Model de participació i intervenció que capacita els individus per prendre decisions positives sobre la seva salut.

PLANS COMUNITARIS

Tenen com a objectiu afavorir projectes i programes compartits entre tots els recursos comunitaris de la població, i entre tots els recursos institucionals d'un determinat territori.

RED SOCIAL

Red social interprofessional: amb Internet es pot usar per tractar temes sobre la salut i per intercanviar idees sobre participació comunitària

Red social comunitària: identificar els líders de la comunitat, acudir als llocs on es relaciona la comunitat, i usar els moments i formes que són acceptats per la comunicació social. Aquestes qüestions són diferents en els diferents col·lectius de la població

PARTICIPACIÓ SOCIAL I RELACIÓ METGE-PACIENT

L'entorn immediat del pacient té molta importància per poder fer un treball clínic eficaç. S'ha de tenir en compte l'atenció familiar, la valoració del suport social pels ancians, el reforç de l'adherència al tractament i les mesures preventives, entre altres.

Està menys clar com influeix el medi comunitari global en la relació metge-pacient, encara que és evident que el prestigi d'un professional en el lloc on treballa és determinant per l'efectivitat del seu treball clínic o comunitari.

Cada cop és més freqüent la figura del **pacient actiu**, que és aquell individu que **vol decidir per si mateix sobre la seva pròpia salut** i exigeix al metge que actuï com agent informador, oferint-li diferents opcions amb les seves avantatges i inconvenients.

PROGRAMA D'ACTIVITATS COMUNITÀRIES EN AP DE LA SEMFYC

El **Programa d'Activitats Comunitàries en AP (PACAP)** de la SEMFYC promou i lidera iniciatives per l'intercanvi d'experiències entre els centres de salut amb activitats d'orientació comunitària, i proposa un marc teòric i pràctic per unificar i ordenar les activitats comunitàries dels centres de salut.

Té un caràcter descentralitzador, per incentivar a cada

comunitat a desenvolupar activitats que atenguin les seves pròpies peculiaritats.

La **Xarxa d'Activitats Comunitàries** és un dels instruments del PACAP per incorporar a l'exercici professional habitual, pràctiques de qualitat dirigides al treball amb grups i comunitats.

ATENCIÓ PRIMÀRIA ORIENTADA A LA COMUNITAT (APOC)

CARACTERÍSTIQUES DE L'APOC

- ➔ Dirigida a tota la població assignada al servei.
- ➔ Orientada a millorar la salut de tota la comunitat.
- ➔ Usa habilitats epidemiològiques i socials, a part de clíniques.
- ➔ La prevenció i promoció de la salut s'orienta a la resolució de problemes comunitaris i millora dels estats de salut.

POSSIBILITATS DE L'APOC

- ➔ Conèixer la distribució dels problemes de salut a la comunitat pot canviar l'orientació i prioritats de la pràctica clínica, i l'ús de recursos o especialització dels professionals.
- ➔ Tenir en compte tota la població, la consultant i la no consultant, permet orientar els recursos a les persones amb majors necessitats.
- ➔ Per incidir de forma rellevant en els problemes de salut amb determinants socials i ambientals cal l'acció comunitària i intersectorial. L'orientació de les intervencions assistencials a la millora de l'estat de salut de la comunitat permet l'anàlisi de l'efectivitat de l'atenció i l'avaluació de noves intervencions.

LIMITACIONS DE L'ORIENTACIÓ NOMÉS CLÍNICA DE L'AP

- ➔ No dirigida a la població que no demanda atenció.
- ➔ No té en compte la distribució dels problemes de salut en la comunitat.
- ➔ No té en compte els determinants ambientals i socials dels problemes de salut.
- ➔ La freqüència relativa dels problemes a la població demandant no reflexa la seva freqüència en la comunitat i a la inversa.
- ➔ No és conscient de les formes inicials del procés d'emmalaltir.
- ➔ No usa el contacte estret amb la comunitat per modificar la cadena causal de les malalties.

MARC CONCEPTUAL

L'**APOC** és la **pràctica unificada de l'AP individual i familiar amb l'atenció comunitària**, dirigida a millorar la salut de la comunitat com un tot. Les característiques d'un servei d'AP amb orientació a la comunitat són les següents:

- ➔ **Accessibilitat:** localització de l'equip en la pròpia comunitat, manca de barreres d'accés.
- ➔ **Enfocament global** de l'atenció sanitària que inclogui aspectes mentals i socials.
- ➔ **Integració de totes les funcions sanitàries:** curativa, preventiva, rehabilitadora i de promoció de la salut.
- ➔ **Coordinació** de l'atenció per tots els serveis i àmbits del sistema sanitari.
- ➔ **Equip de salut multidisciplinari.**
- ➔ **Continuïtat** de l'atenció en totes les etapes de la vida.
- ➔ **Movilitat de l'equip** fora del centre de salut.

BASES METODOLÒGIQUES

L'**APOC** és un procés continuat i sistemàtic d'identificació de les necessitats de salut de la comunitat, presa de decisions sobre les prioritats i la necessitat d'intervenció i planificació, implementació i avaluació d'aquesta intervenció.

El cicle de l'**APOC** comporta les següents etapes: (P-2007: 20)

■ 1). EXAMEN PRELIMINAR

Descriure la comunitat, llistat de les principals necessitats i problemes de salut que mereixeran un estudi més detallat per a una possible intervenció.

És una etapa àgil i de baix cost, que usa informació preexistent i rellevant (informes, estadístiques, registres).

Si no es disposa de dades de la mateixa comunitat, es poden usar dades de comunitats similars o més àmplies, que incloguin la nostra, sent conscients dels possibles biaixos.

Les dades han de ser complementades amb treball de camp, de discussió amb membres de la comunitat i els professionals sobre la seva percepció de la realitat. (P-1997: 01) (P-2002: 13) (P-2005: 08)

■ 2). PRIORITZAR

Ordenar els problemes de salut d'acord amb la seva importància i la factibilitat i eficiència de les intervencions proposades.

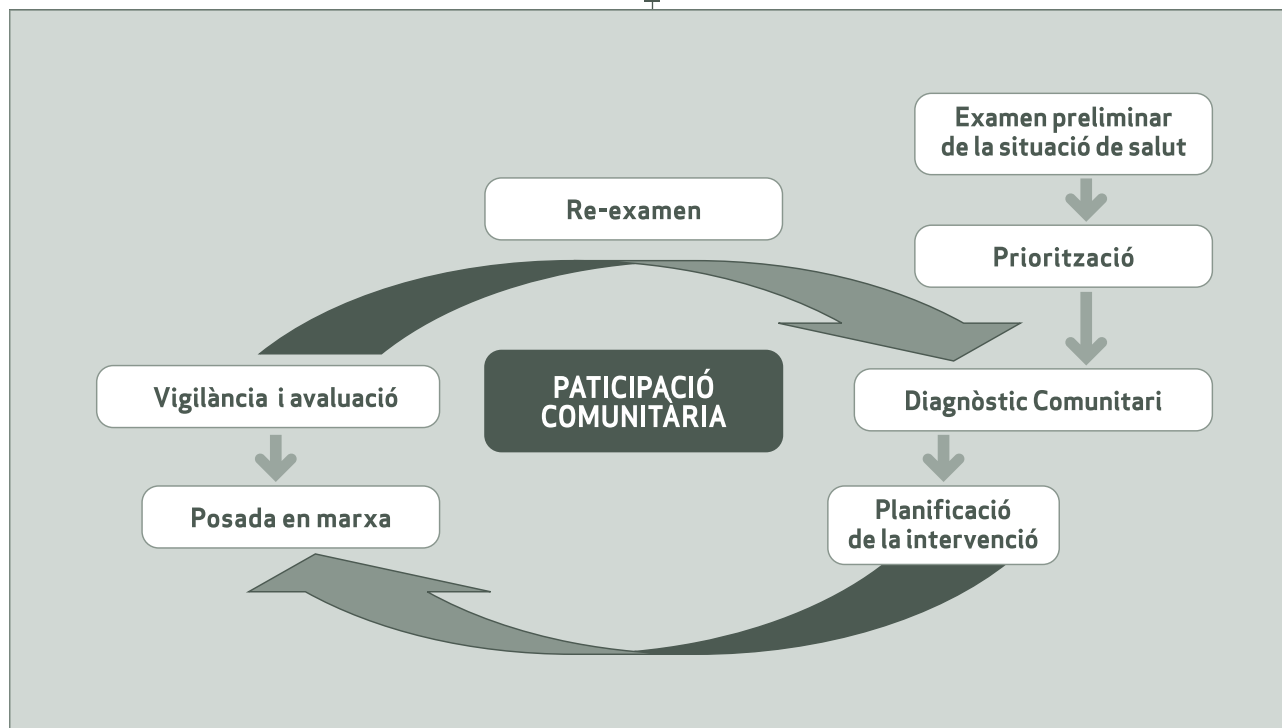
Es realitza de forma sistemàtica aplicant criteris predeterminats. (P-2003: 23) (P-2007: 19)

Per la priorització es poden utilitzar els Criteris de Hanlon que tenen en compte:

■ **a). Magnitud:** Nombre de persones afectades:

- Problema que afecta a 50 persones de cada mil = 10 punts.
- Del 5 al 44,9 per mil = 8 punts.
- Del 0,5 al 4,9 per mil = 6 punts.
- De 0 a 0,49 per mil = 4 punts.

