



a

La salut des d'una perspectiva comunitària.

Materials bàsics per a la infermera comunitària.

Antonio Martínez Sabater

María Luisa Ballestar Tarín

Rebeca Isabel Martínez Pascual

Raquel María Martínez Pascual

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA



Facultat d'Infermeria i Podologia

La salut des d'una perspectiva comunitària.

Materials bàsics per a la infermera comunitària.

Autors:

Antonio Martínez Sabater

María Luisa Ballestar Tarín

Rebeca Isabel Martínez Pascual

Raquel María Martínez Pascual

Editorial: Graficas Alhori

ISBN: 978-84-128511-8-2

D.LEGAL: v-2986-2025

Contingut

INTRODUCCIÓ	13
GUIA DE L'ASSIGNATURA	17
Objectius de l'assignatura.....	19
Competències de l'assignatura	19
MODEL PROFESSIONAL DE LA INFERMERA COMUNITÀRIA EN EL MARC DEL SISTEMA DE SALUT	28
Capítol 1: Infermeria en Salut Comunitària	30
Introducció	30
Concepte d'infermeria comunitària	30
Àmbits d'actuació de la infermeria comunitària	34
La pràctica professional de la infermeria comunitària[5].....	34
Capítol 2: Atenció Primària de Salut	38
Característiques del sistema sanitari a Espanya	38
Evolució històrica del sistema sanitari a Espanya	38
Estructura del sistema sanitari espanyol	40
Evolució històrica de l'Atenció Primària de Salut en el context internacional	41
Capítol 3: L'organització de l'Atenció Primària a Espanya i en la Comunitat Valenciana	44
Característiques estructurals del sistema sanitari espanyol	44
El Centre de salut i l'equip d'atenció primària	45
L'Atenció Primària de Salut en la Comunitat Valenciana.....	45
Elements del marc general d'organització	46
Capítol 4: Els sistemes de registre en Atenció Primària.....	52
El sistema d'informació sanitària	52
SIAP a la Comunitat Valenciana: ABUCASIS	55
Sistema d'Informació Poblacional (SIP).....	58
Registre de Vacunes Nominal (RVN).....	58
Orion Clinic	58
Capítol 5: Coordinació sanitària.....	64
Introducció	64
Conceptes clau	65

Marc legal per a l'atenció sanitària i sociosanitària	65
Barreres i reptes	66
Característiques dels serveis sociosanitaris	68
Proposta d'un model integral d'atenció sociosanitària	71
Soledat, perspectiva sociosanitària	71
LA INTERVENCIÓ COMUNITÀRIA DES DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT	74
Capítol 6: La comunitat	76
Introducció: Justificació i context	76
El concepte de comunitat i la seua rellevància en la salut pública	77
Elements bàsics i estructurals de la comunitat	78
Factors de cohesió social i la seua relació amb la salut física i mental	80
Determinants socials de la salut en la comunitat	81
Capítol 7: El desenvolupament comunitari	84
El desenvolupament comunitari	84
Fonaments de la metodologia comunitària	84
Protagonistes del treball comunitari	85
Coordinació comunitària	87
Equip comunitari	87
Instruments de l'equip comunitari	88
Capítol 8: L'estudi comunitari de salut. Una proposta d'investigació- acció participativa	90
Definició de l'estudi comunitari de salut	90
Metodologia d'investigació: Investigació-acció participativa	90
Capítol 9: La participació comunitària	101
Introducció	101
Participació comunitària	103
Participació comunitària en salut	104
Capítol 10: La comunitat i el suport social	106
Conceptualització del suport social	106
Xarxa i suport social	107
Dimensions del suport social	108
Avaluació del suport social	108
Àmbits del suport social	109
Tipus de suport social	110

Manual de l'assignatura

Instruments de mesura	111
Estratègies d'intervenció en suport social.....	112
Implicacions del suport social en la promoció de la salut	114
LA FAMÍLIA COM A UNITAT D'ATENCIÓ DE LA INFERMERIA COMUNITÀRIA	116
Capítol 11: La família com a unitat d'atenció de la infermeria comunitària	118
Introducció	118
Conceptualització de família.....	120
Tipologia familiar	121
Cicle vital familiar	123
Estructura i funcions de la família.....	125
El funcionament familiar.....	127
Problemes en el desenvolupament familiar.....	129
La salut familiar	131
Rol de la infermeria comunitària en l'abordament familiar: La valoració familiar	133
Instruments d'avaluació familiar.....	135
Crisi familiar	141
Capítol 12: El maltractament en la infància: El paper de la infermeria comunitària	142
Introducció	142
Definicions de maltractament infantil i tipus de maltractament.....	143
Factors de risc.....	145
Repercussions per a la infància	146
Protocols per a la detecció i actuació de la infermeria comunitària enfront del maltractament infantil	150
Actuació de la infermera comunitària.....	151
L'atenció sanitària a les persones trans en la consulta d'infermeria comunitària.....	151
La mutilació genital femenina	154
Capítol 13: La violència cap a les persones majors: El paper de la infermeria comunitària.....	158
Introducció	158
Definicions i tipus de maltractament cap a la persona major.....	158
Tipus de maltractament	159
Edatisme o discriminació per edat	161
Característiques de les víctimes.....	161
Factors de risc en la persona major	162

Factors de risc en el cuidador	162
Factors de risc de l'entorn	163
Conseqüències del maltractament	163
Conseqüències físiques.....	164
Conseqüències psicològiques i emocionals	164
Conseqüències socials	165
Conseqüències per al cuidador i la família	165
El paper de la infermeria comunitària	165
Seguiment continu i avaluació.....	168
Capítol 14: La visita domiciliària com a instrument de la infermeria comunitària	170
Introducció	170
Conceptes bàsics de l'atenció i visita domiciliària	170
Desenvolupament de la visita domiciliària	171
Activitats d'infermeria i fases de la visita domiciliària.....	173
Cuidadores informals: Necessitats, problemes de salut i el rol de la infermeria en el seu suport.....	175
Capítol 15: L'atenció domiciliària del pacient fràgil i dependent.....	179
L'ancià fràgil en l'atenció domiciliària	179
Valoració geriàtrica integral	179
Procés de valoració i desenvolupament del pla de cures.....	191
Lesions per dependència	193
Cures pal·liatives en atenció domiciliària	195
Definició i objecte del servei d'ajuda a domicili	197
LA PREVENCIÓ I EL CONTROL DE LA MALALTIA	200
Capítol 16: Les malalties sotmeses a la vacunació	201
Introducció	201
Programes de vacunació a Espanya.....	202
Què és una vacuna	204
Classificació de les vacunes	205
Pautes de vacunació	206
Administració de les vacunes	207
Conservació i maneig de vacunes: la cadena de fred	210
Calendari de vacunació	211

Manual de l'assignatura

Vacunació en grups i situacions de risc	217
Capítol 17: Les malalties no transmissibles	221
Les malalties no transmissibles	221
Estratègia Mundial per a la Prevenció i el Control de les ENT	222
Estratègies preventives	223
Detecció sistemàtica o cribratge:.....	226
Programes de cribratge a Espanya	229
Estratègies per a l'atenció de pacients crònics en la C. Valenciana	232
Model d'atenció integrada de casos complexos en la Comunitat Valenciana	235
Les infermeres gestores de casos complexos.....	237
Capítol 18: La consulta d'infermeria	240
La consulta d'infermeria	240
Funcions i responsabilitats del personal infermer en consulta.....	241
Prescripció infermera en la consulta d'atenció primària.....	243
Motivació i tècniques motivacionals per al canvi de conductes	247
L'entrevista motivacional en la consulta d'infermeria	249
LA PROMOCIÓ DE LA SALUT: ESTRATÈGIES D'ACCIÓ	252
Capítol 19: Promoció de la salut.....	253
Concepte de promoció de la salut (PS)	253
Antecedents de promoció de la salut	254
Característiques de la promoció de la salut	255
Conferències de promoció de la salut	259
Instruments i activitats de promoció de la salut.....	261
Comunicació (informació) i màrqueting social.....	261
Reorientació dels serveis. Desenvolupament de polítiques públiques i legislació	262
Desenvolupament comunitari, participació i empoderament.....	263
Educació per a la salut	264
Capítol 20: Salutogènesi i model d'actius de salut.....	265
Introducció	265
Salutogènesi	265
Sentit de coherència (SOC).....	267
Model de dèficit i model d'actius	269
Actius per a la salut	271

Model d'actius per a la salut	271
Model d'actius comunitaris (Kretzmann i McKnight, 1993)	272
Capítol 21: Educació per a la salut	275
Educació per a la salut (EPS) i alfabetització sanitària	275
Educació per a la salut què és?	276
Objectius de l'EPS	277
Models d'educació per a la salut: Evolució i enfocaments	278
Educació per a la salut tradicional enfront l'actual.....	279
Àrees d'intervenció de les EPS	281
Tipus d'intervencions en EPS	282
Prevenció: Un pilar fonamental en el sistema sanitari.....	283
Fonament de l'educació per a la salut.....	285
Responsabilitats, funcions i habilitats del professional d'infermeria com a educador.....	287
Capítol 22: Comunicació en salut	290
Aspectes bàsics de la comunicació	290
Estils de comunicació	292
Errors i barreres en la comunicació.....	293
La comunicació entre pacient i professionals sanitaris	295
La comunicació en salut: antecedents i definició.....	298
Objectius de la comunicació en salut	299
Característiques de la comunicació en salut.....	301
Capítol 23: Comunicació en salut. E-Salut. Tecnologies	303
La comunicació en salut pública	305
Capítol 24: Ètica i seguretat del pacient.....	308
1. Introducció a l'ètica i seguretat del pacient en infermeria comunitària	308
Consideracions ètiques vinculades a la pràctica de la infermeria comunitària i l'educació per a la salut.....	309
Seguretat del pacient. Aspectes bàsics en infermeria comunitària	312
Seguretat del pacient: Conceptes clau	313
SALUT I DIVERSITAT CULTURAL	319
Capítol 25: Cultura i salut.....	321
Introducció	321
1. Conceptes clau	321

Manual de l'assignatura

2. Cultura i salut	325
Capítol 26: Atenció a la diversitat cultural	329
Introducció a l'antropologia de la salut	330
L'antropologia de la salut: Conceptualitzacions clau	331
Investigació en antropologia de la salut.....	331
Aplicacions professionals de l'antropologia de la salut	332
Salut de la població immigrant.....	337
ESTILS DE VIDA EN LA PROMOCIÓ DE LA SALUT I LA PREVENCIÓ DE LA MALALTIA.....	340
Capítol 27: La conducta humana, determinant de la salut i la malaltia.....	341
La conducta humana, determinant de la salut i de la malaltia	341
Factors relacionats amb la conducta de la salut.....	341
Teories i models explicatius de conductes de salut.....	342
Models de conducta en EPS	345
Com canviar la conducta?.....	349
Aplicació en la modificació de la conducta de salut	352
Enfocaments d'educació per a la salut	352
Capítol 28: Estils de vida i salut	355
Estils de vida: Definició	355
Avaluació dels estils de vida saludables.....	356
Estratègies per a la promoció dels estils de vida saludable	357
Estratègies comunitàries	363
El fenomen <i>chemsex</i>	369
PLANIFICACIÓ D'UN PROJECTE D'EDUCACIÓ PER A LA SALUT.....	375
Capítol 29: L'acció educativa. Els programes d'educació per a la salut	376
Introducció	376
Concepte de programa en EPS.....	377
Dimensió educativa dels programes de salut	378
Planificació curricular en l'educació per a la salut.....	379
Funcions del currículum.....	380
Models per a l'elaboració de programes i activitats d'intervenció	382
Capítol 30: Anàlisi de la situació i delimitació del problema.....	388
Anàlisi de la situació i marc de decisions.....	388
Definició del problema.....	389

Definició d'objectius	390
Mètodes educatius i estratègies	392
Capítol 31: El grup com a poder educador. Tècniques de grup aplicables a l'educació per a la salut en infermeria comunitària	397
El grup com a poder educador	397
Educació per a la salut i el rol dels grups	397
Tècniques de grup aplicables a l'educació per a la salut	398
Limitacions i reptes del treball grupal	402
El pacient expert en la teràpia grupal	403
Capítol 32: Avaluació de programes de promoció i educació per a la salut.	405
Avaluació de programes d'educació per a la salut	405
Avaluació de l'avaluabilitat.....	406
Avaluació de l'impacte i resultats.....	407
Avaluació integral del programa	409
ATENCIÓ D'INFERMERIA EN ELS PROGRAMES DE SALUT	411
Capítol 33: Promoció de la salut en l'entorn educatiu.....	413
Programa d'educació per a la salut a l'escola en la Comunitat Valenciana	413
Promoció de la salut a les escoles	414
Problemes de salut de l'alumnat escolar	415
La infermeria escolar.....	417
Escola promotora de salut	419
Universitats promotores de salut.....	421
Capítol 34: Obesitat infantil	426
L'obesitat infantil	426
Diagnòstic i detecció	427
Factors de risc.....	427
Prevenió de l'obesitat	428
Atenció en la consulta	429
L'estratègia NAOS.....	431
Capítol 35: Programes de prevenció del càncer	437
Malalties no transmissibles (MNT): Un repte global de salut pública	437
Càncer. Situació actual	438
Programes de cribratge en la Comunitat Valenciana.....	439

Manual de l'assignatura

Capítol 36: Tabaquisme	448
Introducció: El tabaquisme com a problema de salut pública	448
Mesures globals contra el tabaquisme	449
El rol de la infermeria comunitària contra el tabaquisme.....	452
Diagnòstic del tabaquisme.....	453
Tractament del tabaquisme	453
Referències bibliogràfiques.....	457
Normes legislatives.....	457
Recursos bibliogràfics	461

VNIVERSITAT
E VALÈNCIA



Facultat d'Infermeria i Podologia

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA 

Facultat d'**I**nfermeria i **P**odologia

INTRODUCCIÓ



Facultat d'Infermeria i Podologia

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA 

Facultat d'**I**nfermeria i **P**odologia

La infermeria comunitària s'erigeix com un pilar essencial dins dels sistemes de salut moderns, i es configura no sols com una àrea especialitzada de la pràctica professional, sinó també com una resposta integral a les necessitats complexes i diverses de les comunitats. Aquest manual, titulat *Manual d'Infermeria Comunitària*, ofereix un enfocament exhaustiu i metòdic sobre aquesta disciplina, subratllant la transcendència del rol de la infermeria comunitària en la promoció de la salut, la prevenció de malalties i l'atenció integral de les persones, les famílies i les comunitats.

La importància de la infermeria comunitària transcendeix els límits de l'exercici clínic. Aquest perfil professional està estretament vinculat al benestar col·lectiu, ja que combina coneixements científics, competències tècniques i habilitats socials per a garantir que la salut siga entesa i atesa en un marc holístic. A diferència d'altres especialitats centrades en la persona, la infermeria comunitària s'orienta cap a la comprensió dels determinants socials de la salut, l'enfortiment de la cohesió social i la implementació d'estratègies d'intervenció adaptades al context específic de cada població.

Des dels seus orígens en el segle XIX, amb l'aparició de les primeres infermeres de districte a Liverpool i, anys més tard, amb les infermeres de salut pública creades per Lillian Wald als Estats Units, la infermeria comunitària ha evolucionat com una resposta a les desigualtats socials i a les mancances en salut de les comunitats més vulnerables.

Al nostre país, el desenvolupament de la infermeria de salut pública es produeix amb molt més retard en el temps. Les raons són diverses, però es podria assenyalar principalment la diferent situació socioeconòmica d'Espanya, en la qual no es produeix el mateix desenvolupament industrial, i les seues conseqüències; a més de la inexistència d'un moviment sanitari com l'anglès i el poc desenvolupament de noves idees en el terreny sanitari. No obstant això, encara que amb un cert retard en relació amb altres països europeus, al llarg de les primeres dècades del segle XX la sanitat espanyola aconseguiria un important grau de desenvolupament.

La institucionalització de la infermeria de salut pública a Espanya va començar amb la Instrucció General de Sanitat de 1904 i es va consolidar en la dècada de 1930 amb la creació de la figura de la infermera visitadora sanitària. L'Escola Nacional de Sanitat, amb el suport de la Fundació Rockefeller, va impulsar programes de formació especialitzats en salut maternoinfantil i de lluita contra malalties com la tuberculosi. No obstant això, l'inici de la Guerra Civil en 1936 va truncar aquests avenços: va impedir la posada en marxa de l'Escola Nacional de Visitadores de Madrid i va afectar el desenvolupament professional de moltes infermeres que s'havien format en aquest àmbit.

Després de la guerra, el règim franquista va reorganitzar la formació sanitària amb la creació en 1941 de l'Escola Nacional d'Instructores Sanitàries, que emfatitzava tant la preparació tècnica com l'educació moral. La fragmentació de títols i l'aparició de noves figures professionals, com les visitadores socials i les infermeres de Falange, juntament amb la implantació de l'Assegurança Obligatòria de Malaltia en 1942, van generar una proliferació de rols dins de la infermeria comunitària. Finalment, en 1953 un decret va unificar totes aquestes professions sota la figura de l'ajudant tècnic sanitari (ATS), i desplaçava l'enfocament de la infermeria cap a un model més assistencial que comunitari.

A Espanya, la professionalització d'aquesta especialitat va tenir un punt d'inflexió avançat el segle XX, amb la integració de la infermeria en l'àmbit universitari i el desenvolupament de l'atenció primària amb l'aprovació de la Llei General de Sanitat en 1986.

Aquest marc històric posa en relleu la capacitat de la infermeria comunitària per a adaptar-se als canvis socials i polítics i consolidar-se com un factor clau en la transformació dels sistemes de salut. La infermera comunitària, com a protagonista d'aquesta evolució, no sols ha sigut testimoni d'aquests canvis, sinó també una agent activa en la promoció de reformes que prioritzen l'accés universal, l'equitat i la sostenibilitat.

El rol de la infermera comunitària abasta una àmplia gamma de competències i responsabilitats, que van des de la promoció d'estils de vida saludables fins a l'educació per a la salut i la implementació de programes de prevenció. Entre les seues funcions destaquen:

- Diagnòstic de necessitats comunitàries. Utilitzant eines epidemiològiques i tècniques d'investigació social, les infermeres comunitàries identifiquen les principals problemàtiques de salut que afecten les comunitats, i permeten un enfocament proactiu en la planificació d'intervencions.
- Promoció de la salut i prevenció de malalties. La infermeria comunitària adopta un enfocament preventiu que cerca mitigar els riscos abans que es convertisquen en problemes crònics. Això inclou programes de vacunació, educació nutricional i estratègies per al control de malalties transmissibles i no transmissibles.
- Atenció centrada en la família i la comunitat. Considerant la família com a unitat bàsica de cura i la comunitat com un sistema dinàmic, la infermera comunitària dissenya plans d'intervenció que promouen l'autocura i la participació activa dels individus en el seu procés de salut.
- Treball en equip i coordinació interdisciplinària. En un entorn de salut cada vegada més complex, les infermeres comunitàries exerceixen un paper essencial en la coordinació de recursos i serveis garantint una atenció integral i contínua.

En el context actual, marcat per l'envelliment poblacional, l'augment de les malalties cròniques i les desigualtats socials, la infermeria comunitària afronta nombrosos desafiaments. La pandèmia de COVID-19 va evidenciar la importància de comptar amb sistemes de salut resilents i professionals capaços de liderar intervencions en situacions de crisi. En aquest escenari, la infermera comunitària reafirma la seua rellevància com a líder en la promoció de la salut, la gestió de recursos i l'educació sanitària.

El futur de la infermeria comunitària dependrà de la seua capacitat per a adaptar-se als canvis tecnològics, enfortir la formació en investigació i ampliar la col·laboració amb altres sectors per a abordar els determinants socials de la salut. A més, serà crucial fomentar una major participació de la comunitat en la presa de decisions i consolidar el paper com a intermediària entre la població i els sistemes de salut.

El present manual constitueix una guia per a l'alumnat de la assignatura i pretén aprofundir en els fonaments i aplicacions de la infermeria comunitària en la professió d'Infermeria. El contingut, estructurat entorn de temes com la intervenció comunitària, l'educació per a la salut, l'atenció domiciliària i els programes de prevenció, proporciona les eines necessàries per a comprendre i afrontar els reptes actuals de la disciplina, que permet al nostre alumnat reconèixer la transcendència de la infermeria comunitària en la millora de la qualitat de vida de les persones i en la construcció de comunitats més saludables. Per la qual cosa considerem que l'assignatura és una peça clau per a formar professionals compromesos amb un enfocament integral i humà de la salut.

GUIA DE L'ASSIGNATURA

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA 

Facultat d'**I**nfermeria i **P**odologia

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA 

Facultat d'**I**nfermeria i **P**odologia

L'assignatura d'Infermeria Comunitària és la segona de les tres que fonamenten la matèria de Salut Pública i Infermeria Comunitària, dins del perfil curricular del pla d'estudis d'Infermeria de la Universitat de València.

Objectius de l'assignatura

L'OMS considera que la Infermeria Comunitària "ha de comptar amb coneixements profunds sobre la complexitat, tant de les persones, famílies i grups com de les interaccions que es produeixen entre ells. Així mateix, ha de conèixer la comunitat en la qual ofereix serveis, els recursos disponibles, les diferents maneres d'interactuar entre els seus membres, etc.". A més, ha d'estar "preparada per a intervenir en òrgans de salut pública, ja que ella pot identificar elements en el barri o en la comunitat que influeixen de manera positiva o negativa en la salut de la família i les persones que la componen, per la qual cosa haurà de ser una activa participant de la comunitat pel que fa a programes de salut, incloent-hi col·legis locals, organitzacions no governamentals, grups de la comunitat, culturals, socials, religiosos, etc. elaborant una acció comunitària com un element essencial de l'Atenció Primària de Salut".

L'objectiu principal de l'assignatura d'Infermeria Comunitària és desenvolupar en l'alumnat les capacitats necessàries per a donar respostes a les necessitats i problemes de salut de l'individu, la família i la comunitat, així com proporcionar unes cures i una educació sanitària adequades, mitjançant activitats dirigides a promoure la salut, prevenir i restaurar la malaltia, especialment en l'àmbit de l'Atenció Primària i dins d'un equip multidisciplinari.

Per a això, l'alumnat ha d'aconseguir els objectius específics següents:

- Conèixer conceptes bàsics d'atenció primària de salut.
- Descriure el context de treball de la Infermeria Comunitària dins del nostre Sistema Nacional de Salut.
- Identificar les necessitats i els problemes de salut de l'individu, la família i la comunitat en l'àmbit de l'Atenció Primària.
- Identificar les estratègies per a la Promoció de la Salut, la prevenció de la malaltia i les cures.
- Determinar les cures d'infermeria específiques en aquest àmbit, centrades principalment en la promoció i prevenció de la salut.
- Promoure la participació de la persona, la família i la comunitat en l'autocura de la seua salut i la del seu entorn.
- Justificar la importància del treball en equip per a fomentar l'atenció de qualitat en Atenció Primària.
- Valorar i integrar en les cures l'entorn familiar i social com a element fonamental per a una atenció integral.
- Elaborar, aplicar i avaluar programes d'educació per a la salut.

De tots aquests objectius es desprèn el perfil d'ensenyament d'Infermeria Comunitària, que, a més de transmetre els coneixements propis de l'assignatura, pretén formar l'alumnat en una concepció integral i integrada de l'àmbit de la salut.

Competències de l'assignatura

L'ORDRE CIN/2134/2008, de 3 de juliol, per la qual s'estableixen els requisits per a la verificació dels títols universitaris oficials que habiliten per a l'exercici de la professió d'Infermer/a, estableix les competències, tant generals com específiques, que l'alumnat ha d'aconseguir i que s'han enumerat

anteriorment. Donades aquestes competències, les assignades a l'assignatura Infermeria Comunitària són:

Competències generals

Valors professionals, actituds i comportaments ètics

G-1. Ser capaç, en l'àmbit de la Infermeria, de prestar una atenció sanitària integral i professional adequada a les necessitats de salut de la persona, la família i la comunitat a les quals atenen, des del reconeixement al dret a la salut de la ciutadania, i d'acord amb l'estat de desenvolupament dels coneixements científics de cada moment i amb els nivells de qualitat i seguretat que s'estableixen en les normes legals i deontològiques aplicables.

G-2. Reconèixer el dret a la salut, aplicar el principi d'equitat social a la pràctica professional i comprendre les implicacions ètiques de la salut en un context mundial en transformació.

G-4. Reflexionar sobre la importància de l'anàlisi de gènere en salut, i comprendre com en funció d'aquest els estils de vida, l'ús del temps i les condicions de treball tenen un impacte en la salut de les persones.

G-6. Analitzar i reflexionar sobre les conseqüències del ser dona i home en el procés d'emmalaltir, l'atenció diferencial que es rep i la manera específica d'afrontar el dolor i la malaltia.

G-10. Treballar en equip, entenent aquest com a unitat bàsica en la qual s'integren, estructuren i organitzen, de forma uni- o multidisciplinària i interdisciplinària, els i les professionals i altre personal de les organitzacions assistencials, com a manera d'assegurar la qualitat de l'atenció sanitària.

G-12. Proposar i desenvolupar actuacions d'atenció a la salut que privilegien la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, i que afavorisquen la millora de les condicions de vida de la població.

Fonaments científics de la professió

G-13. Conèixer i aplicar els fonaments i principis teòrics i metodològics de la Infermeria, per a la promoció i protecció de la salut, la prevenció de la malaltia i l'atenció integral de les persones, amb la finalitat de millorar la qualitat de vida de la població.

Habilitats professionals

G-19. Protegir la salut i el benestar de les persones, família i grups atesos, garantint una atenció integral.

G-20. Promoure estils de vida saludables per part de la persona, la família i la comunitat, que fomenten l'autocura en el maneig de la salut.

G-21. Realitzar les cures d'Infermeria basant-se en l'atenció integral de la salut, la cooperació multidisciplinària, la integració dels processos i la continuïtat assistencial, en coordinació amb tots els nivells de l'atenció sanitària i d'altres recursos i serveis sociosanitaris.

G-23. Desenvolupar accions d'educació per a la salut usant les estratègies adequades a les persones, famílies i comunitats, posant a l'abast de la població i en un llenguatge comprensible la informació científica i les recomanacions que se'n deriven.

Habilitats de comunicació

G-25. Establir una comunicació veraç, eficaç i respectuosa amb pacients, família, grups socials, altres professionals i mitjans de comunicació, tant de manera oral com escrita, i fomentar l'educació per a la salut.

G-26. Conèixer i aplicar tècniques i instruments de comunicació des d'una perspectiva no sexista, tant en la relació interpersonal com en les dinàmiques de grup.

Salut pública i sistemes de salut

G-27. Conèixer l'estructura, funcionament i finançament dels sistemes sanitari i sociosanitari, amb la finalitat d'utilitzar de manera òptima els recursos disponibles.

G-28. Establir procediments d'avaluació, usant principis científicotècnics i de qualitat.

G-29. Conèixer i usar els diferents sistemes d'informació sanitària.

G-30. Identificar els determinants de la salut, tant biològics com demogràfics, ambientals, socials, econòmics, culturals, psicològics i de gènere, analitzar-ne la influència en les condicions de vida i treball de la població i la repercussió en el procés de salut-malaltia.

Maneig de la informació

G-32. Conèixer, valorar críticament i saber emprar les fonts d'informació clínica, biomèdica i sanitària per a obtenir, organitzar, interpretar i comunicar la informació científica i epidemiològica.

G-33. Aplicar les tecnologies de la informació i de la comunicació en les activitats clíniques, terapèutiques, preventives, de promoció de la salut i d'investigació.

Anàlisi crítica i investigació

G-34. Tenir en l'activitat professional un punt de vista crític, creatiu, constructiu i orientat a la investigació en salut.

G-35. Comprendre la importància i les limitacions del pensament científic en l'estudi, la prevenció i el maneig de l'estat de salut de les persones.

G-36. Adquirir la formació bàsica per a l'activitat investigadora, identificant els elements i fases que intervenen en el procés d'investigació.

G-37. Ser capaç de formular hipòtesis, recol·lectar i valorar de manera crítica la informació per a la resolució de problemes aplicant, entre altres, l'enfocament de gènere.

Competències específiques

E-14. Dirigir, avaluar i prestar les cures integrals d'Infermeria a l'individu, a la família i a la comunitat.

E-15. Capacitat per a descriure els fonaments del nivell primari de salut i les activitats a desenvolupar per a proporcionar una cura integral d'Infermeria a l'individu, la família i la comunitat. Comprendre la funció i activitats i actitud cooperativa que el professional ha de desenvolupar en un equip d'Atenció Primària de Salut. Promoure la participació de les persones i grups en el seu procés de salut-malaltia. Identificar els factors relacionats amb la salut i els problemes de l'entorn, per a atendre les persones en situacions de salut i malaltia com a integrants d'una comunitat. Identificar i analitzar la influència

de factors interns i externs en el nivell de salut d'individus, grups i comunitat. Aplicar els mètodes i procediments necessaris en el seu àmbit per a identificar els problemes de salut més rellevants en una comunitat. Analitzar les dades estadístiques referides a estudis poblacionals des de la perspectiva de gènere, identificant les possibles causes de problemes de salut. Educar, facilitar i donar suport a la salut i el benestar dels membres de la comunitat, les vides de la qual estan afectades per problemes de salut, risc, patiment, malaltia, incapacitat o mort.

E-20. Conèixer el Sistema Sanitari Espanyol. Identificar les característiques de la funció directiva dels serveis d'Infermeria i la gestió de cures. Conèixer i ser capaç d'aplicar les tècniques de direcció de grups.

E-25. Treball fi de grau. Matèria Transversal el treball de la qual es realitzarà associat a diferents matèries.

Resultats d'aprenentatge

Els resultats d'aprenentatge que es pretén que assolisca l'alumnat són els següents:

Disposar d'un cos de coneixements sobre el concepte, bases i línies de desenvolupament de la Infermeria Comunitària.

Familiaritzar-se i reflexionar sobre les diverses concepcions de la Infermeria Comunitària.

Conèixer i reflexionar sobre la realitat pràctica i sobre la variabilitat de la realitat en les diferents estratègies d'actuació de la Infermeria Comunitària.

Analitzar la realitat social com a base per a identificar i seleccionar els problemes de salut i precisar el camp d'acció de la Infermeria Comunitària, en la solució d'aquesta problemàtica.

Adquirir els coneixements necessaris per a proporcionar cures integrals a les persones, a les famílies i a la comunitat perquè aconseguisquen un major nivell de salut.

Fomentar l'anàlisi crítica i reflexiva sobre diferents parcel·les de la Salut Pública, en la seua aplicació a Infermeria.