■ **b). Gravetat:** puntuació de 0 a 10.



■ c). Eficàcia: solucions:

- Fàcils = 1,5.
- Difícils = 1.
- Inexistents = 0,5.

■ d). Factibilitat:

- La Intervenció és pertinent?
- Econòmicament possible?
- Tenim recursos?
- És legal?
- És acceptable?

Si responem amb un NO a alguna d'aquestes preguntes es puntuja amb un 0, si totes amb un sí = 1 punt.

S'aplica la següent fórmula: $(A + B) \times C \times D$

■ 3). DIAGNÒSTIC COMUNITARI

Estudi de la distribució i dels determinants d'un problema concret i del seu impacte en la comunitat.

Es confirmarà o no la necessitat d'intervenir. Generalment és un estudi epidemiològic descriptiu.

■ 4). DECISIÓ D'INTERVENIR

■ 5). PLANIFICAR EL PROGRAMA D'INTERVENCIÓ

Programa basat en els resultats del diagnòstic, l'evidència de la seva eficàcia i adequat als recursos comunitaris. Cal tenir en compte les experiències similars anteriors, publicades o recollides de la pròpia experiència o de la dels actors de la pròpia comunitat.

■ 6). EXECUCIÓ

■ 7). VIGILÀNCIA

Evolució de l'estat de salut de la comunitat i monitorització de les activitats del programa. Els aspectes més interessants que s'han de valorar són la cobertura (percentatge de persones a les que ha arribat cada

activitat del programa), el compliment (valora si s'ha fet el que s'havia de fer) i la satisfacció.

■ 8). AVALUACIÓ

De l'efectivitat de l'aplicació del programa de salut a la comunitat. Així com la vigilància és una valoració contínua, l'avaluació és una valoració final. Hi ha dos tipus d'avaluació: de resultats (resultats obtinguts i impacte en l'estat de salut de la població) i de procés (recursos usats, activitats realitzades i productes de les activitats).

■ 9). REEXAMEN DE LA NOVA SITUACIÓ DE SALUT

EPIDEMIOLOGIA I INVESTIGACIÓ EN APOC

L'epidemiologia en l'APOC s'interessa per la informació generada en la comunitat, l'analitza en el servei d'AP i l'aplica de forma directa. És una epidemiologia **local, específica i pragmàtica**.

La investigació es considera part del model de l'APOC ja que és la base per dur a terme un continu feedback del cicle.

L'avaluació pot generar informació útil per altres equips sobre l'efectivitat de les intervencions.

Per planificar programes de salut basats en l'evidència són útils les següents fonts:

- ➔ Biblioteca Cochrane.
- ➔ Guia de Serveis Comunitaris Preventius d'EUA (Estats Units d'Amèrica).

COORDINACIÓ INTERSECTORIAL

Cal una coordinació intersectorial dels diferents serveis comunitaris, ja que els factors polítics, econòmics, socioculturals i medioambientals intervenen a favor o en detriment de la salut.

SERVEIS DE SALUT QUE HAN DE COORDINAR-SE PER L'APOC

- ➔ Atenció Primària.
- ➔ Oficines de farmàcia.
- ➔ Centres de rehabilitació.
- ➔ Centres de dia.
- ➔ Serveis de salut pública de districte.
- ➔ Organismes locals de planificació sanitària.
- ➔ Centres d'atenció a les drogodependències.
- ➔ Centres de salut mental.
- ➔ Centres de planificació familiar.
- ➔ Serveis de laboratori, radiologia.
- ➔ Atenció especialitzada i hospitals generals bàsics.
- ➔ Serveis de salut privats.

(Veure quadre "SERVEIS COMUNITARIS D'ALTRES SECTORS QUE HAN DE COORDINAR-SE AMB L'AP" a la pàgina següent).

SERVEIS COMUNITARIS D'ALTRES SECTORS QUE HAN DE COORDINAR-SE AMB L'AP

- ➔ Serveis socials bàsics.
- ➔ Serveis educatius de districte.
- ➔ Centres d'ensenyament.
- ➔ Universitat i centres de formació professional.
- ➔ Guarderies.
- ➔ Biblioteques.
- ➔ Parròquies.
- ➔ Càrites.
- ➔ Centres d'educació d'adults.
- ➔ Centres d'oci infantojuvenils.
- ➔ Policia local.
- ➔ Mitjans de comunicació.
- ➔ Òrgans de justícia locals
- ➔ Presons.
- ➔ Empreses d'activitats locals.
- ➔ Residències geriàtriques.
- ➔ Organismes locals (sanejament, veterinària, comerç de l'alimentació).
- ➔ ONCE i altres organismes per discapacitats.
- ➔ ONG.

EFFECTIVITAT

Diversos estudis demostren l'efectivitat de l'aplicació de l'APOC especialment en les experiències de Sudàfrica, Israel i EUA.

Al 2010, Thomas R. Frieden va publicar "The Health Impact Pyramid", que va classificar les intervencions en salut, segons la seva efectivitat, en els següents cinc nivells:

- **1).** Educació i consell individual. Ex: consell de menjar de forma saludable
- **2).** Intervencions clíniques. Ex: diagnòstic i tractament de la hipertensió.
- **3).** Intervencions de protecció duradera. Ex: immunitzacions per les malalties infeccioses.
- **4).** Canvis en el context per fer que prevaleixin per defecte les decisions saludables. Ex: espais lliures de fum.
- **5).** Modificació dels factors socioeconòmics. Ex: accés a l'educació.

Les intervencions de protecció duradera són intervencions senzilles i d'alta efectivitat quan són plantejades des dels serveis de salut amb una estratègia de salut pública. Les intervencions clíniques segueixen sent senzilles (no tant) i d'efectivitat menor, però encara potencialment alta amb una bona organització i orientació poblacional dels serveis clínics. Mentre que

les accions educatives i de consell són intervencions d'efectivitat molt baixa si es plantegen únicament des dels serveis de salut.

FACTIBILITAT

■ **Factibilitat d'inici:** desenvolupament conceptual i pràctic del model en l'experiència a Jerusalem on va ser possible mesurar i demostrar que era factible aplicar aquesta forma de donar serveis d'AP amb orientació comunitària.

■ **Factibilitat d'aplicació:** possibilitat de la pràctica de l'APOC en la situació actual dels serveis de salut a Espanya o altres països.

■ **La realitat sanitària espanyola en AP té elements de pes en el valor potencial de l'APOC:** zones bàsiques de salut, cobertura universal i gratuïta, poques barreres per accessibilitat, actitud positiva de reorientació pel procés de reforma de l'AP, equips de treball multidisciplinaris, interès per la clínica basada en l'evidència,

Els inconvenients es deuen, principalment, a la falta de recursos, i habitualment també de coneixements en epidemiologia i planificació dels professionals d'AP, a les limitacions en l'ús de l'epidemiologia en les poblacions petites (menors de 100.000 habitants) per dur a terme la identificació de necessitats i l'avaluació de resultats en salut, i a les dificultats per la coordinació intersectorial i per les sinèrgies necessàries amb les polítiques públiques relacionades amb la creació de medis ambients saludables.

PRINCIPIIS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA I BASES METODOLÒGIQUES I

L'ANÀLISI DE SALUT DE LA COMUNITAT.

FONTS I TIPUS DE DADES. INDICADORS.

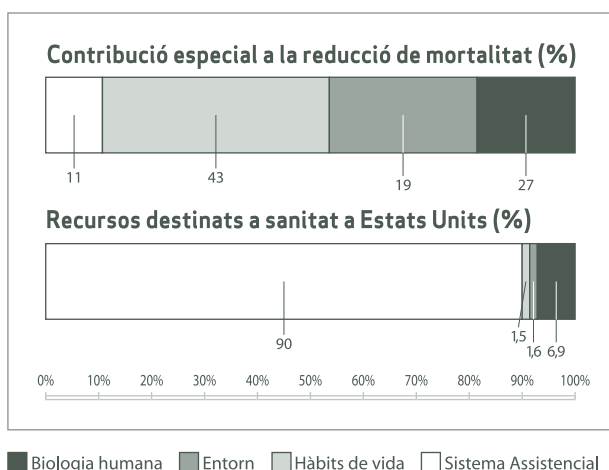
NECESSITATS DE SALUT, DEMANDES I OFERTES DE SERVEIS.

APLICACIONS DE LA DEMOGRAFIA A L'APS

01 INTRODUCCIÓ

El **procés salut-malaltia** és el resultat de la interacció permanent de factors genètics, socials i culturals, així com de l'aportació que a la salut ofereixen els sistemes sanitaris, i no únicament un procés biològic individual. Hi ha una **manca de correspondència entre la reducció de la mortalitat en relació als diferents determinants de salut, i la distribució dels recursos**.

Relació entre els recursos relacionats amb la salut i la seva contribució potencial a la reducció de mortalitat.