Familiaritzar-se amb procediments i estratègies d'actuació de la Infermeria, considerant l'individu, tant en l'estat de salut com en el de malaltia, dins del seu ambient social.

Adquirir coneixements necessaris per a planificar, desenvolupar i avaluar programes d'educació per a la salut, especialment sobre promoció i prevenció.

Adquirir coneixements i habilitats en investigació científica.

Considerar la comunitat com a camp d'acció preferent de l'estudiant.

Usar els serveis de salut per a l'atenció de les necessitats, principalment dels grups majoritaris.

Possibilitar el diàleg, intercanvi d'opinions i discussió sobre temes d'Infermeria Comunitària.

Dominar l'estructuració de fonts de consulta i material de treball de la disciplina.

Manual de l'assignatura

Continguts docents

El document VERIFICA estableix, per a la matèria de Salut Pública i Infermeria Comunitària (en la qual s'inclou l'assignatura d'Infermeria Comunitària), els següents continguts:

- Model professional de la Infermeria Comunitària en el marc del sistema de salut.
- Anàlisi de la situació de salut de la comunitat i intervenció.
- La família com a unitat d'atenció de la infermeria comunitària.
- Marc conceptual de la promoció i educació per a la salut.
- Antropologia i educació per a la salut.
- La Promoció de la Salut.
- Educació per a la salut i comportament.
- L'educació per a la salut com a procés d'educació-comunicació.
- La programació d'un projecte d'educació per a la salut.

Aquests continguts han de ser organitzats i evitar duplicitats, i són de gran importància, per una banda, les unitats docents del Departament d'Infermeria, i per una altra, les reunions amb el professorat responsable de les altres assignatures de la matèria i les reunions del professorat de l'assignatura Infermeria Comunitària. A més, és fonamental la coordinació de l'assignatura per a poder fer un seguiment de la docència, la planificació anual, la revisió de la guia docent, l'actualització constant de continguts, etc. Així, en aquests moments, per a l'assignatura d'Infermeria Comunitària es plantegen 10 unitats temàtiques¹, dividides en 40 temes, i 1 activitat pràctica.

UNITAT TEMÀTICA	TEMES
UNITAT TEMÀTICA 0. PRESENTACIÓ DE L'ASSIGNATURA	Tema 0: Presentació de l'assignatura.
UNITAT TEMÀTICA I. MODEL PROFESSIONAL DE LA INFERMERIA COMUNITÀRIA EN EL MARC DEL SISTEMA DE SALUT	1. El model professional de la Infermeria Comunitària. 2. L'Atenció Primària de Salut. 3. L'organització de l'Atenció Primària a Espanya. 4. Sistemes de registre en Atenció Primària. 5. La coordinació sociosanitària.

¹ Les unitats temàtiques constitueixen marcs de referència per a planificar i organitzar experiències d'aprenentatge al voltant d'àrees comunes de coneixement, que travessen variades línies curriculars.

34376 Infermeria comunitària

UNITAT TEMÀTICA	TEMES
UNITAT TEMÀTICA II. LA INTERVENCIÓ COMUNITÀRIA DES DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT	6. La comunitat. 7. Desenvolupament de la comunitat. 8. La participació de la comunitat. 9. La comunitat i el suport social. 10. L'Estudi Comunitari de Salut: una proposta d'investigació-acció participativa.
UNITAT TEMÀTICA III. LA FAMÍLIA COM A UNITAT D'ATENCIÓ DE LA INFERMERIA COMUNITÀRIA	11. La família com a sistema de suport social. 12. La violència en la infància: el rol de la infermera comunitària. 13. La violència en les persones majors: el rol de la infermera comunitària. 14. La visita domiciliària com a instrument de la infermeria comunitària. 15. L'atenció domiciliària. Pacient immobilitzat o enllitat.
UNITAT TEMÀTICA IV. LES TÈCNIQUES DE PREVENCIÓ I CONTROL DE LA MALALTIA	16. Les malalties sotmeses a programes de vacunació. 17. El control de la malaltia crònica. 18. La consulta d'infermeria.
UNITAT TEMÀTICA V. PROMOCIÓ DE LA SALUT: ESTRATÈGIES D'ACCIÓ	19. Promoció de la salut. 20. Salutogènesi i actius de salut. 21. L'Educació per a la Salut. 22. La comunicació és salut. 23. Salut digital. 24. Ètica en Educació per a la Salut.
UNITAT TEMÀTICA VI. CULTURA I SALUT	25. Cultura i salut. 26. Atenció a la diversitat.

Manual de l'assignatura

UNITAT TEMÀTICA	TEMES
UNITAT TEMÀTICA-VII ESTILS DE VIDA EN LA PROMOCIÓ DE LA SALUT I PREVENCIÓ DE LA MALALTIA	27. La conducta humana determinant de la salut i de la malaltia. 28. Estils de vida i salut.
UNITAT TEMÀTICA VIII. PLANIFICACIÓ D'UN PROJECTE D'EDUCACIÓ PER A LA SALUT	29. L'acció educativa. Procés d'ensenyament-aprenentatge. 30. Concepte de programa d'Educació per a la Salut. 31. Anàlisi de la situació i marc de decisions. 32. Etapes en la planificació d'un projecte d'Educació per a la Salut. 33. El grup com a poder educador. 34. Tècniques de grup aplicables a l'Educació per a la Salut. 35. Avaluació de programes de Promoció i Educació per a la Salut.
UNITAT TEMÀTICA IX. ATENCIÓ D'INFERMERIA EN ELS PROGRAMES DE SALUT	36. Salut escolar. Escoles promotores de salut. 37. Prevenció de l'obesitat infantil. 38. Programa de prevenció del càncer. 39. Programa d'atenció al tabaquisme. 40. El programa d'atenció al pacient crònic.

A més, s'inclou una unitat temàtica X pràctica que consisteix, com s'explicarà més avant, en l'elaboració d'un taller d'infermeria comunitària: planificació d'un projecte d'educació per a la salut.

Taula 1: Unitat temàtica X. Pràctiques de l'assignatura.

UNITAT TEMÀTICA	TEMES
UNITAT TEMÀTICA X. TALLER PRÀCTIC	Taller d'infermeria comunitària: planificació d'un projecte d'educació per a la salut.

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA 

Facultat d'**I**nfermeria i **P**odologia

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA 

Facultat d'**I**nfermeria i **P**odologia

MODEL PROFESSIONAL DE LA INFERMERA COMUNITÀRIA EN EL MARC DEL SISTEMA DE SALUT

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA 

Facultat d'Infermeria i Podologia

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA 

Facultat d'**I**nfermeria i **P**odologia

Capítol 1: Infermeria en Salut Comunitària

Introducció

La infermeria en salut comunitària se centra en la comunitat global amb accions dirigides a la població en conjunt. Aquest enfocament integral combina els conceptes i mètodes de les ciències de la salut pública amb els d'infermeria per a promoure, mantenir i restaurar la salut de la comunitat. Usa l'epidemiologia per a diagnosticar les necessitats d'atenció dels habitants urbans i rurals, vigilant les tendències en la salut de les poblacions. A través del diagnòstic, identifica grups i subgrups d'individus que comparteixen les mateixes necessitats de salut, planificant i executant accions de prevenció en els seus tres nivells, incloent-hi l'atenció primària directa. A més, mobilitza els recursos individuals i col·lectius de la comunitat per a aconseguir millors nivells de salut i avalua l'impacte de les seues accions sobre la comunitat (OPS/OMS) [1] .

En l'explicació del concepte de Salut Pública ja es va comentar la influència que van tenir els diferents moviments socials, els corrents de pensament crític i la creació dels primers departaments de salut, que inicialment es van ocupar sobretot del proveïment d'aigua potable, la canalització d'aigües residuals i l'eliminació dels residus, en particular en els medis urbans.

Seguidament, es van emprendre iniciatives per al control de les malalties transmissibles i epidèmies, així com del compliment de les normes i mesures d'aïllament. Tots aquests esdeveniments van fer que, a mitjan segle XIX a Anglaterra i els Estats Units, s'incorporara la infermeria en les activitats de la salut pública i es convertira en part integrant dels processos de transformació social[1].

Concepte d'infermeria comunitària

La infermeria comunitària es defineix com una branca de la infermeria que se centra en la promoció i protecció de la salut en comunitats i poblacions. El seu objectiu principal és millorar el benestar general de les persones a través de l'atenció, educació i prevenció de malalties, adaptant les cures a les necessitats específiques de cada comunitat. Els infermers comunitaris no sols brinden atenció directa, sinó que també treballen en la identificació de problemes de salut comunitaris, l'educació en salut i la promoció d'estils de vida saludables. Per a això, cal tenir en compte que els professionals d'Infermeria són elements clau per al canvi cap a un model de salut basat en l'atenció primària. L'OMS i l'OPS en 1974 i 1976, respectivament, van subratllar la necessitat de definir la contribució de la infermeria a la millora de la salut de les comunitats, així com les funcions i activitats de la infermeria en l'àmbit de la salut pública.

- OMS (1974)[2]: Recalca que les activitats d'infermeria s'haurien de realitzar en la comunitat, i defineix la Infermeria de Salut Comunitària com un servei que presta cures de promoció, prevenció, manteniment, recuperació, rehabilitació i cures terminals fora de l'hospital.
- OPS (1976): Usa un marc de referència per a l'ensenyament i la pràctica de la infermeria comunitària, promovent una nova pràctica professional d'acord amb les exigències del model d'Atenció Primària de Salut proposat en la Conferència Internacional d'Alma-Ata (1978).

Es requereixen canvis essencials en la concepció de la professió i en els plans d'estudis per a adaptar-se a les necessitats de la salut comunitària. Per a això, a partir de les funcions essencials de la Salut Pública, es desenvolupa el model de pràctica professional i es detallen les competències i les contribucions particulars de les infermeres salubristes a aquests serveis. L'últim apartat es dedica a la reflexió del que succeeix actualment i els canvis potencials en l'exercici de la professió, així com les formes en què les infermeres i infermers poden millorar l'educació d'infermeria en matèria de l'exercici

de la salut pública i les seues funcions essencials, a més de com ha de donar suport a la millora professional contínua. Per a concloure, hem d'assenyalar que per a aquesta anàlisi es considerarà principalment com a personal d'infermeria de Salut Pública i Comunitària el personal titulat que fonamentalment està ocupat en el sector sanitari públic i que treballa en les institucions de salut, tant en el nivell de salut pública com d'atenció primària de salut, segons la legislació vigent, vista en el desenvolupament del model sanitari espanyol.

No obstant això, hi ha un sèrie de barreres i dificultats per al desenvolupament de la Infermeria Comunitària, com ara:

- Definició inadequada. La tendència a definir la pràctica d'infermeria en salut comunitària com tota l'atenció d'infermeria prestada fora de l'hospital.
- Limitació de serveis. La tendència dels serveis a atendre només aquesta demanda.
- Preparació inadequada. La preparació del personal per a la pràctica clínica amb èmfasi en la singularitat de l'ésser humà, ometent l'enfocament a la comunitat com un tot i a les característiques que unifiquen els éssers humans i els diferencien en grups.

Antecedents històrics

La infermeria comunitària té una rica història que reflecteix el desenvolupament de la salut pública i la cura preventiva en diferents contextos nacionals. La seua evolució va estar marcada pel reconeixement de la importància d'intervenir en la salut de les comunitats per a millorar la qualitat de vida de la població general[1-3].

A Anglaterra, en el segle XIX, el moviment sanitari va portar una gran preocupació per les condicions de vida insalubres en zones urbanes i va impulsar canvis per a millorar la salut pública. L'Informe Chadwick (1842) va destacar la necessitat d'intervencions en salut a nivell comunitari, i va cridar l'atenció de molts professionals[4]. En 1859 William Rathbone, un filantrop anglès, va organitzar un grup d'infermeres que s'encarregaven de brindar atenció en la llar als malalts, visitant persones a casa i oferint educació sanitària. Amb l'assessoria de Florence Nightingale, Rathbone va fundar en 1862 la primera Escola d'Infermeria de Salut Pública, enfocada en la formació d'infermeres que treballaren directament en la comunitat. Aquesta escola va marcar una fita en la història de la infermeria, en establir les bases de la formació en salut pública.

A la fi del segle XIX, la professió d'infermeria comunitària va començar a cobrar rellevància als Estats Units, impulsada per la infermera i activista social Lillian Wald. En 1893, Wald va encunyar el terme "infermera social" i, juntament amb Mary Brewster, va establir un servei d'infermeria comunitària a Nova York amb l'objectiu de portar els beneficis de la salut pública a tots els habitants del barri. Aquestes infermeres visitaven persones malaltes a casa i promovien l'educació sanitària, enfocant-se a millorar les condicions de vida i l'accés als serveis de salut per als sectors més desfavorits de la població. Aquest model es va convertir en un referent per a futures iniciatives d'infermeria comunitària en el món.

A Espanya, el desenvolupament de la infermeria comunitària també va experimentar diversos moments clau. En 1931, amb la col·laboració de la Fundació Rockefeller, es va fundar la primera Escola Nacional de Visitadores Sanitàries. Aquesta escola tenia com a objectiu formar infermeres especialitzades en l'atenció a la comunitat, en un moment en què les reformes sanitàries cercaven acostar els serveis de salut a la població. No obstant això, l'enfocament hospitalari va dominar en

gran part dels serveis de salut, la qual cosa va afeblir el moviment salubrista. No va ser fins a 1986, amb les reformes sanitàries i la influència d'organitzacions internacionals, que es va tornar a emfatitzar la importància de la salut pública i la infermeria comunitària a Espanya.

L'evolució de la infermeria comunitària reflecteix els canvis en la manera d'entendre la salut i la importància de portar les cures on es troba la gent, per la qual cosa el desenvolupament de la infermeria comunitària a Espanya ha estat profundament influenciat pels canvis legislatius i socials. Des de les primeres visites domiciliàries d'infermeres a Anglaterra i els Estats Units fins a la creació d'escoles de formació en salut pública, la infermeria comunitària ha respost a la necessitat d'atendre les persones en els seus propis contextos. A Espanya, encara que l'enfocament hospitalocèntric va predominar durant gran part del segle XX, la integració de la infermeria en la universitat i les reformes sanitàries de 1986 van revitalitzar la importància de l'atenció comunitària i en van reafirmar el rol essencial en el sistema de salut. La formació en infermeria ha experimentat una evolució significativa, particularment en relació amb els coneixements i competències requerits per a l'atenció en la comunitat.

- Segle XIX: La formació en infermeria se centrava principalment en l'àmbit hospitalari, amb una tradició ben establida en la cura dels malalts en entorns hospitalaris.
- 1857: Amb la Llei d'Instrucció Pública es van establir les primeres regulacions a Espanya sobre els coneixements necessaris per a qui exercia en infermeria i altres àrees de la salut.
- Principis del segle XX: Apareixen les primeres visitadores sanitàries, precursoras de les actuals infermeres comunitàries, la labor de les quals se centrava en la promoció de la salut i prevenció de malalties en la llar i la comunitat.
- En els anys finals de la dècada dels vint i principis dels trenta es crea l'Escola Nacional de Sanitat, orientada a la formació de professionals de la salut pública, incloent-hi les infermeres que es dedicaven al treball en comunitats.
- 1953: Amb la unificació de les professions de practicants, matrones i infermeres en la figura de l'ATS (ajudants tècnics sanitaris), es va fer un pas cap a la professionalització de la infermeria.
- 1977: La infermeria s'estableix com a disciplina universitària a Espanya, cosa que va marcar una fita en la formació i professionalització de la infermeria, incloent-hi les especialitzacions en salut pública i comunitària.

L'evolució de la infermeria comunitària a Espanya ha anat íntimament lligada als principis establerts en la Constitució i a les lleis i decrets que han estructurat el sistema sanitari. Aquests marcs normatius han permès una atenció més integral i centrada en la comunitat, la qual cosa ha contribuït a millorar la salut pública i la qualitat de vida de la ciutadania. La promulgació de la Constitució Espanyola de 1978² és fonamental per al desenvolupament de la infermeria comunitària. Aquest document fonamental estableix, en l'Article 43, el dret a la protecció de la salut, reconeixent que correspon als poders públics organitzar i tutelar la salut pública mitjançant mesures preventives i serveis adequats. Aquest marc legal va establir les bases per a la creació d'un sistema de salut més integral i accessible, promovent l'educació sanitària i l'atenció preventiva. El desenvolupament de la infermeria comunitària a Espanya, ajudat per aquestes normatives, ha sigut crucial per a atendre les necessitats de salut de la població. Aquesta especialitat no sols s'enfoca en l'atenció de malalties, sinó que també promou la

² Constitució Espanyola. Publicada en el BOE núm. 311, 29/12/1978. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/amb](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/amb)

salut i el benestar en les comunitats a través de programes educatius, prevenció i atenció domiciliària. La infermeria comunitària ha demostrat ser essencial en la promoció d'un sistema de salut més equitatiu i accessible, i respondre als desafiaments contemporanis en salut pública.

Constitució Espanyola (1978): La Constitució de 1978 va marcar un punt d'inflexió en la política de salut a Espanya. En l'Article 43 s'estableix que:

Es reconeix el dret a la protecció de la salut.

Competeix als poders públics organitzar i tutelar la salut pública a través de mesures preventives i de les prestacions i serveis necessaris. La llei establirà els drets i deures de tots respecte d'això.

Els poders públics fomentaran l'educació sanitària, l'educació física i l'esport, facilitant l'adequat ús de l'oci.

A més, en els articles 49 i 50 es detallen les responsabilitats dels poders públics en l'atenció a persones amb discapacitats i en la promoció del benestar de les persones majors, la qual cosa implica un enfocament integral en l'atenció a la salut comunitària.

Reial decret 137/1984³: El Reial decret 137/1984, d'11 de gener, sobre estructures bàsiques de salut, és fonamental per a la infermeria comunitària. Estableix les funcions dels Equips d'Atenció Primària, que inclouen:

- Prestació d'assistència sanitària, tant a nivell ambulatori com domiciliari.
- Promoció de la salut, prevenció de malalties i reinserció social.
- Contribució a l'educació sanitària i diagnòstic de salut de la zona.
- Aquest decret emfatitza la importància del treball en equip en l'atenció primària, integrant diverses accions sanitàries que se centren en el benestar comunitari.

Llei General de Sanitat de 1986⁴: La Llei General de Sanitat de 1986 representa un avenç significatiu en la consolidació del sistema sanitari espanyol, ja que dona resposta al dret a la salut esmentat en la Constitució. Aquesta llei estableix un Sistema Nacional de Salut que abasta dos nivells d'assistència, primària i especialitzada, i garanteix l'accés a serveis de salut per a tots els ciutadans i residents a Espanya. La creació d'aquest sistema va permetre el desenvolupament de programes d'atenció a la salut que prioritzen l'atenció comunitària i preventiva.

Desenvolupament i estructuració de l'Atenció Primària

El Decret 42/1986 del Consell de la Generalitat Valenciana⁵ va definir i va estructurar l'atenció primària de la salut en aquesta comunitat, integrant accions sanitàries dirigides tant a la comunitat com a

3 Reial decret 137/1984, d'11 de gener, sobre estructures bàsiques de salut. BOE, núm. 27, 01/02/1984. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1984/01/11/137/con>

4 Llei 14/1986, de 25 d'abril, General de Sanitat. BOE, núm. 102, 29/04/1986. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=boe-a-1986-10499>

5 DECRET 42/1986, de 21 de març, del Consell de la Generalitat Valenciana, pel qual es defineix i s'estructura l'Atenció Primària de la Salut a la Comunitat Valenciana. DOGV núm. 369, 24/4/1986. Disponible en: [https://dogv.gva.es/va/eli/es-vc/d/1986/03/21/\(4\)/dof/*vci/HTML](https://dogv.gva.es/va/eli/es-vc/d/1986/03/21/(4)/dof/*vci/HTML)

l'individu. Es van establir funcions clares per als equips d'atenció primària i es va promoure un enfocament que prioritza la salut individual i col·lectiva.

Posteriorment, el Decret 74/2007, de 18 de maig⁶, va reforçar aquesta estructura, assenyalant que en cada departament de salut s'ha de cercar la màxima integració de les accions de promoció i protecció de la salut. A més, aquest decret defineix les funcions dels serveis sanitaris en l'atenció primària, que inclouen no sols l'assistència sanitària, sinó també funcions de formació, docència i investigació.

Àmbits d'actuació de la infermeria comunitària

Les activitats que desenvolupa el personal d'infermeria en la seua pràctica professional estan dirigides a identificar les necessitats i problemes de salut de la comunitat, la família i la persona. El seu objectiu és involucrar cada individu com a membre actiu de la seua família i comunitat en el desenvolupament de projectes que promoguen la salut i el benestar col·lectiu. A través d'aquest enfocament integral, la infermeria comunitària contribueix significativament a millorar la qualitat de vida de les poblacions. Els principals àmbits d'actuació són:

- 1. La comunitat. El professional d'infermeria ha de conèixer i aplicar diverses tècniques metodològiques i d'investigació social per a fomentar el desenvolupament de la comunitat. Això implica comprendre la dinàmica social i les necessitats específiques de la població. S'ha de tenir en compte que la comunitat és una entitat social dinàmica amb característiques demogràfiques, institucions, condicions ambientals i recursos definits. Aquests factors poden promoure o, per contra, obstaculitzar la salut i el benestar dels seus membres. La comunitat influeix en el desenvolupament, la conducta i l'estil de vida dels seus integrants, els quals, al seu torn, determinen les modalitats i funcions de la mateixa comunitat.
- 2. La família. Una família es defineix com un grup de dues o més persones unides per llaços afectius, ja siga de sang o no, que comparteixen un habitatge. Els membres de la família interactuen en els seus rols respectius, creant i mantenint una cultura comuna. La recollida i anàlisi de dades bàsiques sobre una família són fonamentals perquè el personal d'infermeria comunitària avalue i diagnostique els problemes de salut i les necessitats sanitàries de la unitat familiar. Això permet desenvolupar intervencions més efectives i adaptades a la realitat de cada família.
- 3. La persona. Conèixer l'estructura familiar del pacient i la seua capacitat per a influir en la seua vida diària és essencial per a traçar un pla de cures adequat. El professional d'infermeria ha de considerar no sols les necessitats de salut de l'individu, sinó també l'entorn familiar, que pot facilitar o complicar el procés de recuperació.

La pràctica professional de la infermeria comunitària[5]

La infermeria comunitària⁷ és una pràctica multidimensional que abasta des de l'atenció directa a l'educació per a la salut i la prevenció, passant per la investigació i el registre, fins a la coordinació

⁶ Decret 74 /2007, de 18 de maig, del Consell, pel qual s'aprova el Reglament sobre estructura, organització i funcionament de l'atenció sanitària en la Comunitat Valenciana. DOGV núm. 5518, 23/05/2007. Disponible en: <https://dogv.gva.es/es/eli/es-vc/d/2007/05/18/74>

⁷ Ordre SAS/1729/2010, de 17 de juny, per la qual s'aprova i publica el programa formatiu de l'especialitat d'Infermeria Familiar i Comunitària.

intersectorial[6]. Aquest enfocament integral garanteix una cura holística i centrada en les necessitats específiques de la comunitat, i contribueix de manera significativa a millorar la salut i el benestar de la població. La pràctica professional de la infermeria comunitària és un component clau en la cura de la salut pública, ja que s'orienta a promoure la salut i prevenir malalties en la comunitat, amb una visió integral i de proximitat. Ens aquestes activitats es troben:

1. Estudi comunitari de salut. Intervenció en totes les fases: La infermera comunitària s'involucra en totes les fases d'anàlisi i diagnòstic de la situació de salut en la comunitat.
 - Coneixement objectiu: Recopila i analitza dades estadístiques i clíniques per a entendre objectivament els problemes de salut prevalents en la comunitat.
 - Subjectiu de la població: Mitjançant entrevistes i observació directa, la infermera valora les percepcions i actituds de la població, la qual cosa permet ajustar les intervencions a les creences i valors comunitaris.
2. Intervenció comunitària. La infermeria comunitària requereix treballar en col·laboració amb diversos sectors i professionals com ajuntaments i institucions en la planificació de programes de salut, així com amb el treball amb organitzacions socials, educatives i sanitàries per a implementar programes de salut de manera integral.
3. Consulta assistència a demanda, programades i urgents. La infermera comunitària participa en consultes per a diferents poblacions:
 - Pediatria: Avaluació i seguiment de la salut infantil.
 - Adults i persones majors: Atenció a adults i ancians en aspectes preventius i de control de malalties.
 - Matrona: Suport en el seguiment i control d'embarassos i educació per a la maternitat i paternitat.
 - Programes de salut i educació per a la salut. La infermeria comunitària coordina i participa en diversos programes de promoció de la salut:
 - Programa de l'infant sa: Seguiment i cura de la salut infantil.
 - Programes de prevenció a l'escola: Fomenta l'educació per a la salut en escolars, abordant aspectes com la nutrició i la higiene.
 - Programa de la dona: Atenció i educació en salut reproductiva, menopausa i prevenció de malalties específiques de la dona.
 - Programa de malalties cròniques en l'adult: Seguiment de pacients amb malalties cròniques, educació sobre autocura i adherència al tractament.
 - Programa d'atenció al pacient immobilitzat: Suport a pacients que requereixen cures contínues a causa de limitacions físiques.
 - Programa de vacunacions i immunitzacions: Coordinació i administració de vacunes d'acord amb el calendari d'immunitzacions.

4. Visita domiciliària. La visita domiciliària és una activitat fonamental en la qual s'avaluen múltiples aspectes, com les condicions ambientals i socioeconòmiques (observació de factors que puguin afectar la salut dels habitants, com l'entorn i l'habitatge) com el suport als programes de salut:

BOE, núm. 157, 29 de juny de 2010. Disponible en:
<https://www.boe.es/eli/es/o/2010/06/17/sas1729>

Realització d'intervencions per a facilitar l'accés a programes de salut a persones que no poden acudir a centres de salut.

5. Atenció domiciliària. La infermera comunitària realitza atenció directa en la llar per a poblacions amb necessitats especials:

- Nounats: Seguiment del desenvolupament i orientació a les famílies en la cura del bebè.
- Pacients immobilitzats i malalts terminals: Cures pal·liatives i suport continu per a pacients en situacions de malaltia avançada.
- Malalts amb tractaments a domicili: Supervisió de tractaments específics, com oxigenoteràpia o seroteràpia.
- Control de pacients amb malaltia crònica: Vigilància i control de malalties cròniques per a evitar complicacions.

6. Activitats de coordinació i enllaç. La infermera comunitària actua com a enllaç entre diferents nivells d'atenció, facilitant la comunicació i el seguiment entre atenció primària i altres serveis especialitzats, i assegurant una continuïtat en la cura dels pacients.

7. Serveis comuns i tècniques bàsiques. Entre les tasques rutinàries s'inclouen la realització de procediments d'infermeria bàsics (extraccions de sang, glucèmies, injectables, embenatges i cures).

8. Registre d'activitats. Com la història de salut d'Atenció Primària (registre detallat dels antecedents i situacions de salut de cada pacient), les malalties de declaració obligatòria i control de vacunacions, etc.

9. Docència i investigació. La formació contínua i la investigació són pilars de la infermeria comunitària.

El Marc Estratègic per a les Cures d'Infermeria (MECES) 2025-2027

Actualment, el Marc Estratègic per a les Cures d'Infermeria (MECES) 2025-2027⁸, aprovat pel Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut (SNS), sorgeix com una resposta integral i consensuada als desafiaments actuals en l'atenció sanitària. Aquest document té com a objectiu principal establir un model de referència que enfortisca el desenvolupament professional de les infermeres i els tècnics en cures auxiliars d'infermeria (TCAE), i així millorar la qualitat de les cures, els resultats en salut i el benestar de la ciutadania. Es fonamenta en la necessitat d'adaptar l'SNS a les noves realitats demogràfiques, epidemiològiques i socials, marcades per l'envelliment poblacional, l'augment de malalties cròniques i una major demanda de cures personalitzades i contínues. L'estratègia s'articula entorn de cinc grans línies estratègiques. La primera aborda la planificació i adequació dels recursos humans d'infermeria, amb una visió a mitjà i llarg termini que permeti ajustar l'oferta educativa i assistencial a les necessitats reals de salut de la població. En aquest sentit, la infermeria comunitària cobra un paper clau com a element vertebrador en el primer nivell d'atenció, promovent l'autocura, la prevenció i la continuïtat assistencial en l'entorn més pròxim de la persona. La segona línia estratègica defineix un model de pràctica professional per a infermeres i TCAE basat en l'atenció centrada en la persona, que inclou el reconeixement de noves competències i rols, amb

⁸ Ministeri de Sanitat. Marc Estratègic per a les Cures d'Infermeria (MECE) 2025-2027. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/cuidadosEnSalud/marcoEstrategico/docs/MECE.pdf>

especial atenció a les cures comunitàries, domiciliaris i sociosanitaris. La tercera línia se centra en el desenvolupament professional, la formació i l'actualització normativa. Es promou la creació d'itineraris de formació contínua i l'acreditació de competències, per facilitar l'avenç cap a models d'infermeria de pràctica avançada, particularment rellevants en l'àmbit comunitari, on es requereix capacitat per a liderar intervencions de salut pública, educació sanitària i gestió de casos complexos. La quarta línia impulsa el lideratge i la visibilitat de la professió infermera en els diferents nivells de decisió i gestió. En el cas de la infermeria comunitària, això implica la participació activa en polítiques de salut local, en equips multidisciplinaris d'atenció primària i en la formulació d'estratègies comunitàries de promoció i prevenció.

La cinquena i última línia s'orienta a garantir la sostenibilitat del sistema de cures mitjançant l'impuls a la investigació, l'avaluació de resultats i la millora contínua. Ací, la infermeria comunitària també es posiciona com un eix essencial, ja que treballa de manera transversal amb col·lectius vulnerables, promou l'equitat i actua com a pont entre el sistema sanitari i la comunitat. El procés d'implementació serà acompanyat per un sistema d'avaluació amb indicadors definits i revisions periòdiques en 2026 i 2027. La governança del MECE inclou representants institucionals, científics, sindicals, associacions professionals, pacients i ciutadania, la qual cosa garanteix un enfocament inclusiu i participatiu. Aquest compromís col·lectiu es tradueix en una estratègia alineada amb els principis d'equitat, gènere, sostenibilitat, salut en totes les polítiques i els Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS).

En definitiva, el MECES 2025-2027 representa un full de ruta ambiciós i transformador que reconeix el valor estratègic de les cures professionals. La infermeria comunitària es destaca com una peça fonamental d'aquest nou model, donat el seu paper en la promoció de la salut, la intervenció en determinants socials, la reducció de desigualtats i la millora de la qualitat de vida en l'entorn habitual de les persones. Aquesta estratègia no sols ofereix una oportunitat per a dignificar la feina de qui cuida, sinó que estableix les bases d'un sistema sanitari més humà, accessible, proactiu i centrat en les persones.