El concepte problema de salut supera l'àmbit clínic, i ha d'entendre's com qualsevol problema que es produeix a la comunitat amb conseqüències tant per la salut com socials i econòmiques.
(P-1997:02)

02 OBJECTIUS DE L'ANÀLISI

L'**anàlisi de la situació** de salut és una part imprescindible en el procés de planificació i programació sanitària, que ha de permetre millorar l'estat de salut de la població amb accions programades per solucionar els problemes detectats.

PREGUNTES QUE CARACTERITZEN L'ORIENTACIÓ DELS SERVEIS D'AP CAP A LES NECESSITATS DE SALUT DE LA POBLACIÓ

- ➔ Quin és l'estat de salut de la població?
- ➔ Quins són els factors determinants d'aquest estat de salut?
- ➔ Què s'ha fet fins ara, per part dels serveis i de la comunitat, respecte a aquest estat de salut?
- ➔ Què més es pot fer?
- ➔ Quines accions es faran per avaluar l'efecte de les activitats tendents a la millora d'aquest estat de salut?

Objectius de l'anàlisi de situació de salut:

- **1).** Reconèixer l'àmbit sociodemogràfic i de salut d'un territori definit.
- **2).** Identificar els principals problemes de salut.
- **3).** Priorització dels problemes de salut.
- **4).** Facilitar presa de decisions sobre el desenvolupament de programes de salut comunitària.
(P-2005:109)

CARACTERÍSTIQUES DE L'ESTRATÈGIA D'ANÀLISI

L'anàlisi de la situació de salut en l'àmbit de la zona bàsica de salut és un procés sistemàtic de recollida d'informació sobre les característiques demogràfiques i socials, la situació de salut i els recursos i serveis disponibles.

Aquest estudi **es basa en informació existent i fàcilment accessible**. Poden usar-se dades de poblacions properes amb característiques similars (tenint en compte biaixos), que poden ser matisades amb tècniques qualitatives.

■ El contingut de l'anàlisi de situació ha d'incloure:

- ➔ Característiques de la població.
- ➔ Extensió i impacte dels diferents trastorns i riscos per la salut.
- ➔ Interessos i preocupacions de la comunitat.
- ➔ Disponibilitat i ús dels serveis de salut i socials.

És una estratègia equivalent a la del diagnòstic de salut en àrees geogràfiques més grans.

SITUACIÓ SOCIODEMOGRÀFICA

DEFINICIÓ DE LA ZONA BÀSICA DE SALUT

Una **zona bàsica de salut** obeeix a criteris geogràfics, demogràfics i socials.

■ La descripció geogràfica permetrà conèixer:

- ➔ Accessibilitat geogràfica de cada zona, poder explicar diferències en demanda de serveis.
- ➔ Problemes amb el medi físic (carreteres, ...).
- ➔ Zones amb diferents nivells d'estat de salut.
- ➔ Connexions geogràfiques amb altres serveis sanitaris.
- ➔ Densitat de població.

HISTÒRIA DE LA CONSTITUCIÓ DELS NUCLIS POBLACIONALS

És important per conèixer els problemes relacionats amb la propietat dels béns immobles, la diversitat de creences religioses, socials o de llengües, les diferències racials, moviments migratoris que condicionen canvis culturals, ...

INFORMACIÓ MEDIOAMBIENTAL

■ Aquesta informació engloba:

- ➔ Estat de les aigües d'abastiment.
- ➔ Eliminació dels residus sòlids urbans i industrials.
- ➔ Grau de contaminació atmosfèrica.
- ➔ Grau de contaminació sonora.
- ➔ Higiene i conservació dels aliments.
- ➔ Serveis de transport i comunicacions.
- ➔ Densitat de tràfic.

La qualitat de l'aigua de consum és un dels aspectes més importants a controlar.

Respecte l'aigua d'abastiment és important conèixer l'estat dels paràmetres químics, físics i biològics en relació amb els valors límit que determina l'OMS. Les normes que regulen el control d'aquests paràmetres s'han dictat per la Unió Europea. És una informació pública.

Els indicadors que mesuren la qualitat de les aigües residuals estableixen un control del procés de depuració, amb anàlisi de paràmetres fisicoquímics i microbiològics.

La contaminació atmosfèrica es mesura per indicadors com la concentració a l'atmosfera de diòxid de sofre, partícules, fums, metalls pesats, ozó, pol·len i espores. També hi ha una normativa de la Unió Europea. Per mesurar la contaminació sonora s'usa el decibel.

INFORMACIÓ DEMOGRÀFICA

La informació demogràfica és útil per conèixer l'estructura de la població com a determinant de l'estat de salut.

Aquesta informació es basa en la població censada o empadronada, que és la **població de dret** i que no sempre coincideix amb la **població de fet** (usuària potencial dels serveis).

Els elements essencials són la distribució per grups d'edat i gènere. **La piràmide d'edat i gènere de la població permet una visió ràpida de la seva estructura.**

També és interessant la piràmide de la població atesa per analitzar quins sectors no són coberts pels sistemes sanitaris.

Convé saber el número de dones de 15 a 49 anys, el número de naixements i morts, i el número d'immigrants i emigrants. Caldria obtenir aquestes dades anualment.

PRINCIPALS INDICADORS DEMOGRÀFICS (P-1997 : 03) (P-2003 : 03) (P-2005 : 19)

Piràmide d'edat i sexe	Distribució per grups d'edat (generalment quinquenals) i sexe
Distribució per grans grups d'edat	Població d'ambdós sexes <15, 15-64 i > 64 anys
Índex d'envelliment	$\frac{\text{Número d'habitants} > 64 \text{ anys}}{\text{Número d'habitants} < 15 \text{ anys}} \times 100$
Índex de dependència	$\frac{\text{Número d'habitants} < 15 \text{ anys} + \text{número d'habitants} > 64 \text{ anys}}{\text{Número d'habitants de 15-64 anys}} \times 100$
Índex de dependència juvenil	$\frac{\text{Número d'habitants} < 15 \text{ anys}}{\text{Número d'habitants de 15-64 anys}} \times 100$
Índex de dependència senil	$\frac{\text{Número d'habitants} > 64 \text{ anys}}{\text{Número d'habitants de 15-64 anys}} \times 100$
Taxa de natalitat	$\frac{\text{Número de naixements anuals}}{\text{Població}} \times 1.000$
Taxa bruta de mortalitat	$\frac{\text{Número de morts anuals}}{\text{Població}} \times 1.000$
Taxa de fecunditat	$\frac{\text{Número de naixements anuals}}{\text{Número de dones de 15-49 anys}} \times 1.000$
Taxa de creixement natural	$\frac{\text{Número de naixements anuals} - \text{número de morts anuals}}{\text{Població}} \times 1.000$
Taxa de creixement migratori	$\frac{\text{Número d'immigrants anuals} - \text{número d'emigrants anuals}}{\text{Població}} \times 1.000$
Tasa de creixement demogràfic	Taxa de creixement natural + Tasa de creixement migratori

INFORMACIÓ SOCIOECONÒMICA

■ La informació socioeconòmica que s'ha de recollir comprèn:

- ➔ **Classe social:** predictora del grau de salut a través de la seva influència en les característiques somàtiques, psicològiques, incidència de determinades malalties, riscos per la salut i esperança de vida.
- ➔ **Tipus de vivenda.**
- ➔ **Condicions de la vivenda:** es pot usar un índex sintètic que inclou informació sobre antiguitat de la casa, espai vital, higiene i benestar.
- ➔ **Grau d'instrucció:** proporció de persones analfabetes.
- ➔ **Situació laboral:** important per la relació entre atur i salut. La descripció dels sectors d'activitat en primari (agricultura, ramaderia i pesca), secundari (indústria i construcció) i terciari (serveis), permet

caracteritzar el tipus de desenvolupament econòmic.

➔ Grups ètnics i religiosos.

Convé conèixer el nombre de llars unipersonals de persones de més de 75 anys per les repercussions sociosanitàries que produeixen.

SITUACIÓ DE SALUT

L'eina de mesura més utilitzada per valorar l'estat de salut són els **indicadors de salut**. S'elaboren a partir de dades observables i permeten conèixer la presència o absència d'un atribut de salut.

La gran majoria d'indicadors són d'estat de salut **negatius** (mortalitat, morbiditat, ...). En els últims anys s'han desenvolupat indicadors **positius** (índex i perfils de salut, ...).

MORTALITAT

Els indicadors de mortalitat són els més usats per mesurar l'estat de salut d'una població, probablement perquè són els més disponibles.

Els més coneguts són la **taxa de mortalitat bruta** i les **taxes de mortalitat específica**.

Entre aquestes últimes, les més útils són les taxes específiques per edat, sobretot la mortalitat infantil i perinatal. **Unes taxes de mortalitat infantil o perinatal elevades reflecteixen deficiències en el sistema sanitari.**

Són importants les taxes de mortalitat específiques per causes. En tot anàlisi de situació de salut cal fer una relació de les 5 o 10 primeres causes de mort.

L'anàlisi de tendències en les taxes de mortalitat ajuda a identificar problemes que s'agreuïn o milloren amb el temps.

Per una millor interpretació dels indicadors de mortalitat d'una població, cal comptar amb un valor de referència, que pot ser el de qualsevol unitat geogràfica de major tamany. Per aquesta comparació s'ha d'eliminar la influència dels factors que poden afectar al valor dels indicadors (edat, ...). Hi ha dos **mètodes d'estandardització**, el directe i l'indirecte.

Si la població és petita és preferible l'indirecte. S'obté la raó o índex de mortalitat estandarditzada.

Si és possible és preferible el mètode directe, s'obté la raó de mortalitat comparativa. Permet comparar zones entre sí, que no siguin la de referència.

La poca estabilitat de les taxes brutes, específiques o estandarditzades, si es treballa en àrees petites, obliga a utilitzar agregacions temporals.

Una mesura de mortalitat no influïda per l'estructura d'edat és l'**esperança de vida al néixer**. La comparació entre diferents zones geogràfiques permet detectar desigualtats en salut.

Té interès la mesura dels **anys potencials de vida perduts** per valorar l'impacte de la mortalitat prematura. És la diferència entre l'edat de la mort i l'esperança de vida teòrica de la població en estudi (sol prendre's el límit dels 70 anys).

Interessa conèixer les **morts potencialment evitables**, que són aquelles que haguessin pogut evitar-se amb mesures preventives o curatives eficaces en el sistema sanitari. Inicialment era un indicador de qualitat de l'atenció de salut, i ha evolucionat a **indicador de detecció de necessitats**.

MORBIDITAT

La **morbidity** es defineix com qualsevol separació subjectiva o objectiva de l'estat de benestar psicològic o fisiològic.

Aquest estat de no salut pot ser percebut i no generar demanda mèdica (**morbidity percebuda o sentida**) o objectivat per haver sol·licitat qualsevol tipus d'atenció (**morbidity diagnosticada**). La **morbidity no sentida només es pot conèixer amb mètodes de diagnòstic precoç**.

Les dades de morbidity són més difícils d'obtenir que les de mortalitat.

La informació més assequible és la de la morbidity diagnosticada. S'obté del registre de malalties de declaració obligatòria i dels registres hospitalaris. Els registres d'incapacitats laborals transitòries també aporten informació. La morbidity diagnosticada en AP és la menys coneguda.

La morbidity percebuda o sentida només es pot conèixer amb enquestes de salut.

(P-2002: 03) (P-2005: 66)

Altes hospitalàries

En l'anàlisi de situació de salut d'una comunitat cal limitar-se a uns pocs diagnòstics de l'alta hospitalària que puguin ser abordats des de l'AP.

Les hospitalitzacions per *ambulatory care sensitive conditions* mesuren l'ús dels serveis sanitaris per problemes de salut que s'haurien pogut prevenir i controlar en AP, i són un indicador del seu funcionament.

Malalties de declaració obligatòria (MDO)

Problemes de salut, malalties infeccioses, tributàries de vigilància epidemiològica i d'accions específiques en el camp de la prevenció.

Els butlletins epidemiològics setmanals donen informació dels diferents àmbits territorials.

Manual de notificació de les MDO per l'any 2005:

MALALTIES DE DECLARACIÓ NUMERICA (P-1999 : 21)

- Enteritis i diarrees (s'hi exclou la disenteria).
- Escarlatina.
- Grip.
- Leptospirosi.
- Varicel·la.
- Infecció genital per clamídies.
- Sífilis.
- Oftàlmia neonatal per gonococ.
- Infecció gonocòcica (s'exclou oftàlmia neonatal).
- Altres malalties de transmissió sexual (s'hi exclou la infecció genital per clamídies, gonocòcia i sífilis).

MALALTIES DE DECLARACIÓ INDIVIDUALITZADA

- Amebosi.
- Brucel·losi.
- Carboncle.
- Diftèria.
- Febre botonosa.
- Febre tifoide i paratifoide.
- Hepatitis A.
- Hepatitis B.
- Altres hepatitis (excloent A i B).
- Hidatidosi.
- Legionel·losi.
- Leishmaniosi.
- Lepra.
- Meningitis tuberculosa.
- Paludisme.
- Parotiditis.
- Rubèola.
- Rubèola congènita.
- SIDA.
- Sífilis congènita.
- Shigel·losi.
- Tètanus.
- Tètanus neonatal.
- Tos ferina.
- Triquinosi.
- Tuberculosi pulmonar.
- Altres tuberculosi (excloent tuberculosi pulmonar, i meningitis tuberculosa).

MALALTIES DE DECLARACIÓ URGENT

- Botulisme.
- Brots epidèmics de qualsevol etiologia.
- Còlera.
- Diftèria.
- Febre groga.
- Gastroenteritis per E. Coli O157:H7.
- Malaltia invasiva per Haemophilus influenzae B.
- Malaltia meningocòcica.
- Pesta.
- Poliomièlitis.
- Ràbia.
- Síndrome hemolítica-urèmica.
- Tífus exantemàtic.
- Xarampió.

■ REGISTRES DEL CENTRE DE SALUT

L'episodi d'atenció és la unitat d'anàlisi de les dades més utilitzat. **Té els següents avantatges:**

- Fàcil d'usar pel càlcul de la incidència.
- No infra o sobrevalora problemes de salut.
- Compatible amb la Classificació Internacional de l'AP (CIAP).
- Coherent amb una història clínica informatitzada.

■ ENQUESTES DE SALUT

- Permeten conèixer la morbiditat percebuda.
- Costoses, complexes.
- Ajuden a saber quines són les percepcions de la població sobre la seva salut i la valoració que fan dels serveis sanitaris.

■ HÀBITS I ESTILS DE VIDA

La influència dels hàbits de vida en la salut de la població és molt gran en comparació amb altres factors.

■ DEFICIÈNCIES, DISCAPACITATS I MINUSVALIDADES

Són les conseqüències de la malaltia sobre l'activitat física i social dels individus.

L'OMS estableix tres escales de conseqüències:

■ **Deficiència:** pèrdua, malformació o anomalia d'un òrgan, una estructura o una funció mental, psicològica, fisiològica o anatòmica (sordesa, falta d'una mà, retard mental).

■ **Discapacitat:** conseqüència de la malaltia sobre la persona, és a dir, restricció o manca d'habilitat per fer una activitat dins dels límits considerats normals (dificultat per parlar, per treballar, ...).

■ **Minusvalidesa:** conseqüència de la malaltia en el pla social, és a dir, limitació o impediment per complir les normes que imposa la societat, produït per una deficiència o incapacitat.

La informació es recull amb l'enquesta sobre discapacitats, deficiències i minusvalideses que fa l'Institut Nacional d'Estadística, i altres mesures com el grau d'institucionalització d'una població en centres sociosanitaris i la incapacitat laboral permanent i total. (P-1999: 33)

■ INDICADORS POSITIVS DE SALUT I QUALITAT DE VIDA

Destaquen l'estat vacunal de la població infantil i adulta, l'estat nutricional, el desenvolupament pondoestatural, la salut bucodental, el pes dels neonats, el número d'excumadors, o el grau de control de paràmetres de malalties cròniques.

Usats com indicadors de resultat de les intervencions sanitàries.

■ SALUT LABORAL

L'impacte del treball en la salut engloba:

- Malalties professionals.
- Trastorns de salut comuns agreujats per les condicions de treball.
- Morbimortalitat per accidents de treball. Hi ha manca de registres sistemàtics.

■ INFORMACIÓ DE L'ESTAT DE SALUT AMB MÈTODES QUALITATIUS

Impressions de l'equip de salut, de la comunitat i d'altres professionals, recollides a través d'entrevistes, grups focals de discussió, grups nominals, mètode Delphi, ...

■ ALTRES REGISTRES ESPECÍFICS

Registres de tumors, metabolopaties, malalties isquèmiques del cor, ...

La influència dels sistemes sanitaris i sociosanitaris en la salut de la població és petita en comparació amb altres factors.

RECURSOS COMUNITARIS D'AP

S'inclouen els serveis d'AP, els serveis socials, grups d'ajuda mútua.

SERVEIS DE SALUT DE REFERÈNCIA

No pertanyen a l'àmbit assistencial primari, però són serveis de suport.

Inclouen hospitals, serveis d'atenció especialitzada, serveis d'urgències, serveis de proves complementàries, centres sociosanitaris i prestacions específiques del sistema sanitari.

És important la coordinació amb AP, i la seva accessibilitat.

ALTRES SERVEIS COMPLEMENTARIS RELACIONATS AMB L'AP

Serveis directa o indirectament relacionats amb l'AP: centres d'ensenyament, entitats cíviques, culturals, recreatives i esportives, serveis municipals de medi ambient, benestar social, seguretat vial, urbanisme, ...

UTILITZACIÓ DELS SERVEIS

L'ús dels serveis es pot considerar com un indicador de necessitat de salut. Hi ha altres factors que condicionen la demanda: la pròpia existència dels serveis, l'organització de les activitats sanitàries, o el tipus d'activitats i prestacions ofertes.

L'anàlisi de l'ús dels serveis pot donar informació sobre cobertura, intensitat d'ús i freqüentació, tipus de recursos utilitzats, grau de derivació i tipologia de les demandes.

La **cobertura** es pot definir com la població que ha estat atesa almenys una vegada en els últims 5 anys. És interessant saber les proporcions de cobertura per grups d'edat i sexe, i veure quins grups són més freqüentadors.