Capítol 2: Atenció Primària de Salut

L'Atenció Primària de Salut (APS) és el primer nivell de contacte dels individus, la família i la comunitat amb el sistema de salut. A través d'ella, es busca oferir cures integrals, accessibles i continus que permeten la prevenció de malalties, la promoció de la salut i l'atenció a les necessitats bàsiques de la població. L'APS continua sent un pilar fonamental en la construcció de sistemes de salut sòlids, equitatius i universals. Des d'Alma-Ata fins als ODS, els esforços internacionals han subratllat que l'accés a una atenció sanitària primària de qualitat és essencial per a reduir les desigualtats en salut i millorar la qualitat de vida a nivell global. A Espanya, l'APS continua sent la porta d'entrada al sistema de salut i ha demostrat ser un model eficaç d'atenció, encara que afronta desafiaments derivats de l'evolució de la població i l'augment de malalties cròniques.

Característiques del sistema sanitari a Espanya

El sistema sanitari espanyol és de caràcter universal i és finançat en la majoria per impostos. Ofereix serveis de salut a tota la població i és gestionat pel Sistema Nacional de Salut (SNS), que coordina tant les comunitats autònomes com els serveis de salut de l'Estat. Entre les característiques de l'Atenció Primària a Espanya destaquen:[7]

- Accessibilitat. El sistema permet que qualsevol persona resident tinga dret a rebre atenció sanitària, independentment de la seua situació econòmica.
- Universalitat. Garanteix la cobertura sanitària a tots els ciutadans i residents legals al país.
- Gratuïtat en el punt d'atenció. Encara que és finançat amb impostos, els serveis d'APS són gratuïts en el punt d'atenció.
- Integralitat. S'ofereixen serveis preventius, curatius i de rehabilitació, amb un enfocament ampli cap a la salut de l'individu i la comunitat.
- Descentralització. Cada comunitat autònoma gestiona els seus propis recursos i serveis de salut, encara que existeix una coordinació central de l'SNS.

Evolució històrica del sistema sanitari a Espanya

El sistema sanitari espanyol ha evolucionat al llarg dels anys, influït per canvis socials, polítics i econòmics que han donat forma a les característiques i estructura del sistema actual. Aquesta evolució es pot dividir en dues grans etapes, amb un punt d'inflexió marcat per la transició democràtica de 1975 i la promulgació de la Constitució de 1978, que van establir les bases per a un sistema de salut descentralitzat i universal[8, 9].

Primera etapa: 1939 – 1975

En el context de la postguerra, en 1942 es va establir l'Assegurança Obligatòria de Malaltia (SOE), que va marcar el primer gran pas cap a la creació d'un sistema de cobertura sanitària. Finançat mitjançant les quotes de treballadors i empresaris, el SOE tenia com a objectiu oferir cobertura de salut de manera progressiva als treballadors dels sectors industrials. Aquesta assegurança cobria inicialment només un sector limitat de la població (principalment treballadors i les seues famílies), i deixava fora sectors rurals i persones sense ocupació formal.

En 1974 es va aprovar la Llei General de la Seguretat Social, que va ampliar la cobertura sanitària a nous col·lectius i va marcar un avenç significatiu cap a la configuració d'un sistema de salut nacional

i territorialment organitzat. Es va començar a establir una xarxa d'hospitals, ambulatoris i centres sanitaris, dotats amb tecnologia de l'època, encara que predominantment orientats a l'atenció curativa i reparadora, amb menys èmfasi en la prevenció i promoció de la salut. No obstant això, aquesta etapa va tenir problemes de coordinació entre els diferents components del sistema, la qual cosa va generar ineficiències en la prestació dels serveis.

Segona etapa: Posterior a 1975

Amb l'aprovació de la Constitució Espanyola de 1978 s'inicia una etapa fonamental en l'evolució del sistema sanitari, coincidint amb la celebració de la Conferència d'Alma-Ata, que va promoure l'Atenció Primària de Salut com a element clau per aconseguir la "Salut per a Tothom". La Constitució estableix el dret a la protecció de la salut i estableix les bases per a un sistema de salut universal i descentralitzat, que eventualment es coneixerà com el Sistema Nacional de Salut (SNS).

A partir de 1981 comença el procés de descentralització de les competències sanitàries de l'Estat a les comunitats autònomes, que dona lloc a un sistema de salut més pròxim a la ciutadania i adaptat a les particularitats de cada territori:

- 1981: Catalunya assumeix les competències de Salut.
- 1984: Andalusia segueix amb la transferència de competències sanitàries.
- 1987: País Basc i Comunitat Valenciana.
- 1990: Navarra i Galícia.
- 1994: Canàries.
- 2001: Les restants comunitats autònomes completen el procés de descentralització.

En cada comunitat autònoma es crea un Servei de Salut, encarregat de l'autoritat sanitària en el seu territori, que organitza els serveis d'atenció primària i hospitalària.

En 1984 es promulga el Reial decret 137/1984, d'11 de gener, sobre estructures bàsiques de salut. Aquesta normativa estableix les bases per a la reforma de l'atenció primària mitjançant la divisió territorial en zones bàsiques de salut. Cada zona bàsica compta amb un Centre de Salut i un Equip d'Atenció Primària (EAP), que inclou metges, infermers, treballadors socials i altres professionals de salut, amb la finalitat d'oferir atenció integral i contínua a la població.

La Llei General de Sanitat de 1986 representa una fita en la consolidació del sistema sanitari espanyol. Estableix un Sistema Nacional de Salut (SNS) que inclou tots els serveis de salut de les comunitats autònomes. Les característiques clau del sistema, segons aquesta llei, són:

- Cobertura universal per a tots els ciutadans, sense discriminació.
- Finançament públic a través dels impostos, garantint gratuïtat en el punt d'atenció (excepte copagament en farmàcia).
- Descentralització de competències a les comunitats autònomes, coordinades a nivell estatal.
- Qualitat en l'atenció sanitària com a garantia per a tota la ciutadania.
- Promoció de la salut i prevenció de la malaltia com a prioritats del sistema.
- Participació comunitària en la presa de decisions sanitàries.

En 2003 es promulga la Llei de Cohesió i Qualitat del Sistema Nacional de Salut⁹, que estableix mecanismes de coordinació i cooperació entre les administracions públiques i les comunitats autònomes per a assegurar l'equitat i qualitat en les prestacions sanitàries en tot el territori estatal. Aquesta llei també defineix carteres de serveis, regula l'accés a medicaments i estableix estàndards per als professionals de la salut i sistemes d'informació. A més, introdueix les cures sociosanitàries, dirigides a persones amb malalties cròniques i graus variats de dependència.

La Llei de Dependència de 2006¹⁰ estableix un marc per a la col·laboració entre les administracions públiques en l'abordament de les necessitats de les persones dependents. Fomenta la integració de serveis de salut i socials per a millorar la qualitat de vida de les persones en situació de dependència, especialment les que requereixen cures prolongades.

Estructura del sistema sanitari espanyol

El sistema sanitari a Espanya s'organitza principalment en dos nivells d'atenció: Atenció Primària i Atenció Hospitalària. Aquesta estructura permet que la ciutadania pugui accedir a serveis de salut de manera escalonada i segons la complexitat de les seues necessitats, i garanteix un sistema organitzat i eficient. L'organització en aquests dos nivells facilita una atenció integral i equitativa, prioritzant l'accessibilitat i proximitat a la població en cada territori.

1. Atenció Primària. És el primer nivell de contacte dels individus amb el sistema sanitari i representa la base del model de salut a Espanya. La seua funció principal és proporcionar una atenció integral i contínua, que inclou activitats de prevenció, diagnòstic, tractament, rehabilitació i promoció de la salut. El model d'Atenció Primària espanyol es va reformar significativament a partir de la dècada de 1980, amb la intenció d'acostar la sanitat a la població, millorar l'eficiència i fomentar la prevenció. Es caracteritza per:

- Proximitat i accessibilitat. L'Atenció Primària s'organitza en zones bàsiques de salut, que agrupen poblacions amb característiques geogràfiques i demogràfiques similars. Cada zona bàsica compta amb un Centre de Salut i un Equip d'Atenció Primària (EAP), que inclou metges de família, pediatres, infermers, treballadors socials i altres professionals de la salut. Aquesta organització territorial facilita que la ciutadania pugui accedir fàcilment als serveis de salut.
- Atenció integral i continuada. La reforma del model d'Atenció Primària introdueix un enfocament integral que abasta la prevenció, el diagnòstic, el tractament, la rehabilitació i la promoció de la salut. L'atenció és contínua i s'ofereix de manera coordinada, considerant tant els problemes aguts com les malalties cròniques.
- Enfocament preventiu i promoció de la salut. Una de les principals innovacions del nou model és l'èmfasi en la promoció de la salut i la prevenció de malalties. Els centres d'Atenció Primària no sols tracten malalties, sinó que també realitzen campanyes de vacunació, promoció d'hàbits saludables i prevenció de riscos sanitaris.

⁹ Llei 16/2003, de 28 de maig, de Cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut. BOE, núm. 128, 29/05/2003. Disponible en:

<https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>

¹⁰ Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència. BOE, núm. 299, 15/12/2006. Disponible en:

<https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>

- Participació comunitària. El model d'Atenció Primària promou la participació de la comunitat en temes de salut, fomentant la corresponsabilitat en la cura de la salut. La ciutadania participa en la planificació d'activitats de salut i en el desenvolupament de projectes locals, la qual cosa millora l'acceptació i efectivitat dels programes sanitaris.
- Coordinació amb atenció especialitzada i serveis socials: L'Atenció Primària a Espanya està coordinada amb els hospitals i amb els serveis socials, la qual cosa permet una continuïtat en l'atenció dels pacients. Aquesta coordinació s'enforteix mitjançant la integració de sistemes d'informació, derivacions àgils i la comunicació entre nivells assistencials.

2. Atenció Hospitalària. Representa el segon nivell del sistema sanitari i s'encarrega de prestar atenció especialitzada als pacients que requereixen un nivell de diagnòstic o tractament que no pot ser proporcionat en Atenció Primària. L'Atenció Hospitalària abasta tant serveis d'urgència com serveis especialitzats de diagnòstic, tractament quirúrgic i rehabilitació.

L'Atenció Hospitalària és gestionada pels serveis de salut de les comunitats autònomes, que coordinen i organitzen els recursos hospitalaris en cada territori per a assegurar una cobertura adequada i accessible per a la població.

Evolució històrica de l'Atenció Primària de Salut en el context internacional

La Conferència Internacional sobre Atenció Primària de Salut celebrada a Alma-Ata (actualment Almaty, el Kazakhstan) va ser un esdeveniment fonamental que va establir les bases de l'APS moderna. En aquesta conferència es va declarar que la salut és un dret humà fonamental i es va proclamar la meta de "Salut per a Tothom l'any 2000". Alma-Ata va establir que l'APS és essencial per a aconseguir aquesta meta, promovent serveis de salut accessibles, basats en la participació de la comunitat i ajustats a les realitats econòmiques i culturals de cada país.

"L'Atenció Primària de Salut és la clau per a aconseguir un nivell acceptable de salut de la població mundial i reduir les desigualtats."

Així, l'Atenció Primària (AP) és el primer nivell d'assistència sanitari. L'informe de la Conferència Internacional sobre Atenció Primària de Salut celebrada a Alma-Ata (1978¹¹), defineix el concepte d'AP com:

"L'assistència essencial, basada en mètodes i tecnologies pràctics, científicament fundats i socialment acceptables posada a l'abast de tots els individus i famílies de la comunitat mitjançant la seua plena participació i a un cost que la comunitat i el país puga suportar, en totes i cadascuna de les etapes del seu desenvolupament, amb un esperit d'autoresponsabilitat i autodeterminació [10, 11]. L'AP ha d'estar orientada als principals problemes sanitaris i ha de prestar serveis preventius, curatius, rehabilitadors i de foment de la salut; així mateix pretén aconseguir la màxima accessibilitat als serveis que presta i per a això es considera necessària la participació dels individus a través de l'educació, per a aconseguir individus i comunitats capaços d'enfrontar-se de manera adequada als seus problemes de salut."

¹¹ "Declaració d'Alma-Ata". Conferència Internacional sobre Atenció Primària de Salut, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembre de 1978. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10205/1_declaracion_dealma_ata.pdf

Inspirat en la Declaració d'Alma-Ata, el programa Salut per a Tothom de l'OMS (OMS, 1979)¹² va impulsar polítiques i estratègies de salut pública centrades en l'atenció primària. Aquest programa advocava per sistemes de salut integrals i accessibles, ressaltant la importància de l'equitat i de la participació comunitària en la salut.

Posteriorment, en 1999, Salut 21 [12] va ser una estratègia de l'OMS per a la regió europea que cercava adaptar els principis d'Alma-Ata als reptes sanitaris del nou mil·lenni. Aquesta estratègia emfatitzava la necessitat d'enfortir l'APS, reduir les desigualtats en salut i promoure un enfocament de salut pública integral i inclusiu. Entre les seues metes destacaven la promoció d'estils de vida saludables i la creació de polítiques intersectorials [13].

L'any 2000, els estats membres de les Nacions Unides van adoptar els Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni (ODM)¹³, una sèrie de metes globals destinades a reduir la pobresa i millorar el benestar humà per a 2015. Alguns d'aquests objectius (com reduir la mortalitat infantil, millorar la salut materna i combatre malalties) tenien una relació directa amb l'atenció sanitària i reforçaven la necessitat d'una APS efectiva.

Objectius clau relacionats amb la salut:

- ODM 4: Reduir la mortalitat infantil.
- ODM 5: Millorar la salut materna.
- ODM 6: Combatre el VIH/SIDA, la malària i altres malalties.

Aquests objectius van subratllar la importància de millorar l'accessibilitat a serveis de salut bàsics i d'enfortir l'APS com a mitjà per a aconseguir aquestes metes.

En 2008, l'OMS va publicar un informe titulat "L'Atenció Primària de Salut: Més Necessària que Mai" [14], subratllant la importància de l'APS en un món cada vegada més complex i desigual en termes de salut. Aquest informe va argumentar que els sistemes de salut centrats en l'APS són més equitatius, eficients i efectius en la millora dels indicadors de salut de la població.

Aquest document destaca tres problemes centrals en els sistemes de salut actuals:

1. Inequitats en salut. Les poblacions de baixos recursos continuen tenint menys accés a serveis de salut.
2. Enfocament excessiu en atenció curativa. Falta d'èmfasi en la prevenció i promoció de la salut.
3. Segmentació dels sistemes de salut. Fragmentació dels serveis i falta d'integració d'aquests.

L'any 2010, l'Informe Mundial sobre la Salut es va centrar en la necessitat d'avançar cap a la cobertura sanitària universal, destacant que molts països necessiten millorar el finançament de la salut. Va proposar que, per a garantir la universalitat, els sistemes sanitaris havien d'enfocar-se en l'APS, que és una forma cost-efectiva de reduir les inequitats en salut i augmentar la cobertura de serveis bàsics.

Posteriorment, en l'Informe sobre la Salut en 2013, l'OMS va ressaltar la importància de la investigació en salut per a millorar la qualitat i accessibilitat dels serveis. Es va plantejar que una APS robusta és

¹² Alma-Ata: 25 anys després. Disponible en: <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops/alma-ata-25-anos-despues>

¹³ Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni. Disponibles en: <https://www.cepal.org/es/temas/objetivos-de-desarrollo-del-milenio-odm/objetivos-desarrollo-milenio>

Manual de l'assignatura

essencial per a qualsevol sistema de salut que busque cobertura universal, i va emfatitzar que invertir en APS no sols és una opció ètica sinó també econòmicament viable i sostenible a llarg termini.

En 2015, l'Assemblea General de les Nacions Unides va adoptar els Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS)¹⁴, una agenda de 17 objectius per a erradicar la pobresa, protegir el planeta i assegurar la prosperitat per a tothom. En particular, l'ODS 3 ("Garantir una vida sana i promoure el benestar per a tothom en totes les edats") està directament relacionat amb l'atenció de salut i reforça l'APS com la base d'un sistema de salut sostenible.

Els ODS destaquen que la salut és un pilar fonamental per al desenvolupament sostenible i emfatitzen la necessitat de sistemes de salut accessibles, eficaços i equitatius. També reconeixen la importància d'abordar els determinants socials de la salut i d'implementar polítiques multisectorials.

EVOLUCIÓ DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA		
	PASSAT	ACTUALITAT
OBJECTIUS	· Curació · Malaltia	· Salut/malaltia · Atenció integral
PRESTACIONS	· Tractament episòdic · Atenció · Problemes específics	· Promoció de la salut · Atenció contínua · Atenció integral
ORGANITZACIÓ	· Metges · Especialistes · Pràctica individual	· Generalistes · Multiprofessionals · Equip
RESPONSABILITAT	· Sector salut · Hegemonia professional · Individu com a objecte passiu	· Col·laboració intersectorial · Participació comunitària · Autoresponsabilitat

¹⁴ Objectius de Desenvolupament Sostenible. Disponibles en:
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Capítol 3: L'organització de l'Atenció Primària a Espanya i en la Comunitat Valenciana

L'organització de l'Atenció Primària de Salut (APS) [15-18] a Espanya s'estructura principalment entorn del Reial decret 137/1984, d'11 de gener, que estableix les Estructures Bàsiques de Salut¹⁵, basant-se en els principis de la Declaració d'Alma-Ata de 1978. Aquest decret va establir les bases del sistema actual d'atenció primària al país, promovent un model de salut accessible, integral i centrat en la comunitat. Algunes de les seues disposicions clau inclouen la delimitació territorial de zones de salut, la formació d'equips de treball multidisciplinaris i la integració d'activitats curatives amb accions de promoció de la salut i prevenció de malalties. Així mateix, es contempla l'augment del temps d'atenció al pacient, cercant una atenció més pròxima i personalitzada.

Característiques estructurals del sistema sanitari espanyol

El sistema sanitari a Espanya és descentralitzat i està organitzat en 17 comunitats autònomes (CCAA), cadascuna de les quals té autonomia en la gestió dels seus serveis sanitaris [18]. L'Estat s'encarrega de la regulació bàsica i la creació d'un marc nacional, mentre que les CA tenen la responsabilitat de desenvolupar aquests marcs en plans de salut específics adaptats a les necessitats dels seus territoris.

Àrees de Salut

Les Àrees de Salut són les estructures fonamentals de l'organització sanitària. Cada comunitat autònoma defineix aquestes àrees en funció de múltiples factors: geogràfics, demogràfics, socioeconòmics, laborals, epidemiològics i culturals. Les àrees de salut gestionen de manera unitària els centres i establiments de salut en el seu àmbit territorial, i cadascuna abasta una població d'entre 200.000 i 250.000 habitants. En cada àrea ha d'haver-hi almenys un hospital general que proporcione serveis d'acord amb les necessitats de la població.

Per a millorar l'eficiència, les Àrees de Salut se subdivideixen en Zones Bàsiques de Salut (ZBS), que constitueixen el nivell territorial fonamental per a l'atenció primària. Cada ZBS té assignat un municipi de capçalera on se situa el centre de salut, al qual la població ha de poder accedir en un temps raonable (aproximadament 30 minuts) des d'altres punts de la zona.

Zona Bàsica de Salut (ZBS)

La ZBS és la unitat territorial i funcional de l'atenció primària de salut. Cada zona cobreix una població d'entre 5.000 i 25.000 habitants i ha de comptar amb un centre de salut com a nucli operatiu. Les ZBS es defineixen considerant criteris demogràfics, geogràfics i socials. El centre de salut de cada zona actua com a referència per als ciutadans, oferint accessibilitat i continuïtat en l'atenció.

Organització de competències

L'organització sanitària a Espanya es distribueix en tres nivells de competència:

1. Administració de l'Estat. Responsable de la coordinació general, regulació de bases de sanitat exterior, política de medicaments i alta inspecció.

¹⁵ Reial decret 137/1984, d'11 de gener, sobre estructures bàsiques de salut. BOE, núm. 27, 1/02/1984. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=boe-a-1984-2574>

2. Comunitats autònomes (CA). Encarregades de la planificació i gestió dels serveis sanitaris, salut pública i creació de plans de salut propis.
3. Corporacions locals. Col·laboren en aspectes com la protecció ambiental, sanejament i gestió de serveis sanitaris locals.

El Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut, presidit pel ministre de Sanitat, facilita la cooperació entre les diferents CA i assegura una coordinació homogènia en la implementació de polítiques sanitàries.

El Centre de salut i l'equip d'atenció primària

El centre de salut és l'estructura física i funcional fonamental de l'APS, dissenyada per a brindar atenció coordinada, integral i continuada [19]. A més d'albergar consultes i serveis de diagnòstic, el centre de salut ofereix un punt de partida per a la comunitat i facilita el treball en equip dels professionals sanitaris, optimitzant l'organització i administració dels recursos de salut. Les funcions del centre de salut són:

1. Disposar d'espais i serveis per a consultes i activitats assistencials.
2. Comptar amb els recursos necessaris per a realitzar exploracions complementàries.
3. Actuar com a punt de trobada entre professionals sanitaris i la comunitat.
4. Fomentar el treball en equip entre els professionals de l'àrea.
5. Millorar la gestió administrativa de l'atenció sanitària en la seua zona d'influència.

Entre les seues principals activitats s'inclouen:

- Diagnòstic i tractament dels pacients.
- Promoció de la salut i prevenció de malalties.
- Atenció domiciliària.
- Vigilància epidemiològica.
- Docència i investigació.
- Gestió i rehabilitació (en alguns centres).
- Atenció continuada i urgent (en aquells centres on siga necessari).

L'equip d'atenció primària en cada zona bàsica està compost per professionals de diferents disciplines, tant sanitàries (metges, infermers, pediatres) com no sanitàries (administratius i personal de suport), que col·laboren per a proporcionar una atenció integral a la comunitat.

El SIAP és una eina clau que permet recollir i analitzar dades de salut en l'atenció primària, amb l'objectiu de facilitar la presa de decisions informades per a millorar l'eficiència i qualitat dels serveis.

L'Atenció Primària de Salut en la Comunitat Valenciana

A la Comunitat Valenciana, l'organització de l'Atenció Primària de Salut (APS) està establida i regulada mitjançant un conjunt de normatives que n'aborden l'estructura, les funcions i el marc dels serveis que presta. Aquest conjunt normatiu ha sigut desenvolupat al llarg de diverses dècades per a adaptar l'atenció primària a les necessitats canviants de la població i assegurar una prestació sanitària eficaç i accessible per a tots els habitants de la comunitat. Les diferents normatives que han sigut bàsiques en el desenvolupament de l'Atenció Primària a la Comunitat Valenciana són, entre altres:

1. Decret 42/1986, de 21 de març, del Consell de la Generalitat Valenciana¹⁶: Aquest decret estableix les bases inicials per a l'organització de l'APS a la Comunitat Valenciana, definint-ne les funcions i delimitant-ne l'estructura bàsica.
2. Llei 3/2003, de 6 de febrer, d'Ordenació Sanitària de la Comunitat Valenciana¹⁷: Marca una fita en l'organització dels serveis sanitaris públics, en crear l'organisme autònom Agència Valenciana de Salut, que va ser fonamental per a la gestió dels serveis d'APS fins a la seua extinció en 2013. Aquesta llei també va introduir el Pla de Salut de la Comunitat Valenciana i va promoure la participació ciutadana en la presa de decisions a través del Consell de Salut de la Comunitat Valenciana.
3. Decret 74/2007, de 18 de maig, del Consell:¹⁸ Aprova el reglament sobre l'estructura, organització i funcionament de l'atenció sanitària a la Comunitat Valenciana, i configura un marc integral que defineix les àrees de competències, coordinació, directrius i prestacions en l'àmbit de l'APS.
4. Llei 10/2014, de 29 de desembre, de Salut de la Comunitat Valenciana¹⁹: Actualitza i enforteix el marc legislatiu de la sanitat pública en la comunitat, regulant la planificació, gestió i control dels serveis de salut.

Estructura organitzativa i funcional de l'Atenció Primària

El Decret 74/2007 estableix l'estructura de l'atenció primària en un model basat en departaments de salut, cadascun dels quals té una organització pròpia, però coordinada, per a assegurar la cobertura en totes les àrees de la Comunitat Valenciana. Cada departament agrupa centres de salut i consultoris locals per a donar servei a la població de la seua zona.

Elements del marc general d'organització

- Departament de Salut. És la unitat territorial i organitzativa de l'atenció sanitària, i s'hi inclouen els centres de salut, que actuen com el primer punt de contacte dels pacients.
- Funcions dels serveis. Abasten des de l'assistència mèdica directa fins a la prevenció, educació i promoció de la salut.
- Organització i coordinació. Inclou el treball conjunt dels diferents nivells assistencials i la participació en programes de salut comunitària.
- Prestacions i cartera de serveis. Estan organitzades en una Cartera de Serveis d'Atenció Primària, que assegura l'accés a serveis essencials per a tota la població.

¹⁶ DECRET 42/1986, de 21 de març, del Consell de la Generalitat Valenciana, pel qual es defineix i estructura l'Atenció Primària de la Salut a la Comunitat Valenciana. Disponible en: [https://dogv.gva.es/es/eli/es-vc/d/1986/03/21/\(4\)/dof/spa/HTML](https://dogv.gva.es/es/eli/es-vc/d/1986/03/21/(4)/dof/spa/HTML)

¹⁷ Llei 3/2003, de 6 de febrer, d'Ordenació Sanitària de la Comunitat Valenciana. DOGV, núm. 4440, 14/02/2003. Disponible en: https://dogv.gva.es/auto/dogv/docvpub/rlgv/2003/l_2003_03_ca_1_2018_08.pdf

¹⁸ DECRET 74 /2007, de 18 de maig, del Consell, pel qual s'aprova el Reglament sobre estructura, organització i funcionament de l'atenció sanitària en la Comunitat Valenciana. DOGV, núm. 5518, 23/05/2007. Disponible en: <https://dogv.gva.es/es/eli/es-vc/d/2007/05/18/74>

¹⁹ Llei 10/2014, de 29 de desembre, de Salut de la Comunitat Valenciana. BOE, núm. 35, 10 de febrer de 2015. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/boe-a-2015-1239-consolidado.pdf>

Cartera de Serveis d'Atenció Primària

La Cartera de Serveis d'Atenció Primària (CSAP)²⁰ és el catàleg de prestacions que el sistema valencià de salut ofereix a la ciutadania en funció dels problemes de salut i necessitats sentides per la població. S'hi prioritzen les actuacions preventives i de promoció de la salut, i l'atenció a problemes de salut d'alta prevalença i susceptibles de ser atesos pel primer nivell assistencial. Pretén garantir una oferta d'atenció equitativa en tot l'àmbit de la Comunitat Valenciana. La Cartera de Serveis d'Atenció Primària garanteix que els serveis prestats responguen de manera eficient a les demandes de la població. Aquesta cartera inclou una àmplia varietat de prestacions, com l'atenció en salut mental, la prevenció de malalties, programes de vacunació, la planificació familiar i la promoció de la salut en tots els grups d'edat. Aquest enfocament permet una atenció sanitària integral i basada en la comunitat. Així, el Pla d'Acció d'Atenció Primària Comunitària (PRI) 2022/2023 [20] organitza la prestació de serveis per a diversos grups d'edat i condicions integrant les necessitats del context actual i optimitzant l'accés equitatiu a l'atenció sanitària.

1. Atenció a l'individu i a la família. Aquest bloc agrupa les intervencions per a la salut en diferents etapes de la vida:

- Salut infantil i adolescent: Inclou immunització, cribratges neonatals i atenció a problemes de desenvolupament, salut mental i risc social.
- Atenció a la dona: Centrada en salut reproductiva, embaràs, lactància i prevenció de malalties com càncer de mama i cervix.
- Atenció a l'adult i pacients crònics: Programes de seguiment de malalties cròniques (com diabetis i hipertensió), prevenció de caigudes i accidents en persones majors i suport a persones amb factors de risc social.
- Cures pal·liatives: Proporciona atenció domiciliària i control de símptomes per a pacients en fase terminal, incloent-hi suport a les famílies.
- Eutanàsia activa: Inclou procediments d'acord amb la legislació espanyola per a aquells que expressen el desig d'acabar la seua vida.
- Salut mental: Les unitats de suport ofereixen tractament psicològic i psiquiàtric per a trastorns mentals comuns i greus, amb atenció tant a pacients adults com infantojuvenils.

2. Educació per a la salut en grup i atenció comunitària. L'educació grupal i l'atenció comunitària són estratègies clau per a fomentar la salut pública. Inclouen programes en centres de salut i educatius enfocats en la promoció d'hàbits saludables i la prevenció de malalties cròniques, així com la implicació dels ciutadans en la identificació de necessitats locals de salut.

3. Procediments diagnòstics. Es plantegen diversos procediments de diagnòstic accessibles en atenció primària:

- Diagnòstics bàsics: Inclouen espirometria, electrocardiogrames, proves ràpides de virus i proves psicomètriques.
- Diagnòstics especialitzats: Els professionals d'atenció primària tenen accés a proves avançades com ecocardiogrames, ressonàncies magnètiques, endoscòpies i proves neurofisiològiques, i garanteixen una coordinació efectiva amb l'atenció especialitzada.

4. Procediments terapèutics. Les intervencions terapèutiques inclouen:

²⁰https://www.san.gva.es/documents/d/assistencia-sanitaria/2_cartera_serveis_atencion_primaria_comunitaria_resumida_es*-pdf

- Tractaments farmacològics i no farmacològics: Adaptats a les necessitats individuals del pacient, com l'administració d'aerosols, immobilitzacions, infiltracions i teràpies de suport psicològic.
- Cirurgia menor: Realitzada en pacients que no necessiten ingrés, utilitzant anestèsia local.

Els equips d'APS de la Comunitat Valenciana, d'acord amb el Decret 42/1986 i el Decret 74/2007, compleixen un conjunt de funcions clau, entre les quals destaquen:

1. Assistència sanitària integral: Inclou atenció en el centre de salut mateix, visites domiciliàries i atenció d'urgències en l'àmbit de l'APS.
2. Promoció i prevenció de la salut: A través d'activitats dirigides a l'educació en salut, programes de vacunació, planificació familiar i prevenció de malalties.
3. Avaluació de la salut comunitària: Realització d'estudis de salut per a identificar problemes específics de la zona i adequar els serveis a les necessitats locals.
4. Educació sanitària: Accions formatives dirigides a la comunitat per a promoure hàbits saludables.
5. Participació en programes especials de salut: Integració en programes de salut mental, laboral i ambiental, i en campanyes de detecció precoç de malalties.
6. Atenció a pacients crònics i grups vulnerables: Vigilància i seguiment de la salut de pacients amb malalties cròniques, en situació de dependència o en fase terminal.
7. Recollida de dades epidemiològiques: Assegurar la vigilància de la salut mitjançant la recollida d'informació estadística i epidemiològica per a millorar la planificació dels serveis.
8. Formació i investigació: Participació en programes de formació contínua per al personal sanitari i col·laboració en projectes d'investigació en APS.