Un indicador d'interès és la superposició de les piràmides de la població adscrita i l'atesa en els últims 5 anys. També és important conèixer la població atesa en l'últim any per saber el volum i evolució de la demanda.

L'atenció domiciliària també pot ser un indicador de les necessitats de salut, donat l'envelliment progressiu de la població.

Altres aspectes d'interès són la sol·licitud de proves complementàries, les derivacions a l'atenció especialitzada i ingressos hospitalaris, per identificar problemes de salut que esgotin la capacitat resolutiva de l'AP.

QUALITAT DELS SERVEIS

La informació que donen els mètodes i resultats de l'estratègia de la millora contínua de qualitat és útil per identificar problemes.

07

FONTS DE DADES

Les **fonts primàries** recullen la informació directament dels individus.

Les **fonts secundàries** són les que es troben en documents.

Per l'anàlisi de la situació de salut es prioritzaran les fonts secundàries. (P-1997:05)

FONTS D'INFORMACIÓ SECUNDÀRIES

Les principals fonts d'informació sistemàtica usades són el cens i el padró, les malalties de declaració obligatòria, les estadístiques de mortalitat i el registre de les altes hospitalàries.

CENS I PADRÓ

Els **censos** es fan **cada 10 anys** i són explotats per l'INE. És un problema l'actualització de les dades pel llarg període intercensal. Si el límit és el municipi o subdivisions d'aquest es pot usar el **padró municipal**. En el cens consten les següents variables: edat, sexe,

lloc de naixement, professió, grau d'instrucció, i tipus d'activitat, número de residents en el domicili, i característiques de la vivenda.

El padró es fa cada cinc anys, sol contenir menys informació (edat, sexe, lloc de naixement, data d'arribada al municipi, lloc de procedència, grau d'instrucció i activitat laboral). Anualment es pot tenir informació de les seves actualitzacions.

La informació més fiable és la referida a l'edat, sexe, lloc de naixement i estat civil. Les dades es donen almenys amb un any de retard.

De les dades dels naixements es pot obtenir l'edat de la mare i el pes del nadó.

La informació és pública i gratuïta, però no informa dels noms.

MALALTIES DE DECLARACIÓ OBLIGATÒRIA

La font de dades és responsabilitat dels departaments de Sanitat de les comunitats autònomes i d'alguns ajuntaments.

La informació és setmanal, però es poden demanar les dades agregades en altres períodes de temps, i per àmbits territorials.

ESTADÍSTIQUES DE MORTALITAT

Responsabilitat de l'INE i d'algunes comunitats autònomes i ajuntaments.

El contingut es basa en la causa bàsica de defunció. Es poden demanar el número total de morts per any (segons les causes de la mort), i distribució per edat i sexe.

Resultats en forma de números absoluts, taxes o anys potencials de vida perduts.

Els problemes es relacionen amb la fiabilitat de la informació per les imprecisions dels registres, i amb la falta de desagregació de les dades que impedeix conèixer la mortalitat per zones petites.

CONJUNT MÍNIM BÀSIC DE DADES

El conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària és un registre exhaustiu de totes les altes hospitalàries.

Conté el diagnòstic principal, fins tres diagnòstics secundaris i quatre procediments fets durant l'ingrés.

Els registres inclouen els diagnòstics codificats segons la CIM-9-MC, i informació sobre l'edat, sexe i altres variables.

Té periodicitat trimestral i anual. Es pot facilitar pel municipi de residència de la persona que realitza l'alta.

Poden haver els següents problemes: diferents criteris de codificació dels hospitals, el diagnòstic principal pot no ser el més important, les dades s'obtenen per altes i no per malalts.

La informació disponible sobre la població atesa i l'activitat assistencial en AP és deficitària i poc homogènia.

ALTRES FONTS DE INFORMACIÓ

■ Enquestes de salut: morbiditat percebuda, el grau de desagregació no permet obtenir informació d'un sector sanitari. (P-2010: 19).

■ Registres de salut laboral: inclouen malalties professionals i accidents de treball. S'obtenen de l'Institut Nacional de Seguretat Social. Els accidents no mortals són infravalorats per les empreses. Les altes hospitalàries o les incapacitats laborals transitòries són fonts alternatives.

08

IDENTIFICACIÓ DE PROBLEMES O NECESSITATS DE SALUT

- ➔ Problemes (P) amb magnitud o gravetat més alta que els de l'entorn.
- ➔ P. amb tendència a l'increment encara que no tinguin valors superiors als de l'entorn.
- ➔ P. que afectin a grups de joves (sobretot els que puguin alterar els grups familiars).
- ➔ P. en grups de població vulnerables.
- ➔ P. amb intervencions poc complexes i barates.
- ➔ P. amb intervencions de salut que si es deixen comportaria greus conseqüències.
- ➔ P. que comporten mortalitat o invalidesa, encara que la seva magnitud sigui inferior a la mitjana o no incrementin.
- ➔ P. sentits com tals per la comunitat.
- ➔ P. amb importants conseqüències socials.
- ➔ P. importants en absència de les anteriors consideracions.

09

PROBLEMES DE L'ANÀLISI DE SITUACIÓ DE SALUT

RECOLLIDA EXCLUSIVA D'INFORMACIÓ DE TIPUS QUANTITATIU

Cal treballar amb informació quantitativa i qualitativa ja que les dos són complementàries.

RECOLLIDA INDISCRIMINADA DE DADES

L'esforç ha de centrar-se en recollir la informació rellevant i disponible.

UTILITAT DE LA INFORMACIÓ EN ÀREES GEOGRÀFIQUES PETITES

Quan el denominador és petit, l'estabilitat de determinats indicadors de salut és molt baixa.

La recomanació és considerar períodes majors d'1 any per poder analitzar un número acceptable de casos quan la incidència sigui menor de l'1%.

FALTA DE CORRESPONDÈNCIA AMB LES ÀREES GEOGRÀFIQUES D'ALTRES REGISTRES OFICIALS

IDENTIFICACIÓ DE LES NECESSITATS DELS GRUPS MARGINALS

Aquests grups són poc demandants, així que el problema apareix quan treballem amb informació sobre la demanda de serveis.

Encara que els seus problemes siguin molt importants i es registrin, influiran poc en els indicadors globals ja que afecten a poques persones.

Reconèixer aquest problema sensibilitza per trobar diferències i sortir fora del centre per identificar-les.

INFORMACIÓ DE LA COMUNITAT

El coneixement de les preocupacions i expectatives de la comunitat és imprescindible per orientar les intervencions i perquè siguin acceptades per la població.

MANCA D'ACTUALITZACIÓ

És imprescindible que l'anàlisi inclogui un número reduït i seleccionat d'indicadors.

MANCA D'APLICABILITAT

El principal problema és no complir els objectius de l'anàlisi.

**PRINCIPIIS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA
i BASES METODOLÒGIQUES I
L'ENFOCAMENT FAMILIAR DE L'APS.
EL CICLE VITAL FAMILIAR.
DISFUNCIÓ FAMILIAR I MALALTIA.
INTERVENCIÓ FAMILIAR**

01

INFLUÈNCIES SOCIOCULTURALS EN LES CURES DE SALUT. ENFOCAMENT FAMILIAR EN AP.

INFLUÈNCIES SOCIOCULTURALS EN LES CURES DE SALUT

La conducta de qualsevol ésser viu només pot entendre's situant-la en l'ambient que l'envolta. En l'ésser humà, aquest context comprèn, a més de factors físics i ambientals, una dimensió única, que és ser un ser social.

La **cultura** es pot definir com la manifestació d'un conjunt de conductes d'adaptació que sosté a una societat en un context ambiental determinat.

Hi ha una estreta relació entre la percepció de la salut i la forma d'emmalaltir amb aspectes econòmics, socials i culturals.

ASPECTES CULTURALS I SOCIALS RELACIONATS AMB LA SALUT

En la majoria de societats la institució que transmet els continguts de la seva cultura és la família.

Els continguts de la cultura es manifesten com valors socials, normes socials i regles, que poden tenir influència sobre la salut i la malaltia.

Els **valors** reflecteixen l'actitud que té una societat davant els dilemes més transcendents. Tenen consistència interna, són resistents al canvi, i poden absorbir informació que sembli contradictòria.

Els sistemes de creences són **normes socials** molt més properes a l'individu.

La **regla** és l'expressió més concreta, pràctica i personalitzada, que es tradueix en conducta, del sistema de creences d'un individu.

L'evolució de l'AP, amb la seva aspiració d'oferir una atenció integral, requereix analitzar el procés salut-malaltia des d'una perspectiva cultural.

CONCEPTE SOCIOCULTURAL DE MALALTIA I DOLÈNCIA

En funció del seu significat social i cultural, les patologies poden tenir dues dimensions:

■ **Malaltia:** trastorn fisiològic objectiu, universal, independent de l'individu que la pateix.

■ **Dolència:** percepció individual del trastorn funcional, subjectiva, depèn de característiques psicològiques i culturals de l'individu que la pateix.

Els professionals de la salut no només s'han d'ocupar de la malaltia, si no també dels trastorns socials, la por, la incertesa i la frustració en relació amb la dolència.

CLASSE SOCIAL I RELACIÓ AMB EL PROCÉS SALUT-MALALTIA

Pertànyer a un determinat grup social implica una vulnerabilitat diferent davant els agents patògens.