Des de la Llei 3/2003, la Comunitat Valenciana ha implementat una sèrie de reformes que han culminat en la Llei 10/2014, orientada a enfortir el sistema de salut públic i garantir una atenció centrada en el pacient. Amb la finalitat de promoure la participació ciutadana i fomentar la millora contínua, s'han constituït òrgans consultius, com el Consell de Salut de la Comunitat Valenciana, que permet a la població contribuir en la planificació i supervisió dels serveis sanitaris. Així, el Decret 79/2015, de 22 de maig, del Consell²¹ regula la composició, funcions i funcionament del Consell de Salut de la Comunitat Valenciana i dels consells de salut dels departaments de salut, com a òrgans col·legiats, consultius i de participació ciutadana en el Sistema Valencià de Salut. Estableix la seua estructura, amb representació de l'Administració, entitats locals, sindicats, organitzacions empresarials, associacions de pacients, consumidors i col·legis professionals, amb l'objectiu de fomentar la participació i millorar la qualitat del sistema sanitari. Els dos òrgans han de reunir-se almenys dues vegades a l'any, no són retribuïts i actuen amb autonomia orgànica i funcional.

Desafiaments de futur.

L'organització de l'APS afronta diversos reptes, incloent-hi la millora de les condicions laborals i l'augment de la satisfacció professional entre els treballadors d'atenció primària. Aquestes àrees són clau per a assegurar la retenció de professionals i el funcionament efectiu del sistema. Aspectes com el clima laboral i la satisfacció dels professionals han sigut identificats com a factors que impacten en la qualitat de l'atenció i en la relació amb els pacients. A aquest efecte es planteja un Pla d'Acció

²¹ Decret 79/2015, de 22 de maig, del Consell, pel qual es regula el Consell de Salut de la Comunitat Valenciana i els consells de salut dels departaments de salut. [2015/4790]

d'Atenció Primària i Comunitària (2022-2023)²². Aquest Pla d'Acció forma part del Marc Estratègic d'Atenció Primària i Comunitària (MAPyC) aprovat per a enfortir el sistema de salut a Espanya. Aquest Pla d'Acció no sols estableix objectius específics, sinó també accions concretes i indicadors d'èxit per als anys 2022-2023, amb la finalitat d'assegurar un impacte durador en la millora del sistema d'Atenció Primària i Comunitària a Espanya. Els objectius principals són garantir una Atenció Primària (AP) de qualitat, accessible, equitativa i adaptada als canvis sociodemogràfics i de necessitats en salut, especialment després de l'impacte de la COVID-19. Els seus objectius clau són:

1. Finançament i recursos humans

- Finançament finalista: Assegura que cada comunitat autònoma i el Ministeri de Sanitat disposen de pressupostos específics per a implementar aquest Pla.
- Augment i estabilització del personal: Incrementa el nombre de professionals i redueix la temporalitat laboral, amb millores en condicions de treball i plans d'estabilització laboral, especialment en àrees amb dificultat de cobertura.
- Formació i especialització: Promou la formació en especialitats com Medicina Familiar i Infermeria Comunitària, incloent-hi la creació de places de formació especialitzada en AP i el desenvolupament d'un sistema de recertificació per a reconèixer les competències dels professionals.

2. Capacitat de resolució i digitalització

- Capacitat de resolució: Enforteix l'accés a procediments diagnòstics i tractaments en AP per a reduir la necessitat de derivacions a especialistes.
- Digitalització: Desenvolupa sistemes d'informació que milloren l'accessibilitat mitjançant teleconsulta, vídeoconsulta i serveis digitals per a diagnòstics i seguiment, usant tecnologies com *big data* i Intel·ligència Artificial. També incorpora eines d'autogestió de salut per a pacients crònics i amb altes necessitats.

3. Equips d'atenció primària i cartera de serveis

- Consolidació de l'equip d'AP: Reforça el rol de la Infermeria Familiar i Comunitària i estableix un mapa de competències per a cada professional d'AP. Aquest equip es reorganitza per a optimitzar les funcions i millorar l'atenció integral.
- Actualització de la cartera de serveis: S'amplia amb modalitats d'atenció no presencial i una major cobertura en serveis com salut bucodental, adaptant els procediments de diagnòstic per a incrementar la capacitat de resolució en AP.

4. Qualitat assistencial i orientació comunitària

- Qualitat i pràctica basada en l'evidència: Adopta recomanacions de "no fer" per a evitar intervencions innecessàries i millora la interoperabilitat dels registres de salut. Això facilita l'intercanvi d'informació entre diferents nivells assistencials.
- Orientació comunitària: Promou la salut pública i la prevenció mitjançant una Estratègia de Salut Comunitària, coordinada amb sectors com la salut pública i els serveis socials, per a implementar projectes de promoció i prevenció de salut adaptats a cada comunitat.

5. Governança, accessibilitat i R+D+I

²² <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/consejointerterri/docs/1434.pdf>

- Governança en AP: Defineix un model de gestió autònom en els centres de salut que permet la participació activa dels professionals i la comunitat en la presa de decisions.
- Accessibilitat i gestió de la demanda: Millora l'accessibilitat, assegurant atenció en les primeres 24 hores per a problemes urgents. També optimitza la gestió de cites i demanda assistencial.
- Recerca i desenvolupament (R+D+I): Fomenta la investigació en AP i facilita la transferència de resultats científics, assegurant fons específics i l'accés a recursos de suport per a investigació en centres de salut.

Actualment, s'ha publicat el Pla d'Acció d'Atenció Primària i Comunitària 2025-2027²³, elaborat pel Ministeri de Sanitat d'Espanya [21], que traça una estratègia integral per a transformar i enfortir aquest nivell assistencial clau en el Sistema Nacional de Salut (SNS). Respon als reptes actuals com l'envelliment poblacional, l'augment de malalties cròniques i la necessitat de millorar l'accessibilitat, qualitat i sostenibilitat del sistema. Així, l'Atenció Primària afronta una creixent pressió assistencial derivada de l'envelliment demogràfic, l'increment de malalties cròniques i les expectatives d'una atenció més personalitzada. El pla parteix d'una anàlisi exhaustiva dels desafiaments estructurals i operatius, incloent-hi insuficiències en recursos humans, infraestructures, digitalització i coordinació intersectorial. El pla s'articula en nou línies estratègiques:

1. Fidelització i atracció del talent: Cerca consolidar el personal sanitari en Atenció Primària mitjançant mesures com la reducció de la temporalitat, la millora de les condicions laborals, incentius per a la permanència i la creació de noves categories professionals, com la d'infermera especialista en Infermeria Familiar i Comunitària.
2. Ampliació de l'equip d'atenció primària: Promou una distribució eficient de competències i rols, assegurant que cada necessitat de salut siga atesa pel professional més adequat. Inclou la implementació d'un mapa de competències i la formació d'equips multidisciplinaris que responguen a les necessitats locals.
3. Capacitat de resolució i gestió de la demanda: Incorpora l'actualització de la cartera comuna de serveis de l'SNS, amb èmfasi en procediments diagnòstics i atenció no presencial. A més, fomenta la modernització tecnològica i l'optimització dels processos administratius per a incrementar l'eficiència.
4. Qualitat assistencial: Se centra en la implantació de recomanacions nacionals i estratègies de salut pública, establint estàndards comuns de qualitat i promovent la continuïtat assistencial entre nivells d'atenció.
5. Governança i rendició de comptes: Potencia la transparència, la participació ciutadana i la millora dels sistemes d'informació. Inclou la creació de models de gestió clínica basats en indicadors de seguiment i resultats en salut.
6. Atenció integrada i continuïtat assistencial: Reforça la coordinació entre Atenció Primària i Especialitzada mitjançant la interoperabilitat de les històries clíniques digitals, l'atenció domiciliària i la integració de serveis sociosanitaris.
7. Salut comunitària: Implementa estratègies per a abordar els determinants socials de la salut i enfortir la promoció d'hàbits saludables. Incorpora eines digitals per a integrar informació social i familiar rellevant en la Història de Salut Digital.

²³ Pla d'Acció d'Atenció Primària i Comunitària. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/areas/atencionprimaria/docs/plan_de_accion_de_atencion_primaria_y_comunitaria_2025-2027.pdf

Manual de l'assignatura

8. Accessibilitat: Cerca garantir l'equitat en l'accés als serveis sanitaris, reduint barreres físiques i digitals i prioritant l'atenció a col·lectius vulnerables, com persones majors, amb discapacitat o en situació d'exclusió social.
9. Recerca, desenvolupament i innovació (R+D+I): Impulsa la investigació en Atenció Primària mitjançant xarxes cooperatives, finançament competitiu i programes de formació específics. Afavoreix la transferència de coneixements per a millorar pràctiques assistencials i fomentar la innovació.

El disseny del pla es va basar en un procés participatiu que va involucrar comunitats autònomes, societats científiques, sindicats, associacions de pacients i altres actors clau. Aquest enfocament integrador assegura que les accions estiguen alineades amb les necessitats locals i les recomanacions d'organismes internacionals com l'OMS.

El pla inclou mecanismes d'avaluació contínua per a mesurar l'impacte de les seues accions en termes d'accessibilitat, qualitat i resultats en salut. S'establiran indicadors clau, amb revisions intermèdies i finals, per a garantir el compliment dels objectius.

Es preveuen inversions significatives per a la implementació de les accions del pla, prioritant la modernització d'infraestructures, formació de professionals i enfortiment de les capacitats tecnològiques. Els recursos seran distribuïts de manera equitativa entre comunitats autònomes, sota criteris de transparència i compliment d'objectius.

Amb aquest pla, l'SNS cerca consolidar una Atenció Primària moderna, accessible, resolutiva i centrada en les persones. S'espera millorar la satisfacció dels usuaris, optimitzar els recursos sanitaris i reforçar la sostenibilitat del sistema a llarg termini.

Facultat d'Infermeria i Podologia

Capítol 4: Els sistemes de registre en Atenció Primària

El sistema d'informació sanitària

Un sistema d'informació sanitària (SIS) és una estructura interconnectada que comprèn recursos humans i materials, dedicada a la recopilació, processament, anàlisi i transmissió de dades rellevants per a facilitar la presa de decisions en els serveis sanitaris. Segons l'OMS (1973) [22, 23], el SIS és un "mecanisme que organitza la recopilació, processament i transmissió de la informació necessària per al funcionament dels serveis de salut, així com per a la investigació i la docència". Es converteix en un "instrument fonamental per a decidir sobre les activitats sanitàries i planificar, gestionar, avaluar i investigar".

Components del sistema d'informació sanitària:

1. Elements Estructurals: Abasten les dades en si, el personal i el suport material.
2. Elements Funcionals: Inclouen fonts de dades, processos de comunicació i mecanismes de gestió i control.
3. Elements Orgànics: Integren subsistemes d'informació sanitària i estadístiques específiques del sistema.

Els registres dins del SIS s'organitzen de manera seqüencial i jeràrquica, i es vinculen entre si per a crear un sistema de registre cohesiu.

Etapas de disseny d'un sistema d'informació sanitària

1. Definició del sistema: Inclou la identificació dels elements que el componen, les seues relacions i objectius.
2. Identificació de nivells de decisió: Central, regional o provincial i local, segons el nivell de gestió.
3. Identificació de tipus de decisions: Basada en la funció, estructuració i els rols de cada component.

Les fonts d'informació es divideixen en:

- Externes: Inclouen dades demogràfiques (censos, registres civils) i altres serveis, com els socials i econòmics.
- Internes: Comprenen registres de diagnòstic, índexs, registres hospitalaris i dades específiques d'Atenció Primària.

Sistema d'Informació en Atenció Primària (SIAP)

El SIAP²⁴ se situa com el primer punt de contacte amb el sistema sanitari i proporciona una visió completa dels serveis de salut i de l'impacte que tenen en la comunitat. Les dades registrades abasten recursos, activitat, despeses i resultats obtinguts. No obstant això, els sistemes d'informació en Atenció Primària han presentat deficiències en comparació amb altres nivells d'atenció, la qual cosa

²⁴ Sistemes d'Informació d'Atenció Primària (SIAP) Disponible en:

<https://pestadistico.inteligenciadegestion.salud.gob.es/publicosns/s/sistema-de-informacion-de-atencion-primaria-siap>

dificulta una integració completa de les dades i una avaluació adequada de l'efectivitat de les intervencions.

Necessitat del SIAP. Un sistema complet d'informació en Atenció Primària permet respondre a les necessitats d'aquest nivell assistencial i en facilita la integració amb altres sistemes, de manera que proporciona una perspectiva global dels problemes de salut en la població. La creació d'aquest sistema va ser proposada pel Consell Interterritorial en 2004, i es va designar un grup d'experts per a elaborar un sistema flexible que permetera adaptar la informació a les diferents organitzacions autonòmiques.

Àrees Clau del SIAP

- Identificació de la població: Perfil sociodemogràfic de la població atesa.
- Recursos disponibles: Infraestructura sanitària i organització de serveis en cada comunitat autònoma.
- Activitat realitzada: Cobertures aconseguides, freqüència d'ús dels serveis i qualitat de l'atenció.
- Costos i resultats: Anàlisi de la despesa i dels resultats obtinguts en salut i satisfacció del pacient.

Història clínica: element central en Atenció Primària

La història clínica és el conjunt de documents i dades sobre l'estat de salut i el procés assistencial del pacient. La Llei 41/2002²⁵ estableix la història clínica com el "conjunt de documents que contenen dades, valoracions i informació sobre la situació i evolució clínica d'un pacient". La història clínica en AP permet l'atenció integral del pacient, la continuïtat assistencial i l'avaluació de la qualitat del servei.

Així, podem trobar, pel que fa a la història clínica:

1. Tradicional: Registra cronològicament les situacions de salut del pacient.
2. Orientada a problemes: S'organitza per problemes, de manera que permet un seguiment individual.
3. Per episodis: Registra cada ingrés o nou esdeveniment i ofereix un resum específic de cada episodi.

Història de salut electrònica (HSE)

Cada any, al voltant de 4,5 milions de ciutadans a Espanya reben atenció mèdica en una comunitat autònoma diferent a la de residència. No obstant això, el 76% dels pacients atesos en altres territoris no compta amb documentació clínica per a presentar al metge, de manera que proporciona només informació verbal sobre el seu historial de salut; a penes un 8% porta un informe escrit. La Història de Salut Electrònica (HSE) s'ha desenvolupat precisament per a resoldre aquest problema garantint l'accés a tota la informació clínica rellevant del pacient, sense importar on s'haja generat. Aquest sistema assegura la continuïtat de les cures i permet que els professionals disposen d'un historial complet per a brindar una atenció coherent i d'alta qualitat.

²⁵ Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica. BOE, núm. 274, de 15/11/2002. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=boe-a-2002-22188>

La Història de Salut Electrònica a la Comunitat Valenciana²⁶ és una eina fonamental per a la gestió de la informació sanitària i per a garantir la continuïtat assistencial en tota la xarxa d'atenció. El seu disseny, centrat en el pacient i en la col·laboració interdisciplinària, proporciona una base sòlida per a una atenció de qualitat, segura i centrada en les necessitats de l'usuari. La HSE facilita la labor dels professionals de la salut, empodera els pacients i contribueix a l'eficiència econòmica del sistema sanitari. A mesura que evoluciona i s'adapta als avanços tecnològics, la HSE es consolida com una peça clau en la transformació digital de la sanitat valenciana i en la millora contínua de l'atenció per a tota la ciutadania.

La HSE proporciona accés a la informació clínica rellevant de cada pacient en qualsevol punt d'atenció de l'SNS, i per tant millora la continuïtat de les cures i optimitza el temps i recursos sanitaris. Amb una arquitectura de serveis i interoperabilitat, facilita l'accés a informes d'urgències, proves de laboratori i diagnòstics per imatge en qualsevol comunitat autònoma.

La HSE proporciona accés a una àmplia gamma de dades essencials per a la pràctica clínica, entre els quals destaquen:

- Història clínica resumida: Un resum complet dels antecedents i estat actual de salut del pacient.
- Informes d'urgències i altes hospitalàries: Informació crítica per a la continuïtat en l'atenció posterior a una visita d'emergència o una hospitalització.
- Resultats de proves de laboratori i imatge: Accés a diagnòstics i estudis de radiologia o medicina nuclear, entre altres, que eviten la repetició innecessària de proves.
- Informes de cures d'infermeria: Informació de seguiment i cures necessàries per a una atenció integral.
- Portal del ciutadà: Permet als pacients consultar la seua informació de salut, de manera que promou una participació activa en el seu procés de cura.

Altres continguts inclouen guies clíniques, un gestor d'alarmes sanitàries per a alertes rellevants i un gestor de peticions corporatiu, així com opcions de teleassistència, que faciliten una atenció mèdica remota per a situacions que no requereixen desplaçament.

El principal objectiu de la HSE és consolidar la informació de salut de cada pacient en un registre unificat, accessible des de qualsevol centre de salut o hospital de la Comunitat Valenciana. Això permet als professionals disposar d'una visió integral de l'historial clínic de cada pacient, i així millorar la capacitat per a prendre decisions clíniques informades i evitar duplicacions innecessàries de proves o procediments. A més, la HSE facilita la continuïtat de la cura: independentment del nivell assistencial o del centre d'atenció, els professionals poden accedir als antecedents mèdics, els tractaments previs i els resultats de proves, i promoure així una atenció coherent i eficient.

La HSE també està dissenyada per a millorar la seguretat i qualitat de l'atenció al pacient. En reduir els errors derivats de la falta d'informació o de la duplicació de registres i facilitar la comunicació entre els diferents nivells d'atenció, aquest sistema contribueix a un entorn clínic més segur i eficient.

La HSE està dissenyada per a integrar-se eficaçment amb altres sistemes de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, com el Sistema d'Informació Poblacional (SIP), el Registre de Vacunes

²⁶ Història de salut electrònica. Disponible en: <https://www.san.gva.es/es/web/portal-del-paciente/historia-salut-electronica>

Nominal (RVN), ABUCASIS [24, 25] en Atenció Primària, i ORION Clinic en hospitals. Aquesta interoperabilitat assegura una gestió coordinada de la informació en tota la xarxa sanitària, garanteix que totes les dades clíniques rellevants estiguen disponibles per als professionals en qualsevol centre i permet una continuïtat de la cura sense interrupcions.

La interoperabilitat en la HSE brinda avantatges tant per als pacients com per als professionals i la gestió del sistema de salut en general:

- Per al pacient: La HSE redueix els temps d'espera, ja que les dades rellevants estan disponibles immediatament. A més, evita la duplicació de proves, com anàlisis de colesterol o radiografies, de manera que millora l'experiència del pacient i redueix el cost del sistema.
- Per a la gestió sanitària: La interoperabilitat fa més eficient l'ús de recursos com llits hospitalaris i agendes de cites. També permet canvis en el model de prestació, com la centralització de certs serveis per a optimitzar l'assignació de recursos.
- Per als professionals: La HSE assegura la qualitat i disponibilitat de dades signades i comprensibles, així que ofereix una base sòlida per a les decisions clíniques. També permet integrar eines de suport a la presa de decisions, com sistemes de prescripció farmacèutica assistida, que ajuden els professionals a triar les millors opcions terapèutiques per a cada pacient.

SIAP a la Comunitat Valenciana: ABUCASIS

ABUCASIS és el sistema d'informació sanitària implantat a la Comunitat Valenciana per a la gestió de la història clínica electrònica en atenció primària. Aquesta plataforma té com a objectiu centralitzar la informació de salut dels pacients, i així millorar l'accessibilitat, l'eficiència i la continuïtat en l'atenció. Des que es va crear, ABUCASIS ha transformat la pràctica clínica en Atenció Primària en facilitar la comunicació entre professionals i proporcionar accés immediat a les dades mèdiques de cada pacient en tota la xarxa sanitària de la regió. El seu disseny i evolució permeten que les dades estiguen actualitzades i accessibles per al personal sanitari en tots els nivells d'atenció, cosa que assegura una atenció integrada i de qualitat per a la ciutadania.

El principal objectiu d'ABUCASIS és instaurar una història clínica única per a cada pacient, accessible en qualsevol punt de la xarxa d'atenció ambulatoria de la Comunitat Valenciana. D'aquesta manera, el sistema optimitza l'accés a informació essencial per a la presa de decisions clíniques i permet així una gestió efectiva i segura de les dades clíniques. ABUCASIS facilita la continuïtat assistencial, cosa que significa que els professionals poden accedir a informació sobre tractaments, diagnòstics previs, al·lèrgies i altres dades rellevants en temps real, sense importar el centre d'atenció en el qual es trobe el pacient.

A més, ABUCASIS contribueix a millorar la seguretat del pacient en garantir que la informació disponible estiga sempre actualitzada i siga precisa. En centralitzar la informació en un únic sistema, es minimitza el risc d'errors mèdics derivats de falta d'informació o duplicació de registres, la qual cosa és clau per a una atenció segura i de qualitat.

ABUCASIS està compost per una sèrie de mòduls i funcionalitats que el converteixen en una eina integral i versàtil. Entre les principals característiques del sistema s'inclouen:

1. Prescripció assistida i consulta d'historial farmacoterapèutic: ABUCASIS facilita la prescripció de medicaments mitjançant un sistema assistit que permet als professionals accedir a l'historial de medicació de cada pacient, incloent-hi al·lèrgies o interaccions prèvies, i millorar així la seguretat en el tractament farmacològic.
2. Citació i gestió de consultes: El sistema inclou un mòdul de gestió de cites que optimitza l'organització de les consultes mèdiques, tant presencials com telefòniques. La funcionalitat de citació concertada permet una distribució més eficient dels temps de consulta, fet que ajuda a reduir les llistes d'espera i a millorar el flux de pacients.
3. Interconsultes: ABUCASIS permet gestionar i coordinar interconsultes entre diferents especialistes, i garantir així una atenció col·laborativa i eficient. El sistema facilita la comunicació entre professionals de diferents disciplines, assegurant que els pacients reben una atenció integral i multidisciplinària.
4. Seguiment i monitoratge de dades clíniques: Els professionals poden portar un registre detallat de les proves, diagnòstics i tractaments de cada pacient. ABUCASIS ofereix fulls de seguiment i monitoratge que permeten visualitzar l'evolució clínica i realitzar un control detallat de l'estat de salut del pacient al llarg del temps.
5. Exàmens de salut normalitzats: El sistema compta amb protocols per a exàmens de salut en àrees específiques, com revisions periòdiques o cribratges preventius, que ajuden a detectar i prevenir problemes de salut en fases primerenques.
6. Recordatoris d'activitats preventives i de seguiment: ABUCASIS inclou eines de recordatori que alerten els professionals sobre activitats preventives, exàmens de salut i seguiments pendents. Aquesta funcionalitat és fonamental per a l'atenció preventiva i per a assegurar la continuïtat en el tractament dels pacients.
7. Història de salut personal, familiar i sociofamiliar: ABUCASIS ofereix un mòdul d'història de salut detallada que inclou no sols els antecedents clínics del pacient, sinó també informació sobre el context familiar i social que puga influir en la seua salut. Aquesta perspectiva integral permet als professionals abordar l'atenció des d'un enfocament biopsicosocial.
8. Gestió de la incapacitat temporal: La plataforma facilita la gestió de les incapacitats temporals permetent als metges emetre i renovar els certificats necessaris de manera ràpida i centralitzada, cosa que millora l'eficiència administrativa.

ABUCASIS ha sigut dissenyat per a optimitzar el treball dels professionals d'atenció primària i millorar la seua capacitat de resposta. Entre els principals avantatges per al personal sanitari hi ha:

- Accés immediat a la informació del pacient: Els metges i altres professionals de la salut poden accedir ràpidament a l'historial clínic complet de cada pacient, la qual cosa facilita una presa de decisions informada i basada en dades actualitzades.
- Reducció de la càrrega administrativa: ABUCASIS automatitza moltes tasques administratives, com la gestió de cites i la renovació de receptes, la qual cosa permet als professionals dedicar més temps a l'atenció directa al pacient.
- Suport en la presa de decisions clíniques: Gràcies als mòduls de seguiment i recordatori, ABUCASIS ajuda els metges a realitzar un seguiment detallat i proactiu de l'estat de salut dels seus pacients i així millorar la precisió dels diagnòstics i la continuïtat del tractament.
- Facilitació de la col·laboració interdisciplinària: El sistema permet una millor comunicació entre diferents nivells d'atenció i especialitats, la qual cosa és clau per a una atenció integral del pacient.

ABUCASIS també proporciona beneficis directes als pacients, que es veuen afavorits per un sistema d'atenció més accessible i centrat en les seues necessitats. Entre els principals beneficis per als pacients s'inclouen:

- Continuitat i coherència en l'atenció mèdica: En comptar amb un historial clínic accessible en tots els punts d'atenció, els pacients reben un tractament coherent independentment del centre o del professional que els atenga.
- Reducció de temps d'espera i millor organització de cites: La gestió automatitzada de cites permet una organització més eficient de les consultes, cosa que redueix els temps d'espera i assegura una atenció oportuna.
- Major seguretat en el tractament: L'accessibilitat dels professionals a la informació completa del pacient redueix el risc d'errors mèdics, i per tant proporciona major seguretat en el tractament.
- Apoderament del pacient: En tenir les dades centralitzades en una història clínica única, el pacient pot participar activament en el seu procés de salut proporcionant informació completa i actualitzada a qualsevol professional que l'atenga.

ABUCASIS[26] també contribueix a l'eficiència econòmica del sistema de salut en reduir la duplicació de proves i la realització de tractaments innecessaris. Això s'aconsegueix mitjançant la centralització de la informació i l'accés compartit de les dades per tots els professionals implicats. En eliminar despeses supèrflues en proves i consultes repetides, ABUCASIS contribueix a una gestió financera més sostenible, cosa que permet una reinversió dels recursos en àrees que realment milloren la qualitat de l'atenció.

Un dels aspectes més destacats d'ABUCASIS és la capacitat que té d'integrar-se amb altres sistemes d'informació de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, com ara el Sistema d'Informació Poblacional (SIP), el Registre de Vacunes Nominal (RVN) i els sistemes de gestió hospitalària, com IRIS i HIGIA. Aquesta interoperabilitat permet una visió integral de l'estat de salut de cada pacient, independentment del nivell assistencial en el qual reba atenció, i facilita la continuïtat de la cura entre Atenció Primària, especialitzada i hospitalària.

La implementació d'ABUCASIS en tots els centres d'atenció primària de la Comunitat Valenciana ha presentat alguns reptes. La necessitat d'una infraestructura informàtica robusta i l'entrenament del personal en l'ús del sistema són desafiaments inicials que, no obstant això, se superen a mesura que s'observa l'eficàcia del sistema. L'expansió d'ABUCASIS a altres nivells d'atenció planteja una oportunitat per a integrar encara més el sistema sanitari i assegurar que totes les dades de salut estiguen centralitzades i disponibles en tota la xarxa.

ABUCASIS s'ha consolidat com una eina fonamental a la Comunitat Valenciana per a la gestió de la informació clínica en Atenció Primària. El disseny centrat en el pacient i la seua capacitat d'integració amb altres sistemes permeten una atenció més segura, contínua i eficient. A més, ABUCASIS facilita la labor dels professionals en reduir la càrrega administrativa, millorar l'accessibilitat de les dades i facilitar la presa de decisions clíniques. La seua implementació i evolució reflecteixen el compromís de la Comunitat Valenciana amb una atenció sanitària de qualitat i amb un enfocament integral que beneficia tant els professionals com els pacients.

Sistema d'Informació Poblacional (SIP)

El Sistema d'Informació Poblacional (SIP)²⁷ va ser creat en 1999 mitjançant el Decret 126/1999 del Govern valencià, amb el propòsit de millorar la relació entre la ciutadania i l'administració sanitària. El seu objectiu principal és optimitzar la planificació i gestió administrativa, l'organització de recursos sanitaris i facilitar l'administració de la targeta sanitària individual (TSI). El SIP funciona com un registre administratiu corporatiu gestionat per la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana, i s'encarrega de recopilar i actualitzar la informació essencial d'identificació i localització dels ciutadans, així com de l'assignació dels recursos d'atenció sanitària (àrea, zona, centre de salut i metge). A més, defineix els drets d'accés a prestacions sanitàries per als residents a la Comunitat Valenciana i per als desplaçats que necessiten serveis del Sistema Sanitari Públic.

El SIP està integrat amb altres sistemes d'informació de la Conselleria de Sanitat, fet que millora la interoperabilitat entre les històries clíniques d'atenció primària i especialitzada, els registres de vacunació i altres sistemes rellevants per a la gestió i control de la despesa sanitària i l'administració farmacèutica. Aquesta integració permet una visió completa i coordinada dels recursos i serveis de salut que facilita l'eficiència en la gestió de l'atenció sanitària per a tota la ciutadania.

Registre de Vacunes Nominal (RVN)

El Registre de Vacunes Nominal (RVN)²⁸ va ser establert el 23 de maig de 2005 mitjançant una ordre del conseller de Sanitat que reemplaçava l'anterior sistema de Vacunació Personalitzada (DOGV de 6 de juliol de 2005). Aquest sistema informatitzat té com a finalitat registrar, seguir i gestionar totes les activitats de vacunació realitzades en els centres de la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana.

Les principals funcionalitats del RVN inclouen:

- Autenticació de l'usuari: Garanteix que només el personal autoritzat accedisca al sistema.
- Cerca i localització del pacient en el sistema SIP, que assegura un registre precís i accessible.
- Consulta i actualització de dades administratives del pacient, que permet mantenir la informació sempre actualitzada.
- Consulta de l'historial de vacunacions i registre de noves vacunes administrades, incloent-hi la selecció de vacuna i lot utilitzat.

Aquest registre detallat facilita un seguiment precís de la cobertura de vacunació en la població, el qual permet una gestió eficaç de les campanyes de vacunació i l'accés segur a la informació d'immunització en tota la Comunitat Valenciana.