La **desigualtat** es refereix a diferències en salut.

La **inequitat** fa referència a diferències innecessàries i evitables.

Segons el Ministeri de Sanitat (Informe de la Comissió per l'estudi de desigualtats socials a Espanya, 1996) les comunitats amb nivell socioeconòmic baix tenien una taxa de mortalitat superior a les de major nivell socioeconòmic. Algunes patologies cròniques (MPOC, hipertensió, diabetis) es pateixen amb més freqüència a mesura que disminueix la classe social.

RELACIÓ METGE-PACIENT DES DE LA PERSPECTIVA SOCIO-CULTURAL

El procés s'inicia quan un individu es presenta un canvi en l'estat de salut. Segons la cultura i sistema de creences de cada individu, és diferent la importància que cadascú atribueix a un símptoma.

El pacient es planteja si necessita acudir al metge (en funció de mites, creences, pors, unitats d'informació, ...).

Si el pacient decideix consultar el següent problema és l'accessibilitat. A Espanya, excepte en zones rurals, no hi ha grans problemes d'accessibilitat geogràfica, però sí hi poden haver barreres culturals (ex. immunitzacions en gitanos).

També intervé en la decisió de consultar la disponibilitat de recursos aliens al sistema sanitari (medicines paral·leles, autocura de la salut).

En l'entrevista el metge i el pacient aporten dos models diferents d'entendre la malaltia, i el debat entre aquests ha de conduir a un acord, a través d'un procés de negociació.

ENFOCAMENT FAMILIAR EN AP

La concepció sistèmica de la família s'entén com un subsistema social obert, en interacció amb el medi natural, cultural i social, on cada integrant interactua com microgrup amb un entorn familiar on hi ha factors biològics, psicològics i socials d'importància en l'estat de salut. És un sistema dinàmic que pot ser causa de malalties, o un recurs de gran valor.

En l'estudi de l'atenció familiar cal distingir entre família sana o malalta, i família normofuncional o disfuncional.

Amb els dos primers termes es fa referència a la prevalença i incidència de malalties en una família determinada.

La **família disfuncional** és aquella que es fa ineficaç, no pot exercir les seves funcions com agent social primari, i això influeix sobre els estats de salut o malaltia.

TEORIA SISTÈMICA

■ ELEMENTS I SUBSISTEMES

La família es constitueix per elements que interaccionen entre sí, s'organitzen en subsistemes i es relacionen amb l'entorn. Hi ha tres subsistemes amb significació especial:

- Conjugal.
- Parental (funció de criar els fills, format pels pares i s'hi pot incloure algun altre membre).
- Fraternal (grup de germans).

■ HOMEÒSTASI FAMILIAR

Per homeòstasi familiar s'entén la interacció entre els membres de la família, que facilita una relació emocional i física i promou el desenvolupament individual i familiar, permetent els canvis necessaris sense que s'afecti l'equilibri del sistema.

Davant de comportaments conflictius d'algun dels membres o estímuls externs es posen en marxa **mecanismes de retroalimentació negatius** que mantenen l'homeòstasi familiar, i es tanquen les fronteres familiars.

■ CANVI FAMILIAR

Per facilitar el canvi les famílies responen amb mecanismes de retroalimentació positiva, i permeabilitzen les fronteres, permetent un bon flux de comunicació amb l'entorn.

■ MORFOESTASI I MORFOGÈNESI

La morfoestasi pretén la conservació i continuïtat de la família, la protegeix.

La morfogènesi permet l'acomodació als canvis de la família, i el creixement del sistema familiar.

La família normofuncional manté un equilibri amb els mecanismes morfoestàtics i morfogenètics, equilibrant les tendències a l'homeòstasi i al canvi.

FACTORS QUE INTERVENEN EN EL MODEL

■ FACTORS FAMILIARS

L'impacte dels esdeveniments estressants depèn de:

- Estructura familiar (monoparental, ...).
- Etapa del cicle vital familiar.
- Creences i valors, experiència en crisis similars.
- Relacions interpersonals.
- Funció familiar (que permet l'equilibri).

■ ESDEVENIMENTS VITALS ESTRESSANTS

Episodis que els individus perceben com negatius i que s'acompanyen d'un canvi vital.

■ FACTORS PSICOSOCIALS

Causes que originen problemes psicosocials i disfunció familiar. Altres situacions a part dels esdeveniments vitals estressants: transició en l'etapa del cicle vital, ...

■ SUPORT SOCIAL

Funció de protecció individual i familiar davant els esdeveniments vitals estressants.

■ RECURSOS DEL PROPI PACIENT

PROBLEMES CLÍNICS RELACIONATS AMB L'ATENCIÓ FAMILIAR

■ PROBLEMES PSICOSOCIALS

Situacions d'estrès social que fan aparèixer manifestacions clíniques, físiques, psíquiques o psicosomàtiques, així com crisis i/o disfunció familiar.

Una de les activitats més rellevants del metge de família és detectar, diagnosticar i intervenir sobre problemes psicosocials, per la seva elevada prevalença, i les dificultats per descobrir-los.

■ CRISIS DE DESENVOLUPAMENT

El pas d'una fase a l'altra del cicle vital és la crisi de desenvolupament.

Els canvis de fase són universals i previsibles. Això permet que el metge de família pugui aconsellar sobre els canvis que caldrà fer per prevenir problemes d'adaptació de la família a les noves etapes.

DIFERÈNCIES ENTRE EL TREBALL AMB FAMÍLIES I LA TERÀPIA FAMILIAR

DIFERÈNCIES ENTRE EL TREBALL EN FAMÍLIES I LA TERÀPIA FAMILIAR

Treball en famílies

- ➔ Professional d'atenció primària.
- ➔ Coneix i tracta a tots els membres de la família.
- ➔ Respon a totes les demandes físiques, psíquiques...
- ➔ Temps limitat de consulta.
- ➔ Conceptes sistèmics per generar hipòtesis i plantejar intervencions.

Teràpia familiar

- ➔ Professional de segon o tercer sector d'atenció.
- ➔ Contacte específic amb la família.
- ➔ Només tracta famílies disfuncionals.
- ➔ Temps gairebé il·limitat.
- ➔ Planteja hipòtesis complexes sobre dinàmica familiar.

01

ATENCIÓ LONGITUDINAL: CICLE VITAL FAMILIAR

DETECCIÓ DE PROBLEMES PSICOSOCIALS A LA CONSULTA

Es recomana fer un enfocament familiar davant les següents circumstàncies:

- ➔ Síntomes i signes mal definits.
- ➔ Problemes de salut mental.
- ➔ Hiperutilització dels serveis.
- ➔ Incompliment de la prescripció.
- ➔ Problemes d'addició.
- ➔ Nens amb problemes.
- ➔ Crisi familiar.

GENOGRAMA

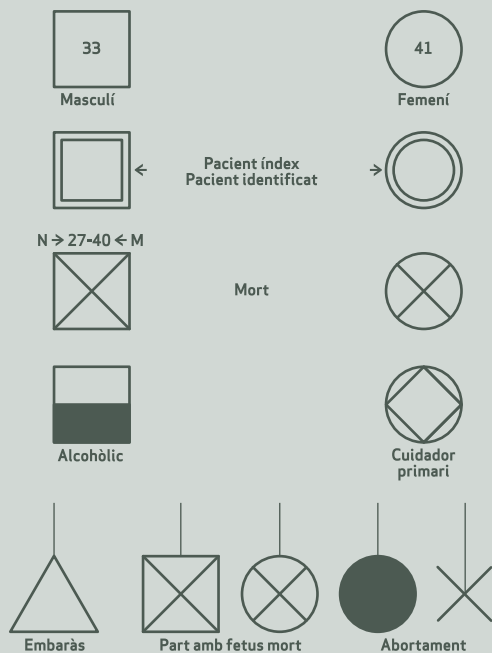
El **genograma** és un instrument clínic pràctic, que facilita l'enfocament sistèmic familiar en l'atenció del pacient, i dona una visió ràpida i integrada dels problemes biomèdics i psicosocials.

És l'eina més útil en l'estudi dels problemes psicosocials.