Orion Clinic

Orion Clinic²⁹ és una solució de tecnologia avançada destinada a optimitzar i revolucionar la gestió de la informació clínica en els entorns hospitalaris. Aquest programa, dissenyat per a potenciar

²⁷ Decret 126/1999, del Govern Valencià, pel qual es crea el Sistema d'Informació Poblacional. DOGV, núm. 3566 de 23/08/1999. Disponible en: https://dogv.gva.es/datos/1999/08/23/pdf/1999_7512.pdf

²⁸ Ordre de 23 de maig de 2005, del conseller de Sanitat, per la qual es crea el fitxer informatitzat Registre de Vacunes Nominal (RVN) i se suprimeix el fitxer Vacunació Personalitzada (DOGV de 6 de juliol de 2005). Disponible en: https://dogv.gva.es/datos/2005/07/06/pdf/2005_7275.pdf

²⁹ Recursos Formatius Orion Clinic. Disponible en: <https://www.san.gva.es/es/web/enfermeria/orion-clinic>

l'eficiència, la seguretat i la continuïtat de les cures, s'orienta a transformar la pràctica clínica diària dels professionals sanitaris i millorar els resultats de salut dels pacients. Amb una integració robusta amb sistemes corporatius i locals, Orion Clinic facilita una gestió integral de la informació sanitària, que permet la consolidació de dades i una millor coordinació en l'assistència sanitària, la qual cosa redueix costos i evita duplicacions que no generen valor. Orion Clinic es posiciona com una plataforma transformadora que permet una gestió clínica integral, basada en la tecnologia i orientada a resultats de salut positius. La seua aplicació no sols facilita la labor dels professionals sanitaris, sinó que contribueix a un sistema sanitari més sostenible, eficient i centrat en el pacient.

La meta fonamental d'Orion Clinic és reforçar l'atenció al pacient promovent un entorn segur i eficient. El seu enfocament està dirigit a incrementar l'eficàcia clínica mitjançant la provisió d'eines que donen suport a la presa de decisions basada en dades i en evidència. Aquest programa facilita la seguretat de l'assistència en millorar l'exactitud i disponibilitat de la informació disminuint el risc d'errors clínics i optimitzant el temps que el personal dedica al maneig de dades.

A més, Orion Clinic propicia la continuïtat assistencial permetent als professionals de diferents nivells i especialitats accedir a un historial complet del pacient, des dels detalls del diagnòstic i tractament fins als antecedents clínics. Això redueix les barreres d'informació entre serveis i centres i assegura que els pacients reben cures consistents i basades en dades actualitzades.

El desplegament d'Orion Clinic es basa en quatre línies d'actuació estratègiques que, en conjunt, cerquen instaurar un sistema clínic més efectiu i centrat en el pacient. Aquestes àrees clau són:

1. Desenvolupament i evolució del programa: Orion Clinic es concep com una plataforma en constant evolució que s'adapta a les necessitats canviants dels centres hospitalaris i dels professionals de la salut. Aquesta línia de treball s'enfoca a actualitzar el programari i les funcionalitats per a mantenir-se al dia amb els avanços tecnològics i mèdics. Les actualitzacions contínues permeten incorporar millores en el rendiment, la capacitat d'integració i noves eines de suport al diagnòstic i tractament.
2. Implantació: La implementació d'Orion Clinic en els centres hospitalaris implica l'adaptació de les infraestructures existents per a assegurar una integració fluida. Aquest procés d'implantació requereix una planificació acurada que considere les necessitats particulars de cada hospital, així com la formació del personal per a utilitzar la plataforma de manera eficient. Durant aquesta etapa, s'avalua la compatibilitat d'Orion Clinic amb els sistemes existents i s'adapten les eines per a optimitzar el flux de treball en cada entorn específic.
3. Reorganització de la funció informàtica: Orion Clinic també implica una transformació en la gestió informàtica de les dades clíniques. La reorganització de la funció informàtica permet que les dades clíniques es gestionen de forma centralitzada i optimitzada, facilitant l'accés a la informació i garantint la seguretat de les dades. Aquesta reestructuració informàtica implica el redisseny dels protocols d'accés, emmagatzematge i transmissió de dades assegurant que complisquen amb alts estàndards de privacitat i protecció de la informació.
4. Redisseny dels processos assistencials i organització dels centres hospitalaris: El redisseny dels processos assistencials constitueix un dels elements més innovadors d'Orion Clinic, ja que promou una organització basada en la col·laboració i en l'eficiència. En optimitzar els fluxos de treball, els centres hospitalaris poden reduir la duplictat de proves i consultes, i així disminuir els temps d'espera i millorar l'experiència del pacient. A més, aquest redisseny

facilita una millor assignació de recursos, cosa que millora la sostenibilitat del sistema hospitalari.

Orion Clinic representa una eina essencial per als professionals de la salut en la seua pràctica clínica diària, atès que millora l'accessibilitat i la gestió de la informació del pacient. Entre els beneficis clau per al personal sanitari s'inclouen:

- Accés a informació en temps real: Els metges, infermers i altres professionals poden consultar i actualitzar l'historial clínic del pacient en temps real, cosa que millora la precisió dels diagnòstics i tractaments.
- Reducció d'errors clínics: Amb Orion Clinic, els professionals tenen a la disposició una base de dades completa i ben organitzada, la qual cosa redueix les possibilitats d'errors en la medicació, diagnòstics duplicats o tractaments innecessaris.
- Suport en la presa de decisions clíniques: La plataforma inclou eines d'ajuda en la presa de decisions, com recordatoris de proves necessàries, guies clíniques i algorismes de tractament basats en dades clíniques, la qual cosa permet una pràctica clínica basada en l'evidència.
- Optimització del temps de consulta: L'accessibilitat i l'organització de les dades faciliten que els professionals disposen de més temps per a l'atenció directa al pacient, en lloc de destinar-lo a la gestió administrativa dels registres.

L'enfocament centrat en el pacient de Orion Clinic es tradueix en millores significatives en l'experiència dels usuaris del sistema de salut. Algunes dels principals avantatges per als pacients són:

- Continuitat i qualitat en l'atenció: En permetre l'accés dels professionals a un historial complet, el pacient rep una atenció integrada i coherent que considera els seus antecedents i tractaments previs.
- Reducció de temps d'espera: Amb processos més eficients, Orion Clinic permet una programació de cites millor i una reducció en els temps d'espera per a proves i consultes, la qual cosa millora l'experiència del pacient.
- Major seguretat en els tractaments: La precisió en el maneig de les dades i l'accés a la informació de l'historial del pacient redueixen el risc d'errors mèdics, la qual cosa augmenta la seguretat en l'atenció.
- Apoderament del pacient: Orion Clinic facilita la comunicació entre el pacient i el personal sanitari i permet que els usuaris tinguin major control sobre la seua informació de salut i participen activament en el seu tractament.

A més dels beneficis clínics, Orion Clinic contribueix a l'estalvi en costos operatius als hospitals en reduir la redundància en proves i consultes innecessàries. Això és degut a l'organització eficient dels processos assistencials i a la disponibilitat de dades completes i accessibles per als professionals en cada punt d'atenció. L'optimització de recursos, que elimina despeses en procediments que no aporten valor directe al pacient, permet reinvertir en altres àrees i millorar així la capacitat financera del sistema de salut.

Orion Clinic està dissenyat per a integrar-se eficaçment amb altres sistemes d'informació, tant corporatius com locals, la qual cosa facilita una visió integral del pacient. La interoperabilitat d'aquesta plataforma permet una gestió compartida de la informació, assegurant que les dades clíniques estiguen disponibles i actualitzades en tota la xarxa assistencial. Aquest nivell d'integració resulta crucial per a optimitzar la qualitat de les cures en situacions que requereixen la intervenció de múltiples especialistes o el trasllat entre diferents centres sanitaris.

Implementar Orion Clínic³⁰ a gran escala presenta reptes, com la necessitat de formació contínua del personal per a l'ús d'eines digitals avançades i l'adaptació d'infraestructures per a garantir la compatibilitat dels sistemes. No obstant això, aquestes barreres inicials són superables i permeten que, a mitjà i llarg termini, el sistema hospitalari obtinga beneficis d'eficiència i qualitat.

Exemple i avantatges del SIAP³¹

La importància d'un SIAP adequat permet examinar la situació actual de l'Atenció Primària (AP) a la Comunitat Valenciana, amb comparatives a nivell nacional, i es basa en indicadors demogràfics, de recursos sanitaris i econòmics. La investigació va ser desenvolupada per la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària (SoVaMFic) i vol ser un recurs per a la millora de l'AP, en incloure recomanacions que aborden les àrees crítiques del sistema sanitari. L'elaboració d'aquesta anàlisi, basada en fonts oficials i amb la col·laboració de professionals sanitaris, també inclou les repercussions de la pandèmia de COVID-19, amb un enfocament en la resiliència dels serveis d'AP i els reptes que aquesta crisi va revelar.

Així, la Comunitat Valenciana experimenta un envelliment poblacional significatiu, reflectit en una piràmide poblacional regressiva a causa del baix índex de natalitat i una esperança de vida elevada. Aquest context demogràfic incrementa la demanda d'atenció en persones majors i pacients amb malalties cròniques, fet que pressiona els serveis d'AP. Al llarg dels últims anys, el Sistema d'Informació Poblacional (SIP) registra un descens en la població coberta, cosa que afecta en part la planificació i recursos destinats a la sanitat pública en aquesta regió.

La proporció de centres d'AP a la Comunitat Valenciana és baixa en comparació amb la mitjana nacional, amb 17 centres per cada 100.000 habitants enfront dels 28 de la mitjana espanyola. A més, la dotació de personal es troba per davall de la mitjana europea, amb menys d'un metge de família per cada 1.000 habitants, molt inferior a altres països de la Unió Europea. Aquest dèficit de professionals afecta tant els serveis mèdics com les àrees de suport (infermeria, fisioteràpia, psicologia, etc.), la qual cosa limita la capacitat de l'AP per a cobrir adequadament les necessitats de la població.

Encara que el pressupost global sanitari a Espanya ha mostrat un creixement, el percentatge específic destinat a l'AP ha disminuït en l'última dècada. En el cas de la Comunitat Valenciana, la despesa en AP va passar del 13,09% en 2010 al 12,85% en 2017, un descens en línia amb la tendència nacional, que evidencia una insuficiència de recursos per al sosteniment i desenvolupament de l'AP.

Malgrat les mancances identificades, la ciutadania valenciana valora positivament el sistema sanitari i situa l'AP com el component més ben avaluat dins del sistema de salut. Les enquestes reflecteixen un nivell de satisfacció que ronda el notable. No obstant això, persisteixen preocupacions sobre els temps d'espera, la saturació dels serveis i la falta de temps d'atenció personalitzada, problemes que

³⁰ Videotutorials d'Orion Clínic. Disponibles en:

<https://www.youtube.com/playlist?list=pllchd0h8rgmvjbplpaw6hhigt6rum511j>

³¹ Informe de situació de l'Atenció Primària en la Comunitat Valenciana. Disponible en:

<https://sovamfic.net/wp-content/uploads/2022/04/informe-de-situacion-de-la-atencion-primaria-en-la-comunidad-valenciana.pdf>

estan directament relacionats amb la dotació de recursos i la pressió assistencial sobre els professionals.

Perspectiva dels professionals d'Atenció Primària

Problemàtiques i reptes

Des del punt de vista dels professionals, els principals problemes identificats són:

1. Escassa valoració dels professionals: Existeixen percepcions de baixa valoració tant per part de les institucions com dels usuaris.
2. Condicions laborals: Els contractes temporals i la sobrecàrrega laboral derivada de la falta de personal generen un entorn de treball desfavorable.
3. Gestió i administració: El sistema afronta dificultats en l'assignació i equilibri de plantilles, a més de problemes en la gestió dels recursos i el pressupost.

Entre les àrees de millora proposades destaquen:

- Increment en el finançament de l'AP.
- Millora en la gestió dels recursos humans i reducció de la sobrecàrrega assistencial.
- Foment de la investigació en l'àmbit de l'AP.
- Optimització de la coordinació entre l'AP i els serveis hospitalaris per a aconseguir un millor seguiment dels pacients.

Els professionals reconeixen com a principal fortalesa el caràcter universal de la sanitat pública, així com la capacitat dels recursos humans en AP, els quals, malgrat les dificultats, mantenen un alt nivell de compromís i dedicació cap a l'atenció de la població.

Impacte de la COVID-19 en l'Atenció Primària

La pandèmia de COVID-19[27, 28] ha posat en evidència les limitacions del sistema de salut en termes d'infraestructura, recursos humans i coordinació. L'AP va jugar un paper central en la gestió de casos, seguiment i vacunació, però al seu torn, la falta de suport i comunicació per part de l'administració va generar un sentiment d'abandó entre els professionals. La crisi sanitària ha intensificat la càrrega laboral, ha afectat la moral dels treballadors i ha posat en relleu la necessitat de polítiques de suport i estratègies de reforç en AP per a futures crisis sanitàries.

L'informe conclou que, encara que la Comunitat Valenciana presenta fortaleeses en el seu sistema de salut, afronta desafiaments estructurals en l'AP que requereixen un enfocament estratègic. Les recomanacions se centren a:

1. Incrementar el pressupost destinat a l'AP: Augmentar el finançament públic per a reduir la pressió assistencial i millorar la dotació de personal.
2. Reforçar la capacitat de resolució de l'AP: Això implica proporcionar a l'AP accés a diagnòstics avançats i enfortir-ne la capacitat per a manejar problemes de salut comunes sense derivació hospitalària.
3. Millorar la coordinació amb l'atenció especialitzada: Per a assegurar la continuïtat assistencial i un enfocament integral en l'atenció al pacient.
4. Fomentar la investigació i la formació contínua: Proveir recursos per a la investigació i la capacitat dels professionals en AP.

Manual de l'assignatura

5. Desburocratització del sistema: Reduir les tasques administratives innecessàries per a alliberar temps que permeti una major dedicació als pacients.



Facultat d'Infermeria i Podologia

Capítol 5: Coordinació sanitària

Introducció

Els determinants de la salut comprenen un ampli conjunt de factors que impacten de manera directa o indirecta en el benestar i l'estat de salut dels individus i les comunitats. Aquests factors inclouen aspectes personals, socials, econòmics, sanitaris i ambientals que condicionen la salut en el context en el qual les persones naixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen. Entre aquests factors, els determinants socials de la salut —com l'accés a serveis, educació, ocupació i condicions de vida adequades— tenen una rellevància especial, ja que reflecteixen les oportunitats i limitacions a les quals s'enfronten les persones en el seu entorn.

Els determinants socials de la salut no són el resultat d'eleccions individuals, sinó que deriven de la distribució desigual de recursos, poder i oportunitats a nivell global, nacional i local. Aquesta distribució desigual, que depèn de polítiques i decisions estructurals, impacta en l'accés a serveis i recursos essencials, com l'atenció sanitària, una alimentació adequada, un habitatge digne i l'accés a espais i serveis de cura. Així, qui està en situacions de desavantatge socioeconòmic o pertany a grups vulnerables sol afrontar barreres significatives per aconseguir un nivell de salut òptim, fet que perpetua les desigualtats en salut.

L'equitat en salut implica que totes les persones han de tenir l'oportunitat justa d'aconseguir el màxim potencial de salut, la qual cosa requereix un accés adequat i equitatiu a serveis d'atenció sanitària i a altres recursos socials. No obstant això, la falta d'equitat en les condicions de vida i les desigualtats en l'accés als serveis de salut generen importants diferències en els resultats de salut de la població. Aquestes desigualtats poden agreujar-se encara més en poblacions específiques, com les persones majors, les qui presenten dependència funcional o les que requereixen cures prolongades.

Per a reduir aquestes desigualtats en salut, resulta essencial que el sistema sanitari no funcione de manera aïllada, sinó que es coordine amb els serveis socials per abordar de manera integral els diferents factors que influeixen en la salut. Una coordinació efectiva entre els dos sistemes permet dissenyar intervencions focalitzades que puguin reduir les barreres d'accés i compensar les limitacions estructurals per a oferir, així, una atenció que contemple les realitats de cada pacient i el seu entorn.

Les desigualtats en salut es troben fortament lligades a factors com el gènere, l'edat, la classe social, l'ètnia, l'estatus migratori, la diversitat funcional i sexual i el territori. Aquests factors configuren una sèrie d'eixos transversals que influeixen en l'accés a recursos i serveis de salut, així com en la qualitat de l'atenció rebuda. Les persones que experimenten múltiples factors de desigualtat són particularment vulnerables i requereixen un enfocament integral d'atenció sociosanitària que no sols aborde les seues necessitats de salut, sinó que també incorpore suport social, laboral i comunitari.

En aquest context, la coordinació sanitària i sociosanitària és fonamental per a promoure l'equitat en salut. En integrar serveis d'atenció sanitària i suport social, es poden reduir les bretxes en l'accés i la qualitat dels serveis i es pot facilitar una resposta integral i adaptada a les circumstàncies individuals de cada persona. La coordinació entre sistemes també contribueix a una major eficiència en l'ús de recursos que millora els resultats en salut d'una manera sostenible.

La coordinació entre els serveis sanitaris i sociosanitaris és un pilar fonamental per a garantir una atenció integral a la ciutadania, especialment aquella en situacions de dependència o amb necessitats

complexes[29, 30]. Aquesta coordinació no sols millora la qualitat de l'atenció, sinó que també optimitza l'ús de recursos i promou la sostenibilitat del sistema de salut.

L'atenció sociosanitària es defineix com el conjunt de cures destinades a aquelles persones que, a causa de malalties cròniques o situacions de dependència, requereixen el suport simultani de serveis sanitaris i socials. Aquest enfocament és fonamental per a millorar la qualitat de vida dels pacients, augmentar-ne l'autonomia i facilitar-ne la reinserció social.

Conceptes clau

- **Atenció integrada:** Es refereix a un model que cerca la col·laboració entre diferents nivells i sectors d'atenció per a oferir un servei coherent i continu als pacients.
- **Continuïtat de la cura:** És un principi essencial en l'atenció sociosanitària que assegura que els pacients reben una atenció constant i coordinada al llarg del temps i a través de diferents serveis.

Beneficis de la coordinació

1. **Millora de la qualitat assistencial:** La coordinació entre els serveis permet una atenció més completa i personalitzada que aborde les múltiples necessitats dels pacients.
2. **Eficiència en l'ús de recursos:** En treballar junts, els serveis poden evitar duplicitats i optimitzar l'ús de recursos, la qual cosa és essencial en un context de limitacions pressupostàries.
3. **Augment de la satisfacció del pacient:** L'atenció coordinada pot millorar l'experiència del pacient reduint el temps d'espera i facilitant l'accés a serveis.

Marc legal per a l'atenció sanitària i sociosanitària

A Espanya, la coordinació de l'atenció sociosanitària està basada en un marc legal que estableix els principis i normes a seguir. La Constitució ja indica una sèrie d'articles en matèria de Seguretat Social i Salut Pública:

- **Article 41:** Estableix que els poders públics han de mantenir un sistema públic de Seguretat Social que garantisca a tota la ciutadania l'assistència i prestacions socials necessàries davant situacions de necessitat, assegurant una cobertura adequada per a tothom.
- **Article 43:** Reconeix el dret a la protecció de la salut, i assigna als poders públics la responsabilitat d'organitzar i tutelar la salut pública mitjançant mesures preventives i a través de prestacions i serveis essencials per a la població.

La Llei General de Sanitat impulsa una sèrie de reptes orientats a modernitzar i optimitzar el Sistema Nacional de Salut, entre ells:

- **Orientació cap a resultats en salut,** promovent intervencions amb impacte tangible en la qualitat de vida dels ciutadans.
- **Increment del paper actiu dels usuaris** en la presa de decisions sobre la seua salut.
- **Major implicació dels professionals sanitaris** en les reformes administratives i organitzatives.
- **Desenvolupament de pràctiques clíniques basades en evidència científica** per a millorar la qualitat assistencial.
- **Cerca de mecanismes que permeten integrar l'atenció sanitària i sociosanitària i optimitzar així l'eficiència i l'efectivitat dels recursos.**

Posteriorment, la Llei 16/2003, de 28 de maig, de Cohesió i Qualitat del Sistema Nacional de Salut³², ja defineix clarament, en l'article 14, els nivells d'atenció i la necessitat de continuïtat del servei a través de la coordinació entre les administracions públiques.

Article 14. Prestació d'atenció sanitària

1. Definició d'atenció sociosanitària: L'atenció sociosanitària s'entén com el conjunt de cures dirigides a aquells pacients, generalment amb malalties cròniques, que requereixen la intervenció simultània i sinèrgica dels serveis sanitaris i socials. Aquest enfocament té com a objectiu millorar-ne l'autonomia, alleujar-ne les limitacions o sofriments i facilitar-ne la reintegració social.
2. Àmbit d'aplicació: En l'àmbit sanitari, l'atenció sociosanitària es proporcionarà en els nivells d'atenció que cada comunitat autònoma determine. En tot cas, inclourà:
 - Cures sanitàries de llarga duració: Provisió d'atenció a pacients que requereixen cures contínues per un període extens.
 - Atenció sanitària durant la convalescència: Assistència a pacients que s'estan recuperant de malalties o intervencions quirúrgiques.
 - Rehabilitació per a pacients amb dèficits funcionals recuperables: Intervencions orientades a restaurar la funcionalitat en aquells pacients amb capacitats que poden millorar-se.
3. Continuïtat del servei: La continuïtat de l'atenció serà garantida pels serveis sanitaris i socials a través d'una coordinació adequada entre les administracions públiques implicades.

Ja en 2006, es promulga la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les Persones en Situació de Dependència³³, amb l'objectiu de facilitar una vida autònoma a les persones dependents en el seu entorn habitual durant el temps que desitgen i siga possible, i assegurar-los un tracte digne en tots els àmbits de la vida personal, familiar i social, amb vista a promoure'n la incorporació activa a la vida comunitària.

Al costat d'aquestes normes, hi ha altres estratègies i normatives autonòmiques i nacionals que fomenten la integració de serveis, establint mecanismes de coordinació essencials per al desenvolupament d'un sistema d'atenció cohesionat.

Barreres i reptes

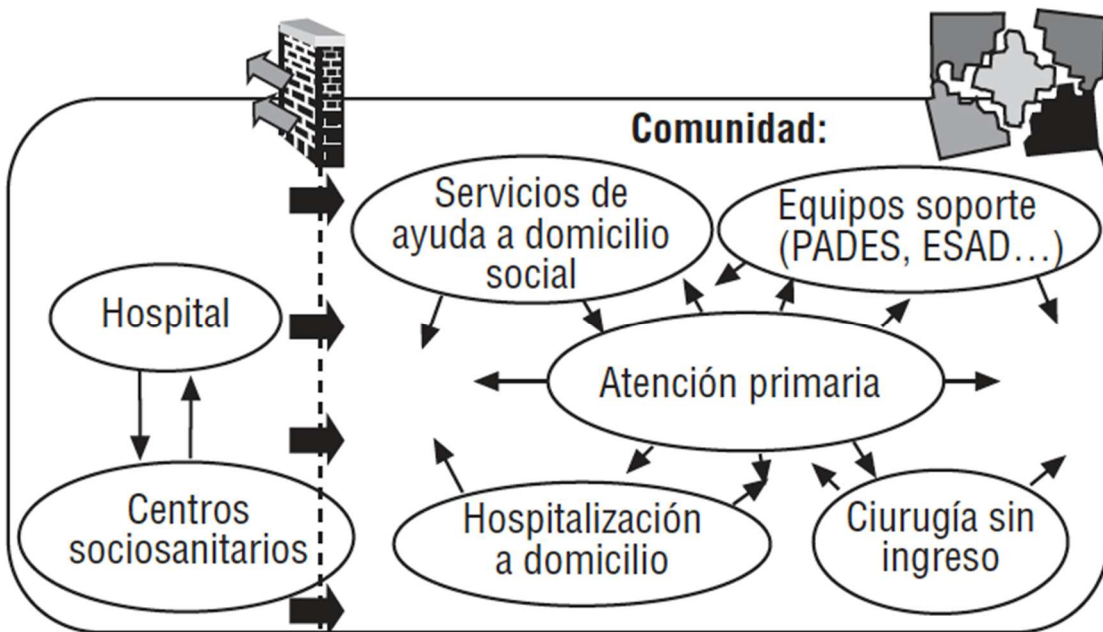
En l'actualitat, els serveis socials i sanitaris estan experimentant un increment notable en la demanda a causa de canvis demogràfics i socials significatius. Entre els factors que expliquen aquest fenomen es troben l'envelliment de la població, l'augment en el nombre de persones en situació de dependència i la necessitat de sistemes d'atenció que responguen adequadament a aquests nous reptes.

- Augment de la població major: L'esperança de vida s'ha incrementat en les últimes dècades, la qual cosa ha portat a una societat amb un percentatge creixent de persones majors. Aquest envelliment poblacional comporta una major prevalença de malalties cròniques i situacions de dependència, que augmenten la pressió sobre els sistemes de salut i serveis socials.

³²Llei 16/2003, de 28 de maig, de Cohesió i Qualitat del Sistema Nacional de Salut. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=boe-a-2003-10715>

³³ Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les Persones en Situació de Dependència. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=boe-a-2006-21990>

- Increment de la població en situació de dependència: A Espanya, un nombre significatiu de persones majors de 65 anys es troba en situació de dependència, és a dir, requereixen assistència per a realitzar activitats de la vida diària (AVD) a causa de la pèrdua d'autonomia física, psíquica o intel·lectual. Segons el Consell d'Europa (1997)[31], la dependència afecta aquelles persones que necessiten ajuda o assistència significativa per a dur a terme les seues activitats. La dependència a Espanya és un fenomen creixent, especialment entre la població d'edat avançada, a causa de l'envelliment demogràfic. Segons dades recents, el 19,6% de la població espanyola és major de 65 anys, i dins d'aquest grup, més del 25% requereix algun tipus d'ajuda per a realitzar activitats bàsiques de la vida diària[32, 33]. La taxa de dependència és notablement major en les persones majors de 80 anys. A més, la dependència es distribueix de manera desigual al país: les zones rurals tendeixen a presentar un índex més alt de persones dependents, encara que amb menys recursos d'atenció. Quant a la institucionalització, aproximadament el 4% dels majors de 65 anys viu en residències, una xifra que augmenta amb l'edat[34]. Així, mentre un 2% de les persones d'entre 65 i 74 anys resideix en institucions, aquesta xifra s'eleva a quasi el 15% en el grup de majors de 85 anys³⁴.
- Creixement i diversificació en l'atenció a domicili: Davant el desig de moltes persones dependents de romandre en el seu entorn habitual, ha crescut l'oferta de serveis d'atenció a domicili. Això ha impulsat la creació d'unitats i equips especialitzats en l'assistència domiciliària i ha generat nous models de contractació de serveis. No obstant això, la falta d'una integració efectiva d'aquests serveis ha donat lloc a una oferta fragmentada i poc coherent.



³⁴ Informe de la comissió per a l'anàlisi de la situació actual del sistema de la dependència, de la seua sostenibilitat i dels actuals mecanismes de finançament, per a avaluar-ne l'adequació a les necessitats associades a la dependència. 6 d'octubre de 2017. Disponible en:

https://imserso.es/documents/20123/107766/inf_comision_analisis_20171006.pdf

Característiques dels serveis sociosanitaris

Els serveis sociosanitaris abasten una àmplia gamma de recursos destinats a atendre les necessitats de salut i suport social de persones que requereixen assistència prolongada o especialitzada, com persones majors, persones en situació de dependència o pacients crònics[35-38]. Cadascun d'aquests serveis sociosanitaris té característiques i objectius específics que cerquen adaptar-se a les necessitats variades de la població. La coordinació entre aquests serveis és fonamental per a oferir una atenció integral i evitar duplicitats en les cures, així com per a millorar la qualitat de vida dels usuaris. La clau d'un sistema sociosanitari eficient radica en una planificació que integre aquests serveis i permeti una atenció contínua, flexible i adaptada a cada situació.

1. Centres sociosanitaris

Els centres sociosanitaris ofereixen una atenció integral a persones que necessiten suport sanitari i social continuat. Aquests centres poden variar en l'oferta de serveis i nivell d'atenció.

- Característiques:
 - Atenció integral, que inclou cures mèdiques, infermeria, rehabilitació i suport social.
 - Personal interdisciplinari: Inclou metges, infermers, treballadors socials, fisioterapeutes i cuidadors.
 - Modalitat d'estada: Poden ser d'estada curta, per a rehabilitació, de estada mitjana, per a recuperació d'esdeveniments aguts, o de llarga estada, per a pacients crònics i persones en situació de dependència.
 - Activitats de reintegració social: Es fomenta l'autonomia del pacient amb programes d'activitats terapèutiques i recreatives.
 - Atenció personalitzada: Adaptada a les necessitats de cada resident o usuari, amb un pla de cures individualitzat.

2. Hospitalització a domicili (HAD)

L'hospitalització a domicili permet que el pacient rebi a casa el mateix tipus d'atenció mèdica que obtindria a l'hospital, especialment en la fase aguda del tractament o de la recuperació.

- Característiques:
 - Atenció domiciliària especialitzada: Dirigida a pacients amb patologies que requereixen tractament hospitalari però que poden ser atesos a casa, com infeccions tractades amb antibiòtics intravenosos, cures pal·liatives o suport respiratori.
 - Equip de salut especialitzat: L'equip d'hospitalització a domicili inclou metges, infermers i, en alguns casos, fisioterapeutes o psicòlegs.
 - Reducció de risc hospitalari: Minimitza el risc d'infeccions nosocomials en quedar-se en un entorn familiar.
 - Monitoratge i avaluació continus: El personal de salut visita el domicili regularment i està disponible per a emergències.

3. Equips de suport domiciliari

Equips com els PADES (programes d'atenció domiciliària i equips de suport) i els ESAD (equips de suport d'atenció domiciliària) estan dissenyats per a brindar atenció especialitzada a pacients crònics o en cures pal·liatives a casa.

- Característiques:
 - Atenció especialitzada en cures pal·liatives: S'enfoquen en pacients amb malalties avançades o en la fase final de la vida.
 - Equip multidisciplinari: Inclou metges, infermers, treballadors socials i, en alguns casos, psicòlegs i terapeutes ocupacionals.
 - Suport emocional i social: A més de les cures físiques, ofereixen suport psicològic i social als pacients i a les famílies.
 - Disponibilitat i flexibilitat: Solen oferir disponibilitat les 24 hores per a atendre emergències i proporcionar suport continu.

4. Serveis d'ajuda a domicili (SAD)

Els serveis d'ajuda a domicili proporcionen suport en les activitats bàsiques de la vida diària a persones en situació de dependència facilitant que es queden a casa.