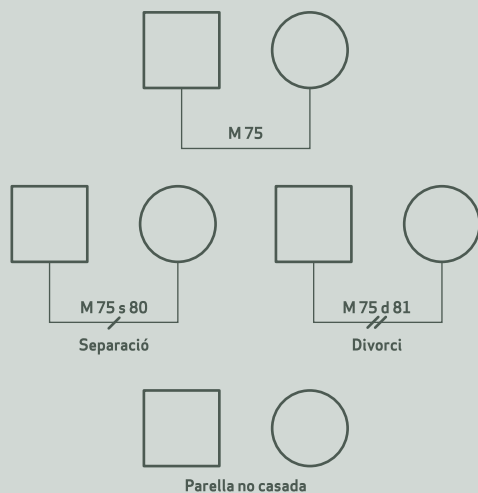
CONSTRUCCIÓ DEL GENOGRAMA

Han d'estar representades almenys tres generacions.
(Pàgina següent)➔

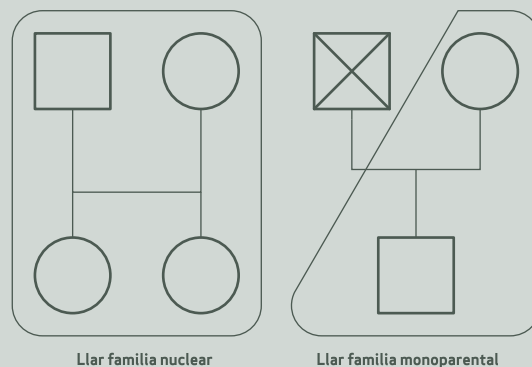
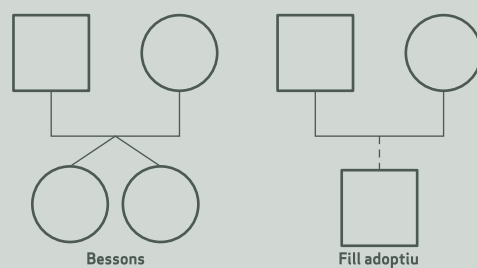
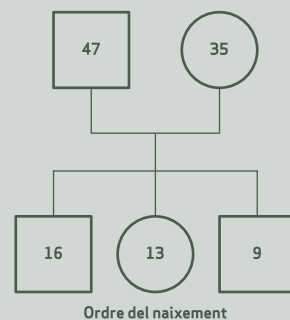
DIFERENTS SÍMBOLS UTILITZATS EN UN GENOGRAMA



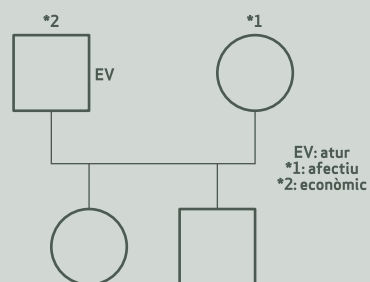
LÍNIES PER INDICAR MATRIMONI, SEPARACIÓ, DIVORCI I UNIO DE FET



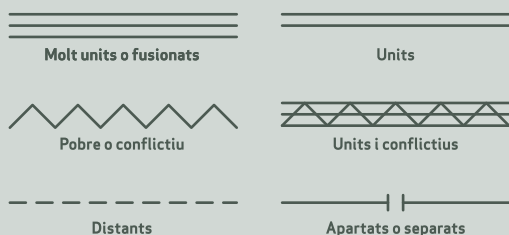
SUBSISTEMA PARENTAL I DE LA LLAR



INDICACIÓ DELS ESDEVENIMENTS VITALS ESTRESSANTS (EV) I XARXA SOCIAL (*)



LÍNIES PER INDICAR RELACIONS FAMILIARS



L'edat s'escriu dins el símbol de cada membre. La data de naixement i la mort s'escriuen a dalt del símbol, i la professió a la dreta del mateix.

Els problemes de salut també a la dreta del símbol. És important representar les relacions entre els membres de la família.

Ordre per realitzar el genograma:

- ➔ Analitzar el problema que motiva l'estudi de la família.
- ➔ Família de procreació i llar (components de la família: edat, sexe, nivell educatiu, situació laboral, malalties). Etapa del cicle vital.
- ➔ Famílies d'origen (edat, matrimonis, morts, divorcis, activitat laboral, ...).
- ➔ Esdeveniments vitals estressants i xarxa social.
- ➔ Entorn (amics, veïns, ...).
- ➔ Relacions familiars.

El genograma precisa una entrevista amb línia argumental ordenada, però prou oberta per facilitar el relat dels fets més significatius de la història familiar.

INTERPRETACIÓ DEL GENOGRAMA

Àrees d'interpretació del genograma

- ➔ Estructura familiar.
- ➔ Tipologia familiar.
- ➔ Subsistema fraternal.
- ➔ Cicle vital familiar.
- ➔ Repetició de patrons familiars durant generacions (alcoholisme, suïcidi...).
- ➔ Esdeveniments vitals i suport social.
- ➔ Patrons relacionals familiars (díades, triangles).

■ Estructura familiar:

- ➔ **Família extensa:** viuen més de dos generacions a la llar dels avis. Sol haver llaços afectius intensos.
- ➔ **Família nuclear íntegra:** pares i fills. Estructura familiar més comú a Espanya.

- ➔ **Família nuclear ampliada:** a la llar viuen altres persones (vinclat consanguini: àvia, o no: hoste).
- ➔ **Família monoparental:** un sol cònjuge i els seus fills.
- ➔ **Família reconstituïda:** dos adults formen una nova família, i almenys un d'ells aporta un fill d'una relació anterior.

(P-2002:88) (P-2010:5)

■ Patrons relacionals familiars.

- ➔ **Díades:** conflicte conjugal.
- ➔ **Triangles:** configuració emocional de tres persones on el funcionament de cadascun influeix en l'altre. Freqüents en les famílies disfuncionals.

QÜESTIONARI PER DETECTAR PROBLEMES PSICOSOCIALS

El GHQ-28 de Goldberg (validat al nostre país per Lobo) s'ha usat per la detecció de problemes psicosocials a la consulta del metge de família. Està subdividit en quatre subescales amb set preguntes cadascuna, referides a símptomes somàtics, ansietat, disfunció social i depressió. Cada pregunta té quatre respostes, puntuant només les dues de la dreta. Es considera que hi ha sospita de patir un problema psicosocial quan el número de respostes assenyalades a aquestes columnes és de 8 o més.

AVALUACIÓ DELS ESDEVENIMENTS VITALS ESTRESSANTS

■ ESTUDI DELS ESDEVENIMENTS VITALS: ESCALA DE REAJUST SOCIAL DE HOLMES I RAHE

Qüestionari autoadministrat amb 43 ítems. A cadascun dels episodis li correspon uns valors (unitats de canvi vital: UCV). L'escala s'inicia amb l'esdeveniment de màxima puntuació que és la mort del cònjuge amb 100 UCV i acaba amb lleus transgressions de la llei que corresponen a 11 UCV.

Quan l'escala puntua més de 150 UCV es considera que els esdeveniments vitals estressants afecten a la dinàmica familiar i poden representar un problema psicosocial.

■ ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DE L'ESCALA DE REAJUST SOCIAL

Preguntes per cada un dels 43 ítems de l'escala. Apareixen nous interrogants a partir de les respostes, que permeten relacionar el problema amb els factors estressants.

AVALUACIÓ DEL SUPORT SOCIAL

El suport social té dos components: quantitatius o estructurals (quantitat de suport que es percep), i qualitatiu o funcionals (percepció de la qualitat del suport). Aquests últims són els que més influeixen sobre l'estat de salut.

■ QÜESTIONARI MOS (P-2002: 103)

Té 20 ítems, el primer sobre el tamany de la xarxa social i els altres sobre diferents dimensions del suport (emocional o informacional, instrumental o d'ajuda material, relacions socials d'oci i afectiu). Índex de suport social distribuït en un valor màxim (94), mig (57) i mínim (19).

■ QÜESTIONARI DUKE-UNC (P-1997: 101)

Qüestionari autoadministrat que mesura el recolzament social amb 11 preguntes. Permet conèixer el suport social percebut, el suport emocional o afectiu (demostració d'empatia, afecte) i el suport confidencial (poder comptar amb persones amb les que comunicar-se).

AVALUACIÓ DE LA FUNCIO FAMILIAR (P-1997: 00)

■ MODEL CIRCUMFLEX D'OLSON

Escala de 20 ítems, que mesura l'adaptació i la cohesió familiar. Hi ha dos respostes per cada ítem, una sobre les expectatives del pacient, i l'altra sobre la seva percepció de la realitat.

En l'adaptabilitat es distingeixen quatre tipus:

- Rigidesa.
- Estructuració.

- Flexibilitat.
- Caos.

I en la cohesió:

- Desvinculació.
- Separació.
- Connexió.
- Fusió.

Destaquen quatre tipus de disfunció greu:

- Desvinculació caòtica.
- Desvinculació rígida.
- Fusió caòtica.
- Fusió rígida.

■ QÜESTIONARI APGAR FAMILIAR

Qüestionari autoadministrat, amb cinc preguntes tancades. Avalua el grau de satisfacció de l'enquestat respecte el funcionament familiar. Cada pregunta puntua de 0 a 2. Famílies normofuncionals (7 punts o més), disfunció familiar lleu (4-6), disfunció familiar greu (0-3).

Serveix per donar la pista de disfunció familiar, no per diagnosticar-la. (P-2005: 89)

CICLE VITAL FAMILIAR

La seqüència d'estadis que passa la família des de la seva creació fins la seva dissolució és el **cicle vital familiar**. (P-1999: 99) (P-2000: 38) (P-2005: 101)

L'etapa de "niu buit" centra els seus problemes a dos nivells: adaptació de la parella a la nova situació, torna a estar sola; i problemes de senectud.