- Característiques:
 - Assistència en activitats diàries: Inclouen ajuda per a la higiene personal, preparació de menjars, neteja de la llar i desplaçaments.
 - Orientació i suport social: Brinden acompanyament i suport per a millorar la qualitat de vida de l'usuari en l'entorn.
 - Flexibilitat en l'horari: Els serveis s'adapten a les necessitats i horaris de l'usuari, amb freqüència contractats a través de serveis socials locals.
 - Personal especialitzat: Està a càrrec d'auxiliars de geriatria o treballadors socials, que compten amb formació específica en cura domiciliària.
 - Seguiment regular: Els professionals visiten regularment la llar de l'usuari, assegurant-se que l'entorn siga segur i adequat perquè hi pugui continuar vivint.

5. Centres de dia

Els centres de dia ofereixen un espai en el qual les persones majors o dependents poden rebre cures i participar en activitats socials i de rehabilitació durant el dia.

- Característiques:
 - Atenció diürna: Permeten que els usuaris passen el dia en el centre i tornen a casa a la nit.
 - Activitats de rehabilitació i recreació: Inclouen programes de fisioteràpia, estimulació cognitiva, tallers i activitats socials.
 - Suport a famílies i cuidadors: Aquests centres proporcionen un respir als cuidadors familiars permetent un equilibri en la vida personal i familiar.
 - Personal especialitzat: Els centres de dia són gestionats per equips d'atenció multidisciplinaris.

6. Teleassistència

La teleassistència és un servei que permet que persones majors o dependents reben assistència i suport mitjançant dispositius electrònics, la qual cosa els ofereix una major seguretat a casa.

- Característiques:
 - Atenció remota: Mitjançant dispositius de comunicació, els usuaris poden contactar amb un centre d'ajuda en cas d'emergència.
 - Resposta ràpida i atenció 24/7: El personal de teleassistència està disponible les 24 hores per a brindar suport o avisar a serveis d'emergència si és necessari.
 - Tranquil·litat i seguretat per a l'usuari i els seus familiars: Permet que l'usuari se senti segur a casa mentre té accés ràpid a ajuda.

7. Unitats de Cures de Llarga Duració (UCLD)

Aquestes unitats estan dissenyades per a brindar atenció contínua a persones amb condicions cròniques o en situació de dependència que requereixen cures prolongades.

- Característiques:
 - Atenció especialitzada a llarg termini: Dirigida a pacients amb malalties cròniques i limitacions funcionals importants.
 - Cures personalitzades i multidisciplinàries: Inclouen la intervenció d'infermers, metges, fisioterapeutes i treballadors socials.
 - Suport a famílies i cuidadors: Ofereixen orientació i ajuda a les famílies en la gestió de les cures.

Malgrat el creixement en l'oferta de serveis, persisteixen barreres importants quant a l'equitat i accessibilitat d'aquests serveis per a la població que els necessita. Les diferències en l'accés als serveis, la qualitat de l'atenció i la falta d'una estratègia unificada a nivell nacional generen desigualtats significatives, la qual cosa és especialment greu per a persones en situacions de vulnerabilitat.

Aquesta fragmentació pot descriure's com una realitat en la qual "sumem, però no integrem"; és a dir, encara que s'afegeixen nous recursos i equips, no hi ha una cohesió suficient que garantisca una atenció contínua i coordinada entre els diferents serveis. Actualment, l'atenció sociosanitària s'enfronta a diverses barreres o desafiaments que en limiten l'efectivitat:

- Baixa prioritat d'aquesta activitat en els equips d'atenció primària enfront d'altres serveis en el centre de salut.
- Falta d'una cartera de serveis a domicili per part dels diferents proveïdors.
- Escassa utilització dels equips PADES com a suport addicional.
- Insuficient integració entre serveis d'atenció domiciliària i ajuda a domicili social.
- Deficiències en la planificació d'altres hospitalàries que garantisquen una continuïtat assistencial adequada.
- Ús de protocols divergents en l'atenció post-alta.
- Falta de planificació en nous serveis, com cirurgia ambulatoria i unitats d'hospitalització a domicili (UHD).
- Poca capacitat d'adaptació de les cases per a la provisió d'ajudes tècniques i adaptació de l'entorn.
- Absència de sistemes de finançament clars i models de *case-mix* específics per a l'atenció domiciliària.

- Deficiències en la provisió de serveis de suport, com rehabilitació domiciliària i teràpia ocupacional.

Proposta d'un model integral d'atenció sociosanitària

És necessari adoptar un model integral que considere les necessitats holístiques dels pacients en el seu propi entorn i assegure la continuïtat de cures en tots els nivells assistencials, basat en la coordinació i en l'ús correcte dels recursos sociosanitaris. Els punts clau d'aquest model inclouen:

- Sectorització de l'atenció: Establir unitats d'atenció que integren tant serveis sanitaris com socials i permeten un enfocament multidisciplinari que facilite l'atenció coordinada. Això inclou la creació d'equips d'atenció integrada en l'àmbit comunitari.
- Desenvolupament de protocols de coordinació: Elaborar protocols clars d'actuació que incloguen circuits de derivació, responsabilitats i criteris de valoració comuns entre serveis sanitaris i socials. Això garantirà una atenció coherent i fluida.
- Capacitació de professionals: Invertir en la formació contínua dels professionals perquè compreguen i apliquen la filosofia de l'atenció integrada, i promovent la col·laboració entre diferents disciplines i sectors.
- Incorporació de tecnologies de la informació: Implementar sistemes d'informació que faciliten l'intercanvi de dades entre serveis i així permeten un seguiment efectiu dels pacients i milloren la coordinació en la seua atenció.
- Participació del pacient i la família: Fomentar la participació activa dels pacients i les seues famílies en el procés d'atenció, garantint que les seues necessitats i preferències siguin considerades en la planificació i prestació de serveis.
- Sistemes d'avaluació unificats per a assegurar la qualitat i eficiència dels serveis.

Objectius clau del model integral d'atenció

1. Brindar una atenció integral a les persones majors i dependents en el seu entorn natural.
2. Optimitzar l'ús dels recursos sociosanitaris mitjançant una sectorització, distribució i coordinació adequades.
3. Facilitar la permanència dels pacients en el seu domicili quan siga possible.
4. Garantir la implementació efectiva dels plans de cures prescrites.
5. Millorar la capacitació dels professionals d'atenció sociosanitària.
6. Fomentar la col·laboració entre les xarxes de suport informals (familiars i amics) i les xarxes formals del sistema sociosanitari.

Aquest model integral aspira a consolidar un sistema d'atenció sociosanitària que s'ajuste a les demandes d'una societat que envellaix i que requereix cures contínues, coordinades i humanitzades.

Soledat, perspectiva sociosanitària

La soledat en persones majors és un repte creixent i requereix un enfocament sociosanitari que combina intervencions tant socials com sanitàries per a abordar els seus efectes, complexos i multifacètics, en la salut i el benestar[39-43]. Des d'aquesta perspectiva, la soledat no sols s'entén com una experiència emocional negativa, sinó com un factor de risc que afecta la salut física i mental dels individus i contribueix al deteriorament cognitiu, la depressió, l'augment en l'ús de serveis de salut i fins i tot a la mortalitat. L'enfocament sociosanitari reconeix que la soledat i l'aïllament social han de ser tractats de manera integral, i promou la cooperació entre serveis de salut i benestar social

per a oferir intervencions efectives. A través d'estratègies coordinades que inclouen la prevenció, la identificació primerenca, l'acompanyament i la inclusió en xarxes comunitàries, es pretén reduir la soledat i millorar la qualitat de vida de les persones majors, enfortint tant la seua salut com la seua integració social[44].

La soledat afecta una proporció considerable de persones majors a Espanya i en altres països, i s'associa amb una deterioració en la salut física i mental. A Espanya, segons l'Institut Nacional d'Estadística (INE), prop del 25% de les persones de 65 anys o més viuen soles, i d'aquest grup, moltes experimenten sensacions de soledat crònica i aïllament social, un problema que afecta més dones que a homes a causa de la major longevitat femenina. La prevalença de soledat en persones majors s'estima en al voltant del 40% d'aquesta població[41, 43], i és més freqüent en àrees urbanes a causa de l'estructura familiar i la falta de xarxes de suport.

La soledat en persones majors es desglossa en tres conceptes clau:

- Viure en solitari es refereix al fet objectiu de residir sense companyia a casa, la qual cosa no implica necessàriament sentir soledat, encara que és un factor de risc important.
- Sentir soledat és una experiència subjectiva que pot sorgir fins i tot quan s'està en contacte amb altres persones. La soledat percebuda pot tenir un impacte psicològic considerable i afecta el benestar emocional. No és el mateix estar sol o sola que sentir-s'hi.
- Aïllament social implica una falta de relacions socials significatives i contacte freqüent, i encara que està relacionat amb la soledat, també pot donar-se en persones que no reporten sentir-la. És un factor crític que influeix en l'aparició de la soledat i en el desenvolupament d'altres condicions de salut.

Diversos factors augmenten la probabilitat que una persona major experimente soledat i aïllament social[45], com ara:

- Factors demogràfics: L'envelliment de la població i la longevitat incrementen la possibilitat que una persona viva sola.
- Canvis familiars: El canvi en les estructures familiars, com la disminució de llars multigeneracionals i l'augment de la mobilitat laboral, redueix el suport familiar pròxim.
- Factors de salut: Les persones majors solen afrontar malalties cròniques, limitacions físiques i problemes de mobilitat que restringeixen les seues possibilitats d'interacció social.
- Factors psicològics: El dol per la pèrdua de sers estimats, juntament amb la jubilació i la disminució d'ingressos, afecten negativament l'estabilitat emocional i la capacitat per a mantenir xarxes socials.

L'abordament de la soledat en persones majors requereix un enfocament integral que abasta la sensibilització, la prevenció, la identificació i la intervenció activa[46].

- Sensibilització: És fonamental crear consciència sobre la problemàtica de la soledat entre els professionals socio-sanitaris i en la societat en general, i promoure un entorn que valore la inclusió social de les persones majors.
- Prevenció: Iniciatives que fomenten la creació de xarxes de suport, com l'establiment de centres de dia, clubs de majors i activitats comunitàries, ajuden a reduir l'aïllament abans que es convertisca en un problema més gran.
- Identificació de la soledat: La identificació de persones en risc de soledat és crucial i pot realitzar-se mitjançant mètodes com la cerca activa, la coordinació entre agents socials i

sanitaris i la formació de professionals per a detectar senyals de soledat. El mesurament de la soledat pot fer-se a través d'escala específiques com:

- Escala de Jong Gierveld: Avalua la soledat emocional i social a través de preguntes sobre la percepció de falta de companyia i la satisfacció amb les relacions interpersonals.
- Escala UCLA reduïda: Mesura la soledat en termes de freqüència de sentiments d'aïllament i desconexió, proporcionant una perspectiva del benestar psicològic de la persona.
- Intervenció: Hi ha múltiples tipus d'intervencions per a reduir la soledat, com:
 - Intervencions individuals: Inclouen l'acompanyament domiciliari i programes de voluntariat on s'assignen persones de suport.
 - Intervencions grupals: Fomenten l'establiment de relacions socials en grups d'activitats o tallers on les persones poden compartir interessos.
 - Ús de la tecnologia: Iniciatives que integren tecnologia per a facilitar la comunicació remota, especialment en àrees rurals o per a persones amb mobilitat reduïda.

En l'àmbit de les polítiques, l'Organització Mundial de la Salut (OMS), en les seues recomanacions de 2015,³⁵ suggereix la integració sociosanitària com un eix central per a abordar la soledat en persones majors[45]. L'OMS proposa polítiques que incentiven la col·laboració entre serveis de salut, socials i comunitaris, i que fomenten la creació de xarxes de suport, a més de prioritzar la formació de professionals que sàpiguen abordar aquest problema. Aquestes recomanacions cerquen que les persones majors es mantinguin socialment connectades i que es reduïsquen els riscos derivats de la soledat en termes de salut física i mental.

Facultat d'Infermeria i Podologia

³⁵ Envel·liment i salut. OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

LA INTERVENCIÓ COMUNITÀRIA DES DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA 

Facultat d'Infermeria i Podologia

VNIVERSITAT
E VALÈNCIA 

Facultat d'**I**nfermeria i **P**odologia

Capítol 6: La comunitat

Introducció: Justificació i context

La salut comunitària és un concepte clau en la promoció de la salut pública, basat en la comprensió que el benestar individual està profundament lligat a les característiques i dinàmiques de la comunitat. A Espanya, la importància de la salut comunitària ha sigut reconeguda en el marc normatiu des de fa dècades, i s'ha ressaltat la rellevància d'un enfocament que incloga tant els factors individuals com els comunitaris i estructurals.

El Reial decret d'Estructures Bàsiques de Salut³⁶, promulgat en 1984, sorgeix en un context històric i social marcat per la transició democràtica a Espanya, així com per un creixent reconeixement de la necessitat de reformar el sistema sanitari. Abans d'aquest decret, l'accés a l'atenció mèdica era desigual i estava centralitzat en hospitals, la qual cosa generava barreres per a l'atenció primària i un dèficit en la promoció de la salut. La creació d'aquesta normativa respon a la necessitat d'establir un sistema d'atenció que prioritzara la salut pública i l'atenció primària com a pilars fonamentals d'un nou model sanitari.

L'objectiu principal del Reial decret va ser organitzar l'estructura dels centres de salut i definir-ne la funció dins del sistema sanitari. Se cercava implementar una atenció primària accessible i orientada a les necessitats de la població local, i establir així un model que prioritzara la prevenció, el diagnòstic primerenc i el tractament eficaç de malalties. Aquest enfocament integral permetia abordar no sols els aspectes clínics de la salut, sinó també els determinants socials i ambientals que influeixen en el benestar de la comunitat. El decret va establir la creació d'unitats d'atenció primària, que integraven diferents serveis de salut i permetien una atenció multidisciplinària. A més, es va promoure la participació de la comunitat en la gestió dels serveis, reconeixent que l'empoderament dels ciutadans és clau per a millorar la salut pública. Aquest marc normatiu va establir les bases per a l'evolució del sistema de salut espanyol i el va orientar cap a un model més equitatiu i accessible per a tota la població.

La Llei 10/2014 de Salut de la Comunitat Valenciana³⁷ reforça el compromís del sistema de salut autonòmic amb l'atenció integral i la promoció de la salut. Un dels aspectes més rellevants d'aquesta legislació és la importància que atorga al diagnòstic de salut de la comunitat com a activitat bàsica del Sistema Valencià de Salut. Aquesta llei estableix que el coneixement de la situació de salut de la població és fonamental per a la planificació i gestió dels serveis de salut, i d'aquesta manera permet una resposta adequada a les necessitats de la ciutadania.

La llei subratlla el paper del Sistema Valencià de Salut en la millora de les condicions de vida de la població, destacant la necessitat d'implementar estratègies de promoció de la salut i prevenció de malalties. Això implica no sols l'atenció a la malaltia, sinó un enfocament holístic que contemple l'educació per a la salut, la promoció d'hàbits saludables i la prevenció de factors de risc. A més, es

³⁶ Reial decret 137/1984, d'11 de gener, sobre estructures bàsiques de salut. BOE núm. 27, de 01/02/1984. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1984/01/11/137/con>

³⁷ Llei 10/2014, de 29 de desembre, de Salut de la Comunitat Valenciana. DOGV núm. 7434, de 31/12/2014; BOE núm. 35, de 10/02/2015. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es-vc/l/2014/12/29/10/con>

fomenta la col·laboració entre diferents sectors, reconeixent que la salut és un objectiu compartit que requereix la implicació de la comunitat, les institucions i l'àmbit privat.

Un dels eixos fonamentals de la Llei és la participació ciutadana en la definició i seguiment de polítiques de salut, la qual cosa permet que els ciutadans siguin part activa en la millora del seu entorn i en la presa de decisions que afecten el seu benestar. Aquesta participació no sols es limita a la consulta, sinó que se cerca integrar les veus de la comunitat en el procés de planificació dels serveis i assegurar que les intervencions siguin pertinents i efectives.

A més del Reial decret d'Estructures Bàsiques de Salut de 1984 i la Llei 10/2014 de Salut de la Comunitat Valenciana, existeixen altres normatives que reforcen la importància dels estudis comunitaris en salut a Espanya. La Llei General de Sanitat de 1986 va ser una fita fonamental ja que va establir el dret a la protecció de la salut per a tota la ciutadania i va configurar un sistema nacional de salut basat en l'atenció primària i la igualtat d'accés. Per la seua banda, la Llei de Salut Pública de 2011³⁸ va introduir un enfocament més ampli sobre la salut pública, emfatitzant la necessitat d'abordar els determinants socials de la salut i fomentant la participació ciutadana en la promoció de la salut i la prevenció de malalties. Aquesta llei reconeix que la salut no es limita a l'absència de malaltia, sinó que és un estat de complet benestar físic, mental i social, la qual cosa requereix una intervenció coordinada i multisectorial.

En conjunt, aquestes normatives reflecteixen el compromís d'Espanya i de la Comunitat Valenciana amb un model de salut integral que prioritza l'atenció primària, la promoció de la salut i la participació activa de la comunitat. En establir un marc normatiu sòlid, es crea un entorn propici per a la implementació de polítiques i programes que responen a les necessitats de la població, i així es fomenta una salut equitativa i sostenible.

Aquests diagnòstics, coneguts com a diagnòstics de salut participatius o estudis comunitaris de salut, són fonamentals per a la investigació en salut pública i l'atenció primària. Serveixen com a eines essencials per a comprendre els factors de salut a nivell local i desenvolupar intervencions basades en evidències que responguen a les demandes i particularitats de cada territori. En integrar les percepcions dels propis habitants i les dades dels sistemes de salut, aquests estudis permeten planificar millor els serveis i, així, enfortir la capacitat del sistema sanitari per a actuar de manera proactiva i coordinada.

En aquest context, la comunitat no sols es considera com l'entorn on es desenvolupen els serveis de salut, sinó també com un agent actiu en la identificació de problemes i en la implementació de solucions. Això requereix un coneixement detallat dels seus elements estructurals i bàsics, que inclouen el territori, els recursos, la població i les seues demandes. Entendre la dinàmica d'aquests elements dins de cada comunitat resulta essencial per a una planificació sanitària adequada i per a la promoció de la salut comunitària.

El concepte de comunitat i la seua rellevància en la salut pública

En l'àmbit de la salut pública, la "comunitat" s'entén com un conjunt de persones que comparteixen un territori i certs aspectes culturals, socials i econòmics.[47-49] Aquestes persones s'interrelacionen

³⁸ <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=boe-a-2011-15623>

i, a través de les seues interaccions, creen vincles que afecten el seu benestar individual i col·lectiu. La comunitat és, per tant, una entitat social amb característiques pròpies que té un rol crucial en la salut dels seus membres. La comunitat és un context dinàmic i multifacètic, compost per factors socials, econòmics, culturals i ambientals que afecten la salut i el benestar dels seus membres. A diferència de l'atenció mèdica individualitzada, que se centra en la malaltia i el tractament de cada persona, la salut pública cerca abordar els factors que influeixen en la salut de tota la comunitat, treballant tant en la prevenció com en la promoció de la salut col·lectiva.

En la pràctica, la comunitat es converteix en l'espai on els professionals de la salut pública poden implementar intervencions a gran escala, adaptades a les característiques i necessitats locals. El vincle entre els individus i la seua comunitat és clau per a la creació d'un entorn que fomenti la salut i el benestar; per això, entendre la comunitat i la seua dinàmica és essencial per a dissenyar estratègies que generen un impacte positiu i sostenible.

Des d'una perspectiva de salut pública, la comunitat no sols proporciona suport social, sinó que també actua com un marc dins del qual les persones desenvolupen la seua vida diària. Les interaccions socials, l'accés a recursos i la cohesió comunitària contribueixen al benestar emocional i físic dels seus membres i influeixen directament en la prevenció de malalties i en la millora de la qualitat de vida. Diversos estudis han demostrat que la cohesió social i el sentit de pertinença a una comunitat s'associen amb una menor incidència de problemes de salut mental i un millor estat de salut general.

Elements bàsics i estructurals de la comunitat

Per a entendre el rol de la comunitat en la salut[50] és important conèixer-ne els elements bàsics i estructurals, que proporcionen el context necessari per a abordar els problemes de salut de manera efectiva. Aquests elements són el territori, els recursos, la població i les demandes. A continuació es defineix cadascun d'ells i la seua rellevància en l'àmbit de la salut.

1. Territori

- El territori és l'espai físic on s'assenta la comunitat i on es desenvolupen les interaccions socials, econòmiques i culturals dels seus membres. En termes de salut pública, el territori influeix en factors com l'accés a serveis sanitaris, la qualitat de l'aire, la seguretat i les oportunitats d'activitat física. Per exemple, una comunitat en un entorn rural pot enfrontar-se a barreres geogràfiques que dificulten l'accés a serveis de salut, mentre que una comunitat urbana pot afrontar reptes relacionats amb la contaminació o l'amuntegament.
- La planificació dels serveis de salut ha d'adaptar-se a les característiques del territori, identificant les particularitats que puguin afectar la salut de la població. Això inclou aspectes com la infraestructura de transport, la proximitat a centres d'atenció primària i hospitalària i les característiques ambientals.

2. Recursos

- Els recursos són tots aquells elements disponibles en la comunitat que poden contribuir a millorar la salut i el benestar dels seus membres. Aquests inclouen els recursos humans (professionals de la salut, treballadors socials), els recursos institucionals (centres de salut, hospitals, centres de dia) i els recursos comunitaris (xarxes de suport, associacions, espais recreatius).

Manual de l'assignatura

- Una comunitat amb una bona disponibilitat de recursos de salut té més possibilitats de promoure un entorn saludable. Per exemple, una comunitat que compta amb centres de salut ben equipats, programes de suport a la salut mental i recursos per a la promoció de l'activitat física tindrà un context millor per a prevenir malalties i fomentar una vida saludable. A més, és essencial la coordinació entre aquests recursos per a garantir un abordament integral de les necessitats de salut de la comunitat.

3. Població

- La població es refereix al grup de persones que conformen la comunitat i que comparteixen certes característiques demogràfiques, socials i culturals. L'estructura demogràfica, el nivell socioeconòmic, l'etnicitat i les tradicions culturals són aspectes de la població que influeixen en les seues necessitats de salut.
- En termes de salut pública, és fonamental conèixer les característiques específiques de la població per a dissenyar programes i intervencions que responguen a les seues necessitats. Per exemple, una comunitat amb una alta proporció de persones majors pot requerir més serveis d'atenció a malalties cròniques i programes de prevenció de caigudes, mentre que una comunitat amb una població majoritàriament jove pot centrar-se en la promoció d'hàbits saludables i en l'educació sexual i reproductiva.

4. Demandes

- Les demandes són les necessitats de salut percebudes i expressades pels membres de la comunitat. Aquestes demandes reflecteixen la percepció que tenen els individus sobre la seua salut i sobre els serveis que consideren necessaris per a mantenir o millorar el seu benestar.
- Les demandes poden variar àmpliament entre diferents comunitats, i depenen de factors com el nivell educatiu, l'accés previ a serveis de salut i la cultura de salut en la comunitat. Per exemple, en una comunitat que ha experimentat un brot de malalties respiratòries pot haver-hi una demanda específica de serveis d'atenció especialitzada o de campanyes de prevenció en relació amb la qualitat de l'aire. En canvi, una comunitat que no ha tingut accés constant a atenció mèdica pot demandar més disponibilitat de metges d'atenció primària i programes de salut preventiva.
- La identificació de les demandes és un procés clau en el diagnòstic de salut comunitari, ja que permet als professionals de la salut prioritzar les intervencions i dissenyar programes ajustats a les expectatives i necessitats reals de la comunitat.

Per a il·lustrar el paper d'aquests elements en la planificació i promoció de la salut, considerem l'exemple d'un diagnòstic de salut en una comunitat rural. En aquest cas, el territori presenta desafiaments com la distància a centres de salut i la falta de transport públic, la qual cosa es converteix en un obstacle per a l'accés a serveis mèdics. La població, composta en la majoria per persones majors, mostra una alta prevalença de malalties cròniques, la qual cosa genera una demanda específica d'atenció especialitzada i programes de suport. Quant als recursos, aquesta comunitat compta amb un petit centre de salut i xarxes de suport comunitari que exerceixen un rol fonamental en la cura de persones majors.

En contrast, en una comunitat urbana d'alta densitat poblacional i amb un perfil majoritàriament jove, el diagnòstic de salut pot identificar necessitats relacionades amb la salut mental i la prevenció d'addiccions, a causa de l'estrès associat amb el ritme de vida urbà. En aquest cas, el territori compta

amb bona accessibilitat a serveis de salut, però la demanda pot estar més orientada a recursos de suport psicològic i activitats que promoguen el benestar emocional.

L'àmbit d'actuació de l'atenció primària se centra en les zones bàsiques de salut, que representen l'espai directe d'intervenció. En aquest sentit, la comunitat s'entén com la zona bàsica de salut en la qual es desenvolupen les accions. Els objectius clau inclouen:

- Descriure els principals problemes de salut de la comunitat per a establir una visió clara de les seues necessitats sanitàries.
- Identificar els recursos disponibles en la comunitat, com per exemple avaluar si hi ha espais adequats per a l'activitat física o si el trànsit elevat suposa una barrera per a un entorn saludable.
- Detectar riscos i definir necessitats prioritàries, la qual cosa inclou establir prioritats i seleccionar les intervencions més adequades per a cada situació específica.
- Avaluar el nivell de compromís de la comunitat per a millorar la seua situació de salut. Això pot incloure, per exemple, acords amb actors locals, com la disponibilitat d'espais per a iniciatives de salut comunitària facilitats per propietaris o entitats locals.

Aquest enfocament permet adaptar les accions de salut a les particularitats de cada comunitat i promoure un model d'atenció participatiu i contextualitzat

Factors de cohesió social i la seua relació amb la salut física i mental

Un dels aspectes més rellevants de la comunitat és la cohesió social, que es refereix al grau de connexió i suport mutu que existeix entre els seus membres. La cohesió social és fonamental per a la salut, ja que quan les persones se senten part d'un grup que les secunda, és més probable que adopten comportaments saludables i participen en activitats que afavorisquen el seu benestar. La cohesió social es manifesta a través de xarxes de suport, interaccions diàries, participació en activitats comunitàries i vincles afectius.

La investigació en salut pública ha demostrat que la cohesió social té un impacte directe en la salut física i mental. Per exemple, les persones que compten amb una xarxa de suport social tenen menys probabilitats de patir malalties mentals, com depressió i ansietat, i presenten menors taxes de malalties cròniques com hipertensió, malalties cardiovasculars i diabetis. A més, en situacions de crisi o emergències, com desastres naturals o pandèmies, les comunitats cohesionades tendeixen a mostrar major resiliència, ja que els membres es donen suport mútuament per a afrontar l'estrès i la incertesa.

D'altra banda, la falta de cohesió social, que s'observa en comunitats on predominen l'aïllament i la desconfiança, sol associar-se amb problemes de salut mental i un menor accés als recursos de suport. Les persones en entorns amb baixa cohesió social tendeixen a experimentar majors nivells d'estrès i un deteriorament en la seua salut emocional. Això subratlla la importància de fomentar la cohesió comunitària com una estratègia per a millorar la salut col·lectiva.

Importància de la comunitat per a promoure una salut equitativa i sostenible

La comunitat és el nivell ideal per a promoure una salut equitativa i sostenible, ja que permet identificar i abordar els factors socials i estructurals que afecten la salut dels seus membres[51, 52].

Manual de l'assignatura

En una comunitat sana, tots els individus tenen accés als recursos necessaris per a mantenir la seua salut i benestar, independentment de la situació econòmica, edat o condició social. Això implica la implementació de polítiques i programes que no sols tracten les malalties, sinó que també aborden les condicions de vida i els determinants socials que afecten la salut dels individus.

Les comunitats poden exercir un rol actiu en la creació d'entorns saludables, promovent polítiques d'urbanisme que afavorisquen l'accés a àrees verdes, el transport sostenible i les activitats recreatives. A més, una comunitat compromesa amb l'equitat de salut fomenta la inclusió social i combat la discriminació i la marginalització, factors que històricament han contribuït a disparitats en salut.

La sostenibilitat de les intervencions de salut depèn, en gran mesura, de la participació activa de la comunitat. Quan les persones estan involucrades en la planificació, implementació i avaluació de programes de salut, es genera un sentit de pertinença i responsabilitat que facilita la continuïtat de les iniciatives a llarg termini. Aquest enfocament també permet que les intervencions siguen culturalment adequades i responguen a les necessitats reals de la comunitat, i per tant incrementen l'efectivitat i abast.

Determinants socials de la salut en la comunitat

Els determinants socials de la salut són les condicions en les quals les persones viuen, treballen, es relacionen i envelleixen, i són fonamentals per a entendre les desigualtats en salut. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix els determinants socials de la salut com els factors que influeixen en la salut de les persones, com ara l'accés a serveis de salut, l'educació, l'ocupació, l'entorn físic i el suport social. Aquests determinants no sols afecten nivell individual, sinó que també tenen un impacte en la salut de tota la comunitat.

1. Accés a serveis de salut

- L'accés a serveis de salut adequats és un dels determinants més crítics. Una comunitat amb centres d'atenció primària accessibles i programes de salut pública actius és més capaç de prevenir i tractar malalties. No obstant això, moltes comunitats manquen de serveis de salut de qualitat, la qual cosa resulta en diagnòstics tardans, menor esperança de vida i pitjors resultats en salut.

2. Educació

- L'educació té un impacte significatiu en la salut, ja que fomenta el coneixement sobre hàbits saludables i permet a les persones prendre decisions informades sobre el seu benestar. A més, una població educada té més capacitat de generar ingressos, la qual cosa es tradueix en millors condicions de vida i accés a serveis de salut. L'educació també contribueix a la cohesió social, en permetre una major participació en la vida comunitària i en activitats de promoció de la salut.

3. Ocupació i situació econòmica

- L'ocupació no sols proporciona ingressos, sinó també un sentit de propòsit i estabilitat emocional, tots dos fonamentals per a una bona salut. En comunitats amb alts nivells de desocupació, les persones solen afrontar majors problemes de salut física i mental.

A més, la situació econòmica de la comunitat en conjunt influeix en la qualitat dels serveis i recursos disponibles i afecta de manera directa la salut col·lectiva.

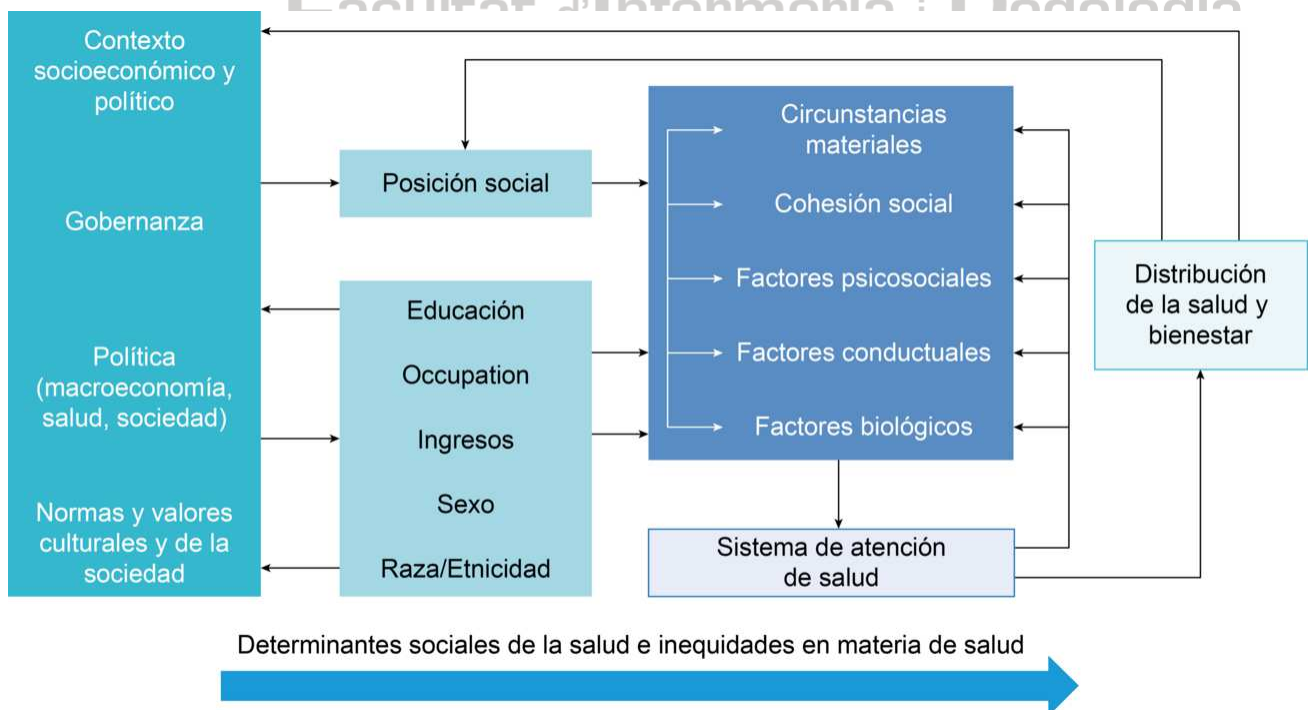
4. Entorn físic

- L'entorn físic d'una comunitat, incloent-hi la qualitat de l'aire, l'accés a espais verds, la seguretat i la infraestructura de transport, influeix en els hàbits de vida de les persones. Un entorn saludable fomenta l'activitat física, redueix el risc de malalties respiratòries i millora la qualitat de vida en general. La planificació urbana té un rol fonamental en la creació d'entorns que promouen la salut, eliminant barreres per a l'accés a serveis i facilitant la mobilitat i la seguretat.

5. Suport social

- El suport social inclou les relacions interpersonals i la xarxa de suport que envolta cada individu, des de la família fins a les associacions comunitàries. Les persones que compten amb suport social solen tenir millors resultats en salut, ja que la xarxa de suport facilita l'accés a recursos, la comunicació i el benestar emocional. Una comunitat que fomenta el suport social pot reduir els nivells d'estrès i contribuir a una millor salut mental.

Nombrosos estudis han demostrat que la cohesió i el suport comunitari tenen un rol fonamental en la disminució de malalties cròniques i en la promoció d'una millor qualitat de vida. Per exemple, algunes investigacions han trobat que les persones en comunitats cohesionades presenten taxes més baixes de malalties cardíaques i diabetis, ja que tenen més accés a xarxes de suport que promouen hàbits saludables. Altres estudis també indiquen que, en comunitats amb alts nivells de participació social, els índexs de depressió i ansietat tendeixen a ser menors, a causa del sentiment de pertinença i suport emocional que la comunitat brinda.



Il·lustració 1. El marc conceptual dels determinants socials de salut. Font: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Manual de l'assignatura

Un estudi dut a terme per l'Institut de Salut Global de Barcelona (ISGlobal) va concloure que les persones que viuen prop d'àrees verdes o tenen accés a espais recreatius presenten una menor incidència de malalties cròniques i nivells més alts de benestar general[53]³⁹. Aquest descobriment posa de manifest la importància de la infraestructura urbana i la planificació territorial com a components de la salut comunitària.

A més, estudis en poblacions d'adults majors han mostrat que aquells que participen en activitats comunitàries o tenen xarxes de suport social són menys propensos a patir soledat i depressió, la qual cosa contribueix a un envelliment saludable[53-55]. En contrast, les persones en comunitats amb baixa cohesió social solen experimentar més aïllament i pitjor salut mental, fet que subratlla la importància d'enfortir els llaços comunitaris com una mesura de prevenció.

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA



Facultat d'Infermeria i Podologia

³⁹ <https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/espacios-verdes-un-recurso-para-la-salud-mental>

Capítol 7: El desenvolupament comunitari

El desenvolupament comunitari

El desenvolupament comunitari és un procés integral i essencial per a millorar les condicions de vida de les poblacions, amb l'objectiu d'eleva-ne el benestar de manera sostenible. Aquest procés es basa en la participació activa dels membres de la comunitat, que exerceixen un paper crucial en la identificació de les pròpies necessitats, la planificació de solucions i l'execució de programes que cerquen millorar la seua qualitat de vida[56-58]. En fomentar la participació directa, el desenvolupament comunitari permet que les solucions siguin més ajustades a la realitat i les expectatives de la comunitat, la qual cosa augmenta l'efectivitat i la rellevància dels programes implementats.

En aquest sentit, el desenvolupament comunitari es distingeix del simple creixement econòmic perquè va més enllà dels indicadors quantitatius, com el Producte Intern Brut (PIB). Mentre que el creixement es refereix a l'augment de la producció econòmica d'una regió o país, el desenvolupament cerca una transformació més profunda i qualitativa, millorant no sols les condicions econòmiques, sinó també les condicions socials, culturals i de benestar de les persones. El desenvolupament comunitari, per tant, advoca per una visió integral en la qual el progrés social, econòmic i ambiental van de bracet, assegurant que les comunitats no sols es desenvolupen econòmicament, sinó que també milloren en cohesió social, accés a serveis i qualitat de vida.

El desenvolupament comunitari es duu a terme a través d'un enfocament participatiu, cosa que significa que els propis membres de la comunitat són els que lideren el procés, amb el suport de governs locals i altres institucions. Aquesta participació activa garanteix que les solucions proposades siguin apropiades i adaptades a les necessitats locals, la qual cosa en facilita l'acceptació i sostenibilitat. A més, es fomenta una col·laboració estreta entre la comunitat i les administracions públiques que permet crear esquemes de desenvolupament equilibrats i viables que responguen tant a les demandes locals com a les normatives i polítiques públiques.

Fonaments de la metodologia comunitària

La metodologia comunitària se sustenta en un procés estructurat i sistemàtic que permet a les comunitats organitzar-se i desenvolupar estratègies eficaces per a abordar els seus propis desafiaments[56]. Aquest enfocament metodològic es basa en una comprensió profunda de les necessitats i recursos locals, i s'articula en quatre fases clau que guien el procés de desenvolupament:

- **Diagnòstic o estudi comunitari de salut:** La primera fase consisteix a elaborar una anàlisi exhaustiva de la situació actual de la comunitat, amb especial èmfasi en les condicions de salut, benestar social i accés a serveis bàsics. Aquest diagnòstic no sols identifica els problemes immediats, sinó que també permet detectar patrons de desigualtat, riscos per a la salut pública i àrees que requereixen intervenció. A través d'entrevistes, enquestes i l'observació directa, es recopilen dades valuoses que serveixen de base per a la planificació d'accions posteriors.
- **Programació i planificació:** Una vegada identificades les necessitats, la següent etapa és la planificació estratègica. En aquesta fase s'estableixen les prioritats en funció de la urgència i la importància de les problemàtiques detectades. Es dissenyen programes específics i s'assignen els recursos necessaris, tant humans com materials, per a dur a terme les intervencions. Aquesta etapa també inclou la definició dels objectius a curt i llarg termini, i la

creació d'un full de ruta que detalle els passos i procediments a seguir per a aconseguir els objectius establits.

- Execució o intervenció: La fase d'execució és on es duu a terme la implementació dels programes i projectes dissenyats en la fase anterior. És fonamental que les accions siguen executades d'acord amb el pla establert, però també que es mantinga una flexibilitat per a adaptar-se a les necessitats canviants de la comunitat. Durant aquesta fase es treballa de manera col·laborativa amb tots els actors involucrats, i es dona seguiment a les activitats per a assegurar que es compleixen els objectius i es gestionen adequadament els recursos.
- Avaluació: Finalment, en concloure la intervenció, es fa una avaluació exhaustiva per a mesurar l'impacte de les accions implementades. Aquesta avaluació no sols mesura si s'han aconseguit els objectius plantejats, sinó que també examina els efectes a llarg termini en la comunitat, els canvis en les condicions de vida de les persones i la sostenibilitat dels projectes. Els resultats d'aquesta avaluació són fonamentals per a ajustar i millorar les futures intervencions i per a garantir que les lliçons apreses siguen aplicades en altres contextos similars.

L'enfocament participatiu és clau en el desenvolupament comunitari perquè fomenta l'autonomia de les comunitats i n'enforteix la capacitat organitzativa[59, 60]. En involucrar als membres de la comunitat en totes les fases del procés, des de la identificació de problemes fins a la implementació de solucions, es fomenta un sentit de propietat i compromís amb els projectes. Això no sols millora l'efectivitat de les intervencions, sinó que també ajuda a crear un sentiment de pertinença i cohesió social dins de la comunitat.

A més, el desenvolupament comunitari basat en la participació contribueix a la reducció de desigualtats en assegurar que totes les veus, incloent-hi les de grups vulnerables, siguen escoltades i considerades en el procés de presa de decisions. La participació activa també permet a les comunitats ser més resilients i capaces d'afrontar futurs desafiaments, la qual cosa converteix el desenvolupament comunitari en una eina poderosa per a la sostenibilitat i el benestar a llarg termini.

Protagonistes del treball comunitari

En un sistema democràtic, els processos comunitaris depenen de la participació activa i col·laborativa de tres protagonistes essencials que, a través dels seus rols complementaris, garanteixen l'èxit de les iniciatives de desenvolupament comunitari. Aquests actors són l'Administració, els recursos i la població. Cadascun d'ells té una funció clau que, en interrelacionar-se de manera efectiva, impulsa el benestar i el progrés de la comunitat.

- L'Administració: L'administració local és un dels actors més importants en el desenvolupament comunitari; els ajuntaments són les institucions més pròximes a la ciutadania. Aquesta proximitat els atorga una gran capacitat per a planificar, legislar i gestionar recursos que impacten directament en la vida dels habitants. El seu rol abasta des de la gestió de fons públics fins a la creació de normatives i polítiques públiques que orienten el desenvolupament local. A més, les administracions autonòmiques i nacionals tenen la responsabilitat de garantir la descentralització i proporcionar els recursos necessaris per a les iniciatives comunitàries, especialment en àrees clau com la salut, l'educació i els serveis socials.

En un context descentralitzat és crucial que la coordinació entre els diferents nivells d'administració siga eficaç. Per exemple, les administracions sanitàries i educatives tenen un

paper fonamental en la implementació de projectes comunitaris que requereixen la col·laboració interinstitucional per a cobrir les diverses dimensions del benestar humà. L'administració local també s'encarrega de canalitzar els fons públics i assegurar que els projectes siguin sostenibles, transparents i alineats amb les necessitats locals.

- Els recursos: Els recursos són essencials per a la implementació exitosa de qualsevol projecte comunitari. En aquest sentit, els recursos es divideixen en diverses categories, que inclouen recursos humans, materials i financers.
 - Recursos humans: Són les persones capacitades en diverses àrees (salut, educació, serveis socials, etc.) que exerceixen un paper clau en el desenvolupament de projectes comunitaris. Aquests professionals, que inclouen metges, educadors, treballadors socials i altres especialistes, aporten la seua formació i experiència per a resoldre els problemes de la comunitat. A més, el treball de líders comunitaris i voluntaris també és essencial, ja que proporcionen un contacte directe amb els membres de la comunitat, i per tant creen una xarxa de suport i enforteixen el teixit social.
 - Recursos materials: Inclouen les infraestructures, equips i espais físics necessaris per a dur a terme les intervencions. Això pot abastar des de la construcció de centres comunitaris fins a la provisió de material educatiu o sanitari.
 - Recursos financers: Els fons destinats als projectes comunitaris provenen principalment de pressupostos públics, encara que també es poden generar a través d'iniciatives privades, donacions o subvencions d'ONG. La correcta gestió d'aquests recursos és crucial per a assegurar la viabilitat de les intervencions i que els fons siguin distribuïts de manera eficient i equitativa entre les diferents àrees d'intervenció.
- És fonamental que els recursos públics siguin utilitzats de manera eficient, però també que els recursos privats, com les ONG i les empreses, s'involucren en el procés. Aquestes entitats poden aportar la seua experiència, finançament i xarxes de suport, la qual cosa incrementa les possibilitats d'èxit dels projectes comunitaris. La coordinació adequada entre recursos públics i privats també optimitza els esforços i redueix la duplicació d'activitats, fet que genera un impacte més significatiu.
- La població: La població és, sens dubte, el subjecte central del desenvolupament comunitari. La seua participació activa és crucial, ja que són els membres mateixos de la comunitat els qui millor coneixen les seues necessitats, problemes i prioritats. La participació activa de la població no sols facilita la identificació de les necessitats reals, sinó que també enforteix el sentit de pertinença i la cohesió social.

Quan els membres de la comunitat estan involucrats des de l'inici del procés en la planificació, execució i avaluació dels projectes, es garanteix que les solucions siguin realment pertinents i apropiades als seus contextos específics. A més, aquest enfocament participatiu augmenta la sostenibilitat dels projectes, ja que els habitants es converteixen en els guardians dels canvis i defensors de les iniciatives, la qual cosa facilita que es mantinguen a llarg termini. És fonamental que els processos comunitaris promoguen una participació inclusiva que permeti que tots els sectors de la comunitat, incloent-hi els més vulnerables, tinguin una veu en la presa de decisions. En cas contrari, el desenvolupament comunitari podria generar desigualtats o frustració si alguns grups en queden exclosos.

Coordinació comunitària

La coordinació comunitària és el procés fonamental que permet que els diversos recursos (tècnics, professionals, científics) actuen de manera conjunta per a resoldre els problemes que afronta una comunitat. La coordinació entre els actors és essencial per a evitar duplicacions d'esforços, optimitzar l'ús dels recursos disponibles i, sobretot, agilitzar la resposta davant els problemes urgents[58].

La coordinació comunitària facilita la cooperació entre institucions, organitzacions i serveis, la qual cosa assegura que les intervencions siguin més eficients i aborden les necessitats de manera integral. Una coordinació efectiva permet realitzar estudis que cap entitat podria dur a terme per si sola, i ofereix una visió més àmplia de la realitat comunitària.

En la pràctica, la coordinació es formalitza a través de mecanismes com els comitès tècnics assessors (CTA) o els consells tècnics assessors, que actuen com a òrgans consultius. Aquests comitès permeten que els diferents actors involucrats en el procés comunitari treballen de manera col·laborativa, proporcionant assessorament tècnic, elaborant propostes d'acció i facilitant l'intercanvi d'informació entre els diferents sectors de la comunitat. No obstant això, cal destacar que aquests comitès no tenen poder de decisió, sinó que se centren a proporcionar recomanacions per a millorar els programes comunitaris.

L'objectiu principal de la coordinació comunitària és millorar la qualitat de vida dels membres de la comunitat, assegurant que tots els recursos disponibles s'usen de manera coherent i eficient per a resoldre els problemes col·lectius.

Equip comunitari

L'equip comunitari és un dels pilars fonamentals en el procés de desenvolupament comunitari, ja que té un paper clau a coordinar els recursos disponibles i a facilitar la participació activa de la comunitat en les intervencions[61]. Aquest equip està format per una diversitat de professionals que treballen de manera conjunta posant en comú els seus coneixements i habilitats per a organitzar i mobilitzar els recursos existents. A través del seu treball, l'equip comunitari té l'objectiu d'enfortir el teixit social de la comunitat, assegurant que les intervencions siguin pertinents i eficaces en la millora de les condicions de vida dels habitants.

Un dels aspectes més destacats de l'equip comunitari és l'enfocament integrador, que permet coordinar i connectar diversos actors, tant públics com privats, per a aconseguir un impacte positiu en la comunitat. Les àrees clau de treball d'aquest equip són essencials per a garantir l'èxit de les estratègies de desenvolupament comunitari:

1. Organització comunitària: L'organització comunitària és una de les funcions primordials de l'equip comunitari. Consisteix en la coordinació, programació i planificació dels recursos disponibles per a atendre les necessitats de la comunitat. Això implica una labor de mapatge dels recursos locals, des dels serveis públics fins a les iniciatives privades, per a assegurar que les necessitats més urgents siguin cobertes de manera eficient. L'organització de la comunitat també inclou la identificació dels actors clau dins d'aquesta, com ara líders comunitaris, organitzacions locals i grups de voluntaris, actors que han de treballar en conjunt per a impulsar els projectes comunitaris. A més, l'equip ha de fomentar la participació activa dels membres de la comunitat en la presa de decisions, creant espais de diàleg i col·laboració.

2. Desenvolupament comunitari: El desenvolupament comunitari implica l'enfortiment del teixit social de la comunitat, la qual cosa s'aconsegueix mitjançant el suport a grups i associacions existents, així com la promoció de la creació de nous grups d'interès o xarxes comunitàries. Aquest enfocament cerca empoderar els membres de la comunitat perquè puguin gestionar els seus propis recursos i resoldre els seus problemes de manera autònoma. L'equip comunitari treballa per a fomentar processos de participació activa en els quals s'involucra la població en totes les etapes del projecte, des de la identificació de necessitats fins a l'avaluació de resultats. A través de la formació i el suport als grups locals, s'enforteix la cohesió social i es promou la solidaritat i el treball en equip, elements essencials per al desenvolupament de qualsevol comunitat.

3. Coneixement i estudi: La fase de coneixement i estudi és fonamental per a la implementació efectiva de qualsevol estratègia comunitària. En aquesta fase, l'equip comunitari elabora un diagnòstic comunitari exhaustiu, que permet conèixer les característiques socials, econòmiques i de salut de la població. Aquest diagnòstic proporciona dades clau sobre els problemes prioritaris de la comunitat i les oportunitats que existeixen per a millorar-los. A més, l'equip s'encarrega de la recollida d'informació contínua per a assegurar que les intervencions siguin ajustades a les necessitats canviants de la població. Aquesta fase inclou tant la realització d'enquestes com l'observació directa i entrevistes amb els membres de la comunitat, amb l'objectiu de garantir que les dades siguin representatives i reflectisquen de manera fidel la realitat local.

Instruments de l'equip comunitari

El treball de l'equip comunitari es basa en una sèrie d'instruments que permeten organitzar, sistematitzar i coordinar les intervencions de manera efectiva. Aquests instruments són fonamentals per a optimitzar els recursos i garantir que les accions siguin precises i adequades:

- Mapa i plànol del territori: El mapa i plànol del territori és una eina visual que representa de manera detallada els recursos i serveis disponibles en la comunitat, com les administracions locals, els recursos sectorials (educació, salut, serveis socials), els punts de trobada social i les associacions i organitzacions locals. Aquest mapa ajuda a identificar buits en els serveis i recursos, de manera que facilita la planificació de les intervencions i la distribució adequada dels recursos. A més, permet als membres de l'equip comunitari i a la població tenir una visió clara del que hi ha i el que fa falta en el territori.
- Guia de recursos per a la població: La guia de recursos és un document informatiu que recopila tota la informació clau sobre els serveis disponibles en la comunitat, com els serveis de salut, educació, ocupació, assistència social i altres. Aquest recurs té un enfocament pràctic, ja que ofereix a la població informació clara sobre com accedir als serveis, els requisits necessaris i els horaris d'atenció. La guia també pot incloure informació sobre recursos privats, com ONG i empreses que col·laboren amb el procés de desenvolupament comunitari. Aquest instrument facilita la navegació dels membres de la comunitat en el sistema de serveis i en millora l'accés als drets i recursos.
- El fitxer comunitari: El fitxer comunitari és una base de dades organitzada que conté fitxes detallades sobre els actors i recursos clau en la comunitat. Inclou informació sobre el personal involucrat en el procés comunitari (administradors, professionals, representants de recursos, líders comunitaris, etc.), així com una classificació dels recursos disponibles per sectors (sanitari, educatiu, social, etc.) i les associacions i grups existents. A més de servir com a eina de coordinació, aquest fitxer permet realitzar un seguiment dels avenços dels projectes i de

Manual de l'assignatura

la participació dels actors involucrats i garantir així que totes les parts interessades estiguen informades i alineades amb els objectius del desenvolupament comunitari.



Facultat d'Infermeria i Podologia

Capítol 8: L'estudi comunitari de salut. Una proposta d'investigació-acció participativa

Definició de l'estudi comunitari de salut

L'estudi comunitari de salut és una investigació centrada a conèixer les condicions de salut d'una comunitat específica, identificant factors que influeixen en el seu benestar físic, mental i social. Aquest tipus d'estudi es fonamenta en la participació activa de la comunitat i en l'observació directa i indirecta de les seues condicions de vida, amb l'objectiu d'orientar accions que promoguen la salut i previnguen malalties de manera contextualitzada i efectiva[62].

L'objectiu principal d'un estudi comunitari de salut és diagnosticar i analitzar les condicions de salut de la població per a identificar-ne les necessitats prioritàries, els reptes i els factors de risc. Aquest diagnòstic permet formular estratègies d'intervenció ajustades a les característiques i problemàtiques de la comunitat. La finalitat última és millorar la qualitat de vida, fomentar hàbits saludables i establir un sistema de salut comunitari que siga inclusiu, accessible i sostenible.

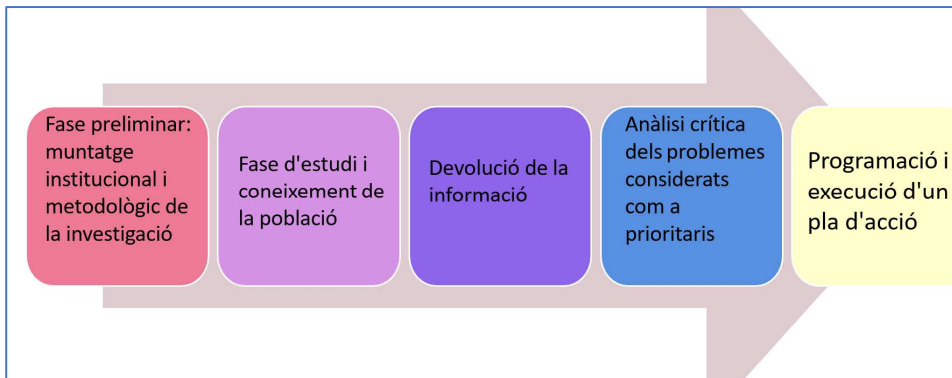
L'estudi comunitari en salut és una eina clau per a la planificació de polítiques públiques, programes de salut i campanyes de prevenció. La seua aplicació pràctica s'observa en projectes que cerquen reduir la incidència de malalties, millorar l'accés als serveis de salut, promoure l'educació en salut i fomentar la participació activa dels membres de la comunitat en la resolució dels seus propis problemes de salut[7].

Metodologia d'investigació: Investigació-acció participativa

La investigació-acció participativa (IAP)[62] és la metodologia emprada en aquests estudis, caracteritzada per involucrar els membres de la comunitat en totes les fases del procés. Aquesta metodologia reconeix que les persones són expertes en les seues pròpies vivències i que la seua participació activa aporta informació valuosa i promou una implicació directa en la millora de la seua salut. La IAP permet que la comunitat no sols siga objecte d'estudi, sinó que participe activament en el disseny, execució i anàlisi de la investigació.

La participació comunitària és fonamental per a aconseguir un diagnòstic complet i realista. Involucrar la comunitat facilita l'accés a informació precisa, promou la confiança i la cooperació i enforteix les relacions entre els membres. A més, la participació fomenta un sentit de pertinença i compromís cap als projectes de salut, cosa que facilita l'adopció de mesures preventives i la sostenibilitat de les intervencions proposades[63].

Etapas de l'estudi comunitari de salut



Fase preliminar: Muntatge institucional i metodològic de la investigació

La fase preliminar constitueix la primera etapa d'un estudi comunitari de salut i és fonamental per a la implementació correcta de la investigació. En aquesta fase s'estableixen les bases per a l'organització de l'equip promotor, que ha d'estar compost per professionals de la salut, líders comunitaris i membres actius de la comunitat. Aquest equip no sols coordina les activitats i defineix els objectius específics de l'estudi, sinó que també assegura la disponibilitat de recursos humans i materials necessaris per a dur a terme la investigació de manera efectiva.

L'equip comunitari és el pilar central en el desenvolupament de l'estudi, ja que permet una gestió col·laborativa i participativa dels recursos i de la informació. Aquest equip ha d'incloure:

- Professionals de la salut: Metges, infermers, treballadors socials i altres experts en salut pública que proporcionen el coneixement tècnic i científic necessari.
- Líders comunitaris: Persones amb influència i reconeixement en la comunitat, com representants d'associacions veïnals, educatius, religiosos o culturals.
- Membres de la comunitat: Individus voluntaris que representen diferents sectors de la comunitat i aporten la seua perspectiva, necessitats i experiència quotidiana en el context local.

Aquest equip té una responsabilitat clau en la planificació i execució de l'estudi, incloent-hi el disseny d'estratègies per a una comunicació adequada amb la comunitat, la implementació de metodologies participatives i el foment de la transparència en la gestió de la informació i els resultats.

Per a garantir una organització i un seguiment de l'estudi correctes, l'equip comunitari ha de comptar amb certs instruments de planificació i gestió:

- Mapa i plànol del territori: Un mapa detallat i actualitzat que mostre la ubicació dels principals recursos de la comunitat és essencial. Aquest ha d'incloure:
 - Seus administratives i centres de serveis públics.
 - Recursos de salut per sector (hospitals, clíniques, farmàcies, etc.).
 - Locals d'ús comunitari, com centres de reunió, espais culturals i esportius.
 - Associacions i grups organitzats, com ONG, associacions veïnals o grups juvenils.

- Punts de trobada comunitària, incloent-hi mercats, bars, parcs i places, on la població sol reunir-se i interactuar.

Aquest mapa permet a l'equip visualitzar i entendre la distribució dels recursos, els patrons de mobilitat i els llocs on pot generar-se més impacte en la promoció de salut comunitària.

- Guia de recursos per a la població: Un document que compila els recursos disponibles en la comunitat i proporciona informació detallada sobre com accedir-hi. Inclou:
 - Informació sobre centres de salut, serveis d'emergència i programes de benestar social.
 - Contacte i horaris d'atenció de serveis i recursos clau.
 - Informació sobre associacions i programes de suport comunitari, com menjadors socials, albergs o centres de suport psicològic.

La guia és fonamental per a enfortir la xarxa de suport local i facilitar que la comunitat accedisca de manera autònoma als recursos que poden millorar la seua salut i benestar[64].

- Fitxer comunitari: Un sistema de registre i seguiment que permet documentar la informació rellevant de persones, recursos i associacions amb els quals l'equip estableix relacions de treball durant l'estudi. Aquest fitxer es divideix en diverses seccions:
 - Fitxes de personal: Recopilen les dades de totes les persones amb les quals s'estableixen relacions de treball, com administradors, representants de recursos, líders d'associacions i altres actors comunitaris. Inclou informació de contacte, rol i funcions dins de la xarxa comunitària.
 - Fitxes de recursos: Classificades per sectors, aquestes fitxes detallen cada recurs disponible en la comunitat, incloent-hi dades de contacte, serveis que ofereixen, horaris i qualsevol característica especial que puga ser rellevant per als objectius de l'estudi.
 - Fitxes de grups i associacions existents: Informació sobre les organitzacions que treballen en la comunitat, com ONG, grups de voluntaris, associacions veïnals i culturals, clubs esportius, etc. Aquest registre permet identificar possibles aliances estratègiques i facilita la coordinació d'activitats conjuntes.

En aquesta fase també és essencial establir les aliances institucionals i metodològiques necessàries per a assegurar el suport i legitimitat de l'estudi. La coordinació amb institucions governamentals, organitzacions no governamentals i altres organismes de salut és crucial, ja que facilita l'obtenció de permisos, la disposició de recursos addicionals i l'enfortiment de les xarxes de suport. Així mateix, s'ha de definir un marc metodològic que incloga les tècniques de recol·lecció de dades (enquestes, entrevistes, observacions) i els protocols d'anàlisis que guiaran la investigació.

A més, és recomanable establir un sistema d'avaluació contínua, perquè l'equip puga monitorar i ajustar les activitats segons els resultats preliminars i la retroalimentació de la comunitat.

Per a aconseguir una participació activa és necessari crear espais de diàleg i retroalimentació en què els membres de la comunitat puguen expressar les seues expectatives, preocupacions i propostes. Això pot incloure reunions periòdiques, fòrums oberts i la implementació de mecanismes de comunicació accessibles, com butlletins informatius, cartells en llocs visibles o grups de missatgeria instantània.

2. Fase d'estudi i coneixement de la població:

La fase d'estudi i coneixement de la població en el context d'un estudi comunitari de salut és fonamental per a comprendre en profunditat les característiques socials, econòmiques, culturals i de salut de la comunitat [65, 66]. Aquesta fase es basa en una investigació documental i de camp i usa un disseny metodològic descriptiu que cerca conèixer tant els aspectes objectius com els subjectius de la realitat comunitària.

La investigació documental i de camp permet recopilar informació detallada i precisa sobre la comunitat. Es recorre a dades ja disponibles en registres oficials, així com a l'observació i el contacte directe amb els habitants de la comunitat. Aquesta fase inclou dos components clau: el coneixement objectiu i el subjectiu.