CLASSIFICACIÓ DE LES ETAPES DEL CICLE VITAL FAMILIAR, SEGONS MODEL DE L'OMS MODIFICAT

ETAPA	DES DE	FINS
I Formació	Matrimoni	Naixement del primer fill
IIA Extensió	Naixement del primer fill	El primer fill té 11 anys
IIB Extensió	El primer fill té 11 anys	Naixement del darrer fill
III Final de l'extensió	Naixement del darrer fill	El primer fill abandona la llar
IV Contracció	El primer fill abandona la llar	El darrer fill abandona la llar
V Final de la contracció	El darrer fill abandona la llar	Mort del primer cònjuge
V Dissolució	Mort del primer cònjuge	Mort del cònjuge supervivent (extinció)

ETAPES DE LA INTERVENCIÓ FAMILIAR BASADA EN LA SOLUCIÓ DE PROBLEMES

- **1).** Primera etapa: Selecció de casos i explicació del mètode terapèutic.
- **2).** Segona etapa: Elaborar la llista de problemes, usar el genograma per l'estudi de la família i l'entorn social, relacionar les dades de la lectura i interpretació del genograma i la llista de problemes elaborada pel pacient, seleccionar els problemes sobre els que s'anirà a intervenir.
- **3).** Tercera etapa: Generar solucions, usar el genograma en la generació de solucions, elegir la solució més idònia, assenyalar les tasques per solucionar el problema
- **4).** Quarta etapa: posada en pràctica de la solució elegida i avaluació.

PRINCIPIIS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA I BASES METODOLÒGIQUES I HISTÒRIA CLÍNICA I SISTEMES DE REGISTRE A L'APS

01 INTRODUCCIÓ

Tradicionalment les dades clíniques i assistencials es recullen en la història clínica dels pacients i en els llibres de registre. Actualment la informatització permet integrar totes les bases de dades, i agilitzar la recollida i explotació de la informació assistencial i econòmica.

02 HISTÒRIA CLÍNICA

FUNCIONS PRINCIPALS

■ **Atenció a l'individu i la família:** s'ordenen les dades de forma que la lectura agilitzi les decisions diagnòstiques i terapèutiques. Les activitats preventives es fan més freqüentment si hi ha un mecanisme que recordi que s'han d'aplicar.

■ **Garantir la continuïtat.**

■ **Assegurar la qualitat de l'assistència:** font de dades per auditories i valoració d'actuacions davant demandes judicials.

■ **Base de dades sanitàries:** permet conèixer els diagnòstics i les activitats preventives i curatives aplicades sobre la població atesa. Útil per l'organització dels serveis assistencials, l'atenció a la comunitat, la facturació o els estudis d'investigació retrospectius.

EVOLUCIÓ DELS MODELS

Abans es tenia poc en compte la continuïtat de l'assistència.

Les dades s'agrupaven de forma cronològica (antecedents familiars, hàbits, antecedents patològics, malaltia actual, exploració física, curs clínic i epícrisi), i la història clínica es convertia en un munt de documents.

Això obligava els metges a confiar en la seva memòria per fer el seguiment clínic.

■ Tres aportacions bàsiques han marcat l'evolució de les històries clíniques:

■ **Una única història clínica per pacient:** implantat pels germans Mayo al St. Mary's Hospital al 1907. Va millorar molt la continuïtat.

■ **Mètode estandarditzat del registre de dades:** iniciat a la dècada de 1920 pels hospitals nord-americans.

■ **Història clínica orientada als problemes:** iniciat per Lawrence Weed a la dècada de 1960. Es fa una llista de problemes mèdics i socials, tenint en compte els diagnòstics establerts, i els símptomes que encara no siguin un diagnòstic estàndard. De cada problema es fa un pla diagnòstic i terapèutic que es va desenvolupant en cada trobada amb el pacient. **Permet un seguiment indefinit, i afegir nous problemes, així com inactivar els resolts.**

(P-2003: 104)

El desenvolupament de l'AP i l'inici de l'especialitat en MfiC va permetre, durant la dècada de 1980, desenvolupar models d'història clínica basats en aquests tres principis.

Des de la dècada dels seixanta es va intentar emmagatzemar la informació clínica amb una base familiar per la seva indiscutible influència sobre la salut dels individus. Però aquest model no ha aconseguit implantar-se. Es realitza un escàs abordatge familiar a la pràctica clínica habitual.

ESTRUCTURA

La majoria dels models d'història clínica a Espanya són històries clíniques orientades als problemes, que divideixen la informació en quatre parts.

■ DADES BÀSIQUES DEL PACIENT

■ Antecedents personals i familiars, malaltia actual i exploració física.

■ Cal anotar la data de recollida de les dades.

■ Els models de suport en paper estan dissenyats per canviar periòdicament el full de dades bàsiques.

■ La història familiar és de vital importància.

■ LLISTA DE PROBLEMES

■ És la part fonamental de la història clínica.

■ El problema és qualsevol malaltia, o alteració en el camp biopsicosocial de la salut que sigui objecte d'atenció pels professionals.

■ Es numeren per facilitar el seguiment i s'hi afegeix la data de detecció o canvi de situació.

■ Es classifiquen en actius i inactius.

■ Aquest sistema de treball permet:

■ Especificar i separar el que és normal d'allò que no ho és.

■ Plantejar els problemes amb la major precisió

possible.

■ Visió global del pacient.

■ Hi ha la dificultat de posar els incidents de menor importància en el llistat, de vegades processos banals de repetició poden orientar a una patologia greu.

■ **La llista de problemes millora la identificació i el seguiment dels problemes de salut en AP, entre una visita i la següent, sobretot quan les realitzen metges diferents.**

■ PLANS INICIALS

Orientació diagnòstica, terapèutica i d'educació sanitària de cadascun dels problemes.

Són útils sobretot en casos complexos o no inclosos en protocols específics.

■ NOTES D'EVOLUCIÓ

S'estructuren en quatre apartats: MEAP (motiu de consulta, exploració, avaluació i pla), equivalent a SOAP (S de subjective - dades aportades pel propi pacient, O de Objective - impressió del professional per l'entrevista, exploració clínica o proves complementàries, A d'assessment - pronòstic i valoració del problema, i P de Pla - diagnòstic, terapèutic o d'educació sanitària).

S'usen fulls de monitorització pel seguiment de variables (dades d'exploració física, resultat anàlisis, ...).

ELEMENTS DE SUPORT

Aquests elements corresponen al full d'interconsulta, el carnet recordatori de cites, o el full de prescripcions cròniques. Té especial interès la fitxa d'edat i sexe, ja que va ser l'instrument bàsic per l'enfocament comunitari en l'AP.

L'assistència ha passat a ser una responsabilitat compartida per diferents professionals. La cura compartida necessita una transmissió adequada de la informació clínica entre els professionals. Un estudi ha demostrat que el 80 % dels fulls de derivació que emet el metge de família no li arriben amb resposta.

El consultor vol saber tots els antecedents del pacient, el motiu de derivació, i la identificació del metge que el deriva; mentre el metge de família està interessat en el diagnòstic, i les recomanacions sobre el seguiment.

Caldria avançar en definir el tipus d'informació que ha de ser compartida, consensuar els sistemes de codificació, i els mecanismes per compartir-la, respectant la confidencialitat.

INFORMATITZACIÓ DE L'AP

La transició dels registres manuals als mecànics és una tasca difícil. En el procés d'informatització es recomana incloure inicialment les dades de filiació, la llista de

problemes, les prescripcions, les incapacitats, i les exploracions complementàries.

Les **xarxes integrades de salut** permeten l'intercanvi d'informació i transmissió d'informació com imatges o anàlisis.

Actualment es treballa en entorns amb **web server**.

L'**estació clínica de treball** és l'instrument fonamental del professional sanitari. No és un programa, ja que integra informació de diferents bases de dades. Ha de permetre compartir informació i garantir la continuïtat dels processos i la confidencialitat.

FUNCIONS DELS PROGRAMES D'HISTÒRIA CLÍNICA INFORMATITZADA

■ a). Introducció i recuperació de dades clíniques:

■ La història clínica informatitzada permet incloure moltes funcionalitats impossibles per la història en paper, però la funció que ha de guiar-ne el disseny ha de ser la de servir de suport per l'atenció sanitària del pacient.

■ Les dades han de ser fàcilment accessibles en qualsevol moment.

■ El nivell d'accés ha de canviar depenent de les funcions de cada professional, i el format de presentació de les dades s'ha d'adaptar a la situació dels diferents professionals.

■ b). Introducció i visualització del resultat de proves:

■ Es facilita la legibilitat de la informació.

■ Si les dades (anàlisis, exploracions complementàries,...) entren directament a la història, s'agilitza el temps en aquestes tasques, i s'elimina una font d'errors.

■ L'entrada automàtica de resultats de proves permet incloure alertes que avisin quan els resultats són anormals o hi ha implicacions clíniques.

■ c). Introducció d'ordres i automatització de processos administratius:

■ Es generen automàticament documents com informes, comunicats de baixa laboral, receptes.

■ La implantació dels sistemes de recepta electrònica aportarà beneficis tant als pacients com als professionals.

■ d). Sistemes de recolzament a la decisió clínica pel professional:

■ La informatització de la història clínica permet la incorporació de sistemes d'ingrés estructurat de dades.

■ Els sistemes informàtics de recolzament a les decisions clíniques (Computerized Decision Support Systems: CDSS) aporten eines que generen alertes o recordatoris, i proporcionen informació històrica del pacient quan és necessari. Exemple d'alerta: detecció de possibles interaccions entre fàrmacs. Exemple de recordatori: vacunacions i cribatges.