- Coneixement objectiu: Anàlisi estructural i contextual de la comunitat. El coneixement objectiu s'enfoca en la caracterització estructural de la comunitat i en la recollida de dades socioeconòmiques i tècniques. L'objectiu principal és proporcionar una visió clara i quantificable de la situació de salut i els recursos disponibles en la comunitat. Per a obtenir aquesta informació, s'empren diverses eines i mètodes:
 - Observació directa: A través de visites a la comunitat, l'equip usa guies d'observació i eines de mapatge per a documentar els recursos de salut comunitaris. Això inclou centres de salut, farmàcies, hospitals i altres serveis que poden impactar en el benestar de la població.
 - Observació indirecta: Es realitza mitjançant l'anàlisi de registres oficials, com censos de població, estadístiques de salut i dades de vigilància epidemiològica. Aquesta informació permet entendre les característiques demogràfiques, la taxa de morbiditat i mortalitat i altres indicadors de salut rellevants.

L'objectivitat en aquestes dades és crucial, ja que brinda una base sòlida i factual sobre la qual es poden identificar àrees de necessitat i recursos de la comunitat.

Mapatge de recursos de salut: El mapatge dels recursos de salut permet una visualització clara de la distribució d'aquests recursos en el territori, la qual cosa és fonamental per a identificar desigualtats en l'accés a serveis. Algunes de les tècniques emprades per al mapatge inclouen l'ús d'eines com el "Localitza Salut"⁴⁰, que ajuda a identificar i localitzar els recursos sanitaris i els punts clau per a la promoció de la salut i la prevenció de malalties en el marc del Sistema Nacional de Salut (SNS), o les guies de recursos, que inclouen llistats i descripcions de centres de salut, programes de salut pública i serveis d'emergència⁴¹. Al costat d'això, guiats per informants clau, amb el suport d'una organització experta en desenvolupament comunitari, es poden usar diferents tècniques per a crear un mapatge dels actius de la comunitat, com ara les Mapping Party⁴² (activitat comunitària per a mapejar llocs d'interès on qualsevol pot participar), Photovoice (ús de fotografies per a reflexionar i discutir sobre aspectes de la vida comunitària.), etc. [67]. La finalitat és identificar els recursos disponibles en una comunitat, qui els posseeixen i el seu valor potencial. Les principals categories de recursos són[67]:

⁴⁰ <http://localizasalud.msssi.es/maparecursos/main/menu.action>

⁴¹ https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionprevencion/entornosaludables/local/estrategia/dossier/docs/guia_implementacion_local.pdf

⁴² <https://mapcolabora.org/tags/mapping-party/>

1. Recursos dels individus: Inclouen les capacitats i característiques dels membres de la comunitat, com poder, passions, habilitats i experiència, amb preguntes sobre com poden contribuir a millorar la vida comunitària.
 2. Recursos d'associacions formals: Abasta grups organitzats, com religiosos, esportius o de veïns, que tenen xarxes, visió i influència. La reflexió se centra a identificar les xarxes formals de la comunitat.
 3. Recursos d'associacions informals: Inclou xarxes informals de persones cuidadores i suport que aporten coneixement compartit i espais de trobada, i plantegen la pregunta sobre les xarxes informals existents.
 4. Recursos físics de l'àrea: Comprèn espais com parcs, centres educatius i biblioteques. La reflexió convida a identificar els espais d'ús comú disponibles en la comunitat.
 5. Recursos econòmics: Enfocats en comerços i negocis locals, el valor dels quals inclou diners i influència, amb una reflexió sobre la situació econòmica local.
 6. Recursos culturals: Comprèn institucions culturals, com teatres i museus, amb un enfocament en el talent local en arts.
 7. Recursos de les organitzacions: Es refereix a serveis i personal de l'ajuntament, líders locals i personal de salut. La reflexió cerca comprendre els recursos d'aquestes organitzacions i el seu potencial per al canvi.
- Coneixement subjectiu: Percepcions i experiències de la comunitat. El coneixement subjectiu és igualment important, ja que s'enfoca en la recopilació de les perspectives, experiències i valors dels habitants de la comunitat. A través d'un enfocament d'investigació-acció participativa (IAP), se cerca entendre com els membres de la comunitat perceben i experimenten els seus problemes i necessitats.

Aquest enfocament respon a preguntes com:

- Com perceben i plantegen els seus problemes, necessitats i interessos?
- Com analitzen la situació de la seua comunitat?
- En quin tipus d'acció pensen?
- Quins són els seus valors i creences?
- Com relaten la història de la seua comunitat?
- Com perceben la relació entre els esdeveniments locals i nacionals?
- Quines són les seues principals preocupacions?

La recopilació d'informació subjectiva implica mètodes de contacte directe que permeten a l'equip investigador establir un diàleg pròxim i autèntic amb els habitants. Això inclou:

- Entrevistes en profunditat: Les entrevistes individuals permeten explorar amb detall les opinions i sentiments dels habitants sobre la salut i el benestar en la seua comunitat.
- Audició: S'empren col·loquis i converses informals en els quals els habitants poden expressar lliurement les seues preocupacions i opinions. Aquest mètode persegueix dos objectius:
 - Recollir informació subjectiva sobre els problemes que enfronten els habitants.
 - Establir relacions de confiança per a fomentar la col·laboració en intervencions futures.

Existeixen dues modalitats d'audició:

- Col·loquis amb testimonis privilegiats: Es trien persones que, per la seua funció o situació en la comunitat, posseeixen una visió més àmplia o informada sobre els problemes.

Manual de l'assignatura

- Col·loquis de carrer: Involucra el 5-10% de les famílies de la comunitat, la qual cosa permet captar una diversitat d'opinions i experiències quotidianes.

La informació recol·lectada pot ser:

General: Aborda de manera àmplia els problemes de la comunitat en tot el territori i en diferents sectors.

Específica: S'enfoca en problemes específics que afecten un territori o sector concret.

- Grups de discussió: Faciliten un espai on els habitants poden debatre col·lectivament les seues preocupacions i propostes, ajuden a generar consens i a comprendre millor les prioritats comunitàries.

Els objectius específics de l'audició inclouen:

- Recollir informació subjectiva sobre les necessitats de la comunitat des de la perspectiva dels seus habitants.
- Fomentar la creació de llaços de confiança que faciliten la col·laboració en futures intervencions.
- Capturar la diversitat d'experiències i opinions, la qual cosa permet una comprensió més profunda de l'estructura social i cultural de la comunitat.

La combinació dels coneixements objectius i subjectius obtinguts en aquesta fase permet una visió integral de la comunitat, que abasta tant els factors quantitatius com qualitatius que influeixen en la seua salut i benestar. Aquesta comprensió integral és clau per al disseny d'intervencions i programes de salut específics que responguen a les realitats concretes de la comunitat.

A més, aquesta fase prepara el terreny per a una intervenció participativa en la qual els membres de la comunitat poden contribuir activament, des de les seues experiències i sabers, a la millora de les seues condicions de vida.

CONEIXEMENT OBJECTIU	CONEIXEMENT SUBJECTIU
Caracterització de l'estructura social de la població.	Recopilació del punt de vista de les persones i grups de les àrees geogràfiques i estructures socials en estudi.
Informació socioeconòmica i tècnica (indicadors).	Se cerca establir contacte amb la comunitat per a obtenir informació (relació d'empatia igual d'important que els continguts).
Recopilació per tècnics i professionals (hi pot col·laborar la població).	

Preparació de l'informe final:

La fase de preparació i difusió de l'informe final és el pas culminant de l'estudi comunitari en salut. En aquesta etapa, tota la informació obtinguda al llarg de l'estudi —tant objectiva com subjectiva— se sintetitza, analitza i presenta de manera estructurada en un informe. Aquest document és fonamental no sols per a consolidar els descobriments de l'estudi, sinó també per a retornar el coneixement adquirit a la comunitat, fomentar la participació activa i planificar les pròximes fases d'intervenció.

1. Integració de la informació objectiva i subjectiva. La integració de la informació obtinguda és un procés d'anàlisi profunda que té com a objectiu aconseguir una visió holística de la situació de salut de la comunitat. La informació objectiva, obtinguda mitjançant indicadors socioeconòmics, demogràfics i epidemiològics, es complementa amb la informació subjectiva adquirida a través d'entrevistes, col·loquis i grups de discussió amb els habitants. Aquesta combinació permet observar com es perceben els problemes i les prioritats des de diferents perspectives:

- Coincidències: En alguns casos, els tècnics i professionals troben que els problemes identificats a través de dades objectives coincideixen amb les percepcions i preocupacions expressades per la comunitat. Aquesta congruència reforça la validesa dels descobriments i facilita l'acceptació dels resultats.
- Divergències: No obstant això, és freqüent trobar discrepàncies entre la visió tècnica i la percepció comunitària. Els tècnics poden no considerar un problema com a prioritari, mentre que per als habitants representa una preocupació important, o viceversa. Aquestes diferències han de ser discutides amb la comunitat per a entendre el rerefons de cada perspectiva i ajustar les intervencions futures segons les necessitats i valors locals.

2. Confrontació i validació de la informació amb la comunitat. Una vegada s'ha integrat la informació, es realitza una confrontació dels resultats amb la comunitat per a validar els descobriments i fomentar una retroalimentació activa. Aquest procés consisteix en:

- Presentar un esborrany de l'informe: L'equip lliura un esborrany inicial a la comunitat perquè els membres puguin revisar i comentar els descobriments. Aquest pas permet detectar qualsevol malentès, corregir interpretacions i enriquir l'informe amb aportacions addicionals.
- Promoure el diàleg: S'organitzen trobades comunitàries perquè els tècnics, líders i membres de la comunitat puguin discutir els resultats. Aquestes jornades de retroalimentació no sols promouen la transparència, sinó que enforteixen la relació de confiança entre l'equip i la comunitat.
- Incorporar les observacions i comentaris: Els comentaris i opinions de la comunitat s'integren en el document final, i reflecteixen un enfocament participatiu i adaptat a les realitats locals.

3. Elaboració de l'informe final. L'informe final ha de ser clar, accessible i visualment comprensible per tots els sectors de la comunitat. Això implica:

- Estructurar el contingut de manera amigable: Presentar les dades de manera organitzada, començant per un resum executiu que proporcione una visió general dels descobriments clau, seguit de seccions detallades que aborden temes específics.
- Elaborar un document resum: Aquest document breu serveix com una versió condensada de l'informe principal i facilita que els aspectes clau siguin compresos ràpidament per qualsevol lector.

Manual de l'assignatura

- Incloure mapes i gràfics: Els mapes són eines visuals efectives per a il·lustrar les àrees amb més problemes i recursos. També es poden emprar gràfics i taules que ajuden a visualitzar tendències, diferències sectorials i altres aspectes rellevants de les dades.
- Identificació de problemes prioritars: Un dels objectius és destacar els problemes que la comunitat i els tècnics consideren prioritars per a dissenyar les pròximes fases d'intervenció.

4. Pla de difusió de la informació. Una vegada elaborat l'informe final, és essencial dissenyar un pla de difusió que faça accessible la informació a la major quantitat de persones possible. Aquest pla té com a objectiu no sols informar, sinó també motivar la comunitat a participar en accions de millora.

- Jornades informatives: S'organitzen trobades obertes en els quals es presenten els resultats de l'estudi i es discuteixen els pròxims passos. Aquestes jornades cerquen fomentar una comprensió més objectiva de la situació, promoure el diàleg i assegurar que tots els membres de la comunitat tinguin accés a la informació.
- Distribució de materials impresos: Es poden distribuir còpies del resum de l'informe en llocs clau de la comunitat, com centres de salut, escoles, biblioteques i centres comunitaris.
- Difusió en xarxes socials: Per a aconseguir a un major nombre de persones, es creen campanyes en xarxes socials i plataformes digitals, adaptant el contingut a un format accessible i visual. Vídeos breus, infografies i publicacions en xarxes ajuden a comunicar els descobriments de manera atractiva i comprensible per a tots.
- Contacte amb mitjans locals: Involucrar mitjans de comunicació comunitaris, com ràdios i premsa local, permet difondre els resultats de manera massiva i enfortir el vincle entre la comunitat i els descobriments de l'estudi.

5. Promoció del coneixement comunitari i de la reflexió col·lectiva. Més enllà de la simple difusió de resultats, la preparació de l'informe final també té com a meta promoure l'autoconeixement i la reflexió col·lectiva. És important que la comunitat prenga consciència de la seua situació en termes de salut, identificant de manera participativa les àrees en què és necessari actuar. Això implica:

- Fomentar un coneixement més objectiu: Presentar les dades de manera que els habitants de la comunitat puguin entendre i reflexionar sobre la seua situació des d'una perspectiva objectiva.
- Revisió de prioritats: Els resultats de l'informe ajuden la comunitat i l'equip a identificar problemes prioritars i àrees d'intervenció futura.
- Estimulació de propostes d'acció: La informació recopilada i compartida inspira els membres de la comunitat a pensar en possibles solucions i propostes d'acció que puguin implementar-se amb el suport de l'equip i dels recursos locals.

6. Avaluació de la reacció de la comunitat davant els resultats. La resposta de la comunitat als descobriments de l'estudi és clau per a planificar les següents fases. Les reaccions de la comunitat brinden informació essencial sobre el seu nivell de compromís, el seu interès a col·laborar en solucions i les seues percepcions respecte als problemes prioritars identificats. A partir d'aquesta avaluació, l'equip pot ajustar les estratègies d'intervenció i definir noves línies d'acció.

7. Continuïtat del procés: Planificació de pròximes fases d'intervenció. L'informe final no sols representa el tancament d'una fase, sinó també la base per a les pròximes etapes del procés d'investigació i intervenció. Amb els resultats i el suport de la comunitat, es poden dissenyar accions específiques que responguen a les prioritats identificades i establisquen compromisos conjunts. A

més, es contempla el desenvolupament d'activitats de seguiment i avaluació que permeten mesurar l'impacte de les intervencions al llarg del temps.

Programació i execució d'un pla d'acció

La fase de programació i execució d'un pla d'acció representa el punt en el qual l'estudi comunitari en salut tradueix les seues descobertes en intervencions pràctiques. Aquest pla, elaborat en conjunt amb la comunitat i els actors locals, té com a objectiu abordar els problemes prioritaris identificats, promoure l'equitat en l'accés a la salut i establir una estructura de seguiment i avaluació. En aquesta fase s'estableix un calendari detallat d'activitats, es defineix una estratègia de comunicació i s'implementen mesures que asseguruen la participació inclusiva de tots els grups de la comunitat.

1. Disseny del pla d'acció. El disseny del pla d'acció és un procés col·laboratiu que requereix la participació activa de la comunitat, els líders locals, els tècnics de salut i altres actors clau. Aquest pla ha de reflectir les prioritats i necessitats reals de la comunitat, prèviament identificades en l'informe final de l'estudi, i estar alineat amb les capacitats i recursos disponibles.

- Definició d'objectius i metes: Els objectius han de ser clars, assolibles i mesurables, de manera que el progrés pugui ser monitorat al llarg de la implementació. Les metes han d'alinear-se amb els problemes prioritaris, com millorar l'accés a serveis de salut, reduir factors de risc específics o enfortir els recursos comunitaris.
- Establiment d'activitats: Es defineix un conjunt d'activitats concretes que permeten aconseguir els objectius establits. Aquestes activitats han de ser específiques i descriure clarament quines accions es duran a terme, qui en serà responsable i quins recursos es necessitaran.
- Assignació de rols i responsabilitats: És fonamental que tots els involucrats tinguin clares les seues funcions i responsabilitats en l'execució del pla. Els líders comunitaris, voluntaris, professionals de salut i altres actors participen en el desenvolupament i execució de les intervencions.
- Recursos i pressupost: Es realitza un inventari dels recursos disponibles, tant humans com materials, i s'assigna un pressupost que permeti cobrir els costos necessaris per a la implementació.

2. Establiment del calendari d'activitats. Una planificació efectiva requereix un calendari detallat que establisca els temps i terminis de cada activitat. El cronograma ha de ser realista, tenint en compte tant la capacitat dels recursos disponibles com el context i les dinàmiques de la comunitat.

- Seqüenciació d'activitats: Es defineix l'ordre en el qual s'implementaran les activitats, assegurant que cada etapa tinga els recursos i el suport necessari per a la realització.
- Terminis de compliment: S'assignen terminis específics a cada activitat, cosa que permet una avaluació contínua dels avenços. A més, els terminis ajuden a mantenir la motivació i el compromís de tots els involucrats.
- Flexibilitat en el cronograma: S'incorpora flexibilitat en el calendari per a adaptar-se a possibles canvis, retards o noves necessitats que puguin sorgir durant la implementació del pla d'acció.

3. Estratègia de comunicació i visibilització de resultats. La comunicació és essencial per a donar a conèixer el pla d'acció i per a mantenir informada a la comunitat sobre els avenços i assoliments. Una estratègia de comunicació efectiva promou la participació i ajuda a sensibilitzar la comunitat sobre la importància de la promoció de la salut.

Manual de l'assignatura

- Difusió de resultats i objectius: S'usen mitjans de comunicació locals, com ràdio, premsa comunitària i xarxes socials, per a informar sobre els objectius del pla d'acció i els beneficis esperats. Això permet visibilitzar les intervencions i enfortir el sentit de pertinença en la comunitat.
- Advocacia i promoció de la salut: A través de campanyes educatives i trobades comunitàries, s'advoca per pràctiques i comportaments saludables. Aquestes activitats no sols informen, sinó que també fomenten la reflexió i l'empoderament, i per tant ajuden la comunitat a adoptar un rol actiu en la cura de la salut pròpia.
- Transparència i accés a la informació: La comunitat ha de tenir accés continu a la informació relacionada amb l'avenç del pla. Per a això es poden emprar butlletins periòdics, reunions informatives o plataformes digitals que mantinguin tots els membres al dia dels assoliments i els reptes.

4. Abordament de desigualtats i promoció de l'equitat. És essencial que el pla d'acció tinga en compte les possibles desigualtats que podrien sorgir durant la implementació i adopte mesures per a abordar-les i reduir-ne l'impacte. La salut és un dret de tothom, i l'accés equitatiu als recursos i serveis ha de ser una prioritat en cada intervenció.

- Identificació de grups vulnerables: S'identifiquen els sectors de la comunitat que poden estar en desavantatge, ja siga per barreres econòmiques, culturals, geogràfiques o de gènere, i es dissenyen intervencions específiques que n'asseguren la participació i l'accés als beneficis.
- Mesures de mitigació de desigualtats: S'implementen estratègies, com transport accessible a centres de salut, programes d'assistència financera o educació sanitària adaptada, que permeten superar les barreres i reduir les disparitats.
- Monitoratge d'equitat en la implementació: Durant tota la fase d'execució, es duu a terme un monitoratge constant per a verificar que les intervencions arriben de manera justa a tots els grups, ajustant l'estratègia quan es detecten desigualtats.

5. Seguiment i avaluació de les intervencions. Un component clau del pla d'acció és el seguiment i l'avaluació dels resultats, la qual cosa permet mesurar l'impacte i l'efectivitat de cada activitat i assegurar que es compleixen els objectius establits.

- Indicadors d'èxit: S'estableixen indicadors específics i mesurables que permeten avaluar l'impacte de cada activitat. Aquests poden incloure indicadors de salut (reducció de malalties), indicadors d'accés (major ús de serveis de salut), o indicadors de satisfacció comunitària.
- Revisió periòdica del progrés: Se celebren reunions periòdiques per a revisar l'avenç de les activitats, identificar obstacles i fer ajustos segons calga.
- Informe de resultats: En finalitzar cada etapa, s'elabora un informe que documenta els assoliments, els reptes i les lliçons apreses, i permet ajustar el pla i millorar-ne l'efectivitat en fases futures.

6. Promoció de la participació activa i el compromís comunitari. La participació de la comunitat és essencial per a l'èxit del pla d'acció. La comunitat no sols ha d'estar informada, sinó que també ha de veure's incentivada a participar activament en les intervencions.

- Tallers de formació i capacitació: S'organitzen tallers que capaciten els membres de la comunitat en temes de salut, lideratge i organització comunitària, i els permeten adquirir habilitats i coneixements que faciliten la seua participació en el pla.

- Foment del voluntariat comunitari: Es promou el voluntariat animant els habitants a involucrar-se en activitats específiques, com campanyes de sensibilització, jornades de salut o el monitoratge de resultats.
- Establiment de canals de retroalimentació: Es creen espais on la comunitat pugui expressar les seues opinions, suggeriments i preocupacions sobre l'avenç del pla, de manera que permeti a l'equip de treball ajustar les activitats segons les necessitats locals.

7. Sostenibilitat i continuïtat del pla d'acció

Per a garantir que l'impacte positiu de les intervencions perdure, és fonamental considerar la sostenibilitat del pla d'acció i la creació de capacitats locals.

- Desenvolupament de capacitats locals: Es capaciten membres de la comunitat en la gestió de salut i en habilitats tècniques, de manera que puguin continuar amb les activitats de promoció de la salut una vegada que el pla conclou.
- Creació d'aliances amb institucions: S'estableixen aliances amb organismes locals, ONG i autoritats de salut per a assegurar el suport continu i els recursos necessaris a llarg termini.
- Planificació de la continuïtat de les activitats: Les intervencions exitoses poden integrar-se en programes de salut comunitària a llarg termini, adaptant-se a les necessitats futures i enfortir així l'estructura de salut de la comunitat.

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA



Facultat d'Infermeria i Podologia

Capítol 9: La participació comunitària

Introducció

La salut comunitària aborda el benestar de la comunitat com un tot, considerant que la salut col·lectiva va més enllà de la suma de la salut individual dels membres que la componen. Aquesta perspectiva reconeix que les comunitats poden ser tant generadores de salut com de malalties[4, 68]. Per tant, és essencial fomentar un entorn on la salut es convertisca en una responsabilitat compartida, impulsant la participació activa de tots els integrants de la comunitat. Aquest enfocament ressalta que la comunitat mateixa pot actuar tant com a promotora de salut com de factors de risc per a la malaltia. La "salut comunitària" en el context actual fa referència a l'acció integrada que cerca millorar la salut i el benestar de les comunitats, considerant els determinants socials que impacten en la seua salut⁴³. Aquesta noció es basa en un treball col·laboratiu entre sectors (sanitari, social i educatiu, entre altres), i s'orienta cap al desenvolupament d'estratègies intersectorials que enfortisquen el control i la participació comunitària. A partir de la revisió i actualització d'aquesta definició, la salut comunitària se centra en accions d'empoderament comunitari, intervenció sobre determinants de salut i promoció de l'equitat, emfatitzant la cooperació intersectorial per a obtenir millors resultats en la salut i el benestar de la comunitat⁴⁴. L'informe SESPAS 2018[69] identifica influències teòriques diverses que han modelat la pràctica i conceptualització de la salut comunitària. Alguns dels models clau inclouen:

- Model APOC (Atenció Orientada a la Comunitat): Un model que integra la salut comunitària a través de l'atenció primària, amb èmfasi en el context local i els determinants de salut.
- Models d'educació per a la salut: Centrats en la formació d'hàbits saludables i prevenció.
- Models de desenvolupament social comunitari (com el de Marchioni): Consideren la participació comunitària un motor de canvi.
- Desenvolupament comunitari basat en actius: Aquest model es basa en l'aprofitament de recursos locals per a la resolució de problemes i millora del benestar.
- Medicina social llatinoamericana: Promou un enfocament integral que aborda les necessitats de salut en el context de factors socials, econòmics i polítics, i promou l'equitat.

En actualitzar l'enfocament de salut comunitària, es considera essencial incloure-hi:

1. Participació comunitària activa: Involucrar la comunitat de manera significativa és crucial. Les intervencions han d'adaptar-se a les necessitats específiques de cada grup i permetre el control i la coresponsabilitat de la comunitat en el procés de salut propi.

⁴³ https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/gpc_579_guia_adapta_participacion_comunitaria.pdf

⁴⁴ https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionprevencion/entornosaludables/local/estrategia/herramientas/docs/guia_participar_ganar_salud.pdf

2. Equitat: Les accions han de dirigir-se especialment cap als sectors més vulnerables per a reduir les desigualtats. La salut comunitària requereix una perspectiva d'equitat, assegurant que els recursos i les oportunitats per a millorar la salut siguin accessibles per a tots els membres de la comunitat.
3. Avaluació contínua i metodologies flexibles: L'avaluació dels processos i resultats de les accions en salut comunitària ha de ser una pràctica constant i participativa, i ha d'involucrar mètodes qualitius i mixtos que puguin capturar l'efectivitat i els possibles efectes adversos de les intervencions.

La participació comunitària és fonamental en aquest àmbit, no sols com un mitjà, sinó com un recurs essencial per a afrontar problemes de salut i promoure el desenvolupament. Des dels inicis, diversos corrents han influït en la conceptualització de la salut comunitària. A partir de la dècada de 1920 als Estats Units, el treball social centrat en l'organització de la comunitat va promoure un enfocament sistemàtic a la participació ciutadana. Posteriorment, en la meitat del segle XX, van sorgir propostes de desenvolupament social dirigides als països en vies de desenvolupament que emfatitzaven l'acció comunitària i la implicació activa de la població com a estratègies clau per al desenvolupament. Això va donar lloc a un moviment internacional consolidat conegut com a "desenvolupament de la comunitat".

Aquest procés social implica que comunitats o grups específics, que comparteixen necessitats o problemes comuns, treballen activament per a identificar-los, prendre decisions i establir mecanismes que els permeten abordar-los. Així, es generen oportunitats accessibles per a tots els membres, i per tant es contribueix de manera equitativa al desenvolupament i es comparteixen els beneficis resultants, tal com estableixen les Nacions Unides des de 1981. L'evolució de la participació comunitària en salut ha sigut impulsada per diverses declaracions internacionals que ressalten el dret i la responsabilitat de la comunitat en la gestió de la seua salut. L'Organització Mundial de la Salut ha donat suport a la participació comunitària en salut al llarg dels anys: destaquen fites com la Declaració d'Alma-Ata (1978), que va establir la salut com un dret humà fonamental, i altres documents [70] que han fomentat la participació ciutadana com un pilar en la promoció de la salut:

- Declaració d'Alma-Ata (1978): Estableix el dret i el deure de la ciutadania a participar activament en la planificació i aplicació dels serveis de salut.
- Conferència d'Ottawa (1986): Ressalta la importància de la participació per a definir prioritats, planificar estratègies i enfortir l'acció comunitària mitjançant l'empoderament.
- Declaració d'Adelaide (1988): Subratlla que les polítiques públiques saludables són essencials per al desenvolupament socioeconòmic.
- Declaració de Sundsvall (1991): Emfatitza la creació d'entorns favorables i la necessitat d'afrontar desigualtats que afecten la salut.
- Declaració de Jakarta (1997): Promou la cooperació intersectorial i l'empoderament de diversos sectors per a una promoció de salut més efectiva.
- 9a Conferència Mundial de Promoció de la Salut, Shanghai (2016): Ressalta el paper de les ciutats i els dirigents locals en la promoció de la salut, especialment a través de la iniciativa de "Ciutats Saludables".

En el context espanyol, la legislació, com la Constitució de 1978 i la Llei General de Sanitat de 1986, reconeix i regula el dret a la participació ciutadana en la gestió sanitària. No obstant això, persisteixen reptes en la implementació efectiva d'aquests mecanismes, incloent-hi l'escassa tradició participativa

de la població i actituds desfavorables per part d'alguns professionals de salut. Així, per a facilitar la participació comunitària s'han establert diversos mecanismes:

- Consells de salut: Espais de consulta i participació a diversos nivells.
- Grups d'autoajuda: Iniciatives que fomenten el suport mutu entre ciutadans.
- Agents de salut comunitaris: Persones capacitades que actuen com a intermediaris en la promoció de la salut.
- Organitzacions voluntàries: Entitats que treballen en la promoció de la salut a nivell comunitari.

Malgrat els avenços i l'existència de marcs legals que promouen la participació, l'efectivitat d'aquestes iniciatives es veu limitada per la falta de voluntat política, escassa tradició participativa en la població i actituds desfavorables entre professionals de salut. Per això, és essencial continuar treballant per a crear un entorn en què la participació comunitària no sols siga possible, sinó que es convertisca en un pilar fonamental per al desenvolupament de la salut col·lectiva.

Participació comunitària

La participació comunitària s'entén com un procés social en el qual els membres d'una comunitat o de grups amb necessitats comunes identifiquen activament els seus problemes, prenen decisions i creen mecanismes d'acció conjunta[71]. Aquest procés facilita la generació d'oportunitats accessibles per a tots els integrants, la qual cosa permet influir en el desenvolupament local i compartir els beneficis equitativament. En aquest context, la participació s'utilitza com:

- Mitjà, per a millorar la salut de la comunitat.
- Fi, per a formar comunitats autogestores en salut.

Així, la participació es converteix en un eix per al desenvolupament i la millora de les condicions de vida en la comunitat. Abans d'implementar la estratègia d'Atenció Primària en Salut, és important considerar uns certs aspectes:

1. Eficiència del sistema sanitari: S'ha observat una baixa eficàcia del sistema, que tradicionalment s'ha enfocat en el diagnòstic i tractament de malalties, sense considerar els determinants socials i econòmics de la salut.
2. Factors crítics per a la salut: Per a aconseguir i mantenir un estat òptim de salut, és vital reconèixer el paper de factors socials i econòmics, així com la importància de la participació de professionals no sanitaris i de la ciutadania en general.
3. Promoció de la salut: Les mesures preventives i de promoció són essencials per a modificar hàbits i estils de vida, i demostren ser més eficaces que enfocaments centrats únicament en el tractament.

Així, pel que fa als aspectes innovadors de l'APS, s'ha de tenir en compte l'acceptabilitat social, és a dir, les pràctiques sanitàries han de ser acceptades socialment, han de fomentar la participació de la població per a aconseguir una major autoresponsabilitat en la millora de la salut; I, d'altra banda, l'autogestió comunitària, cercant que les comunitats aconseguisquen un grau d'autogestió en temes de salut i promoure'n l'autonomia [71-73].

La participació comunitària cerca:

- Responsabilitat i mobilització de recursos, facilitant l'adopció d'estils de vida saludables i una major eficàcia en la prevenció.
- Enfortiment del protagonisme ciutadà en la cura i control social dels serveis de salut.
- Descentralització del poder, promovent més inclusió de la comunitat en les decisions sobre salut.

La participació comunitària ha de servir per a:

- Fomentar el diàleg entre administració, professionals de la salut i població.
- Informar sobre la situació de salut i definir polítiques i objectius.
- Avaluar l'eficàcia dels programes de salut.

Els mecanismes de participació poden estructurar-se en diferents nivells:

1. Informació: Mitjançant la difusió activa o sota demanda de la ciutadania.
2. Consulta: A través d'òrgans consultius i consells de participació ciutadana.
3. Participació activa: La comunitat s'implica en la formulació de polítiques i la presa de decisions, fomentada tant per organismes governamentals com no governamentals.

Participació comunitària en salut

La participació comunitària s'entén com un procés en el qual els membres d'una comunitat s'involucren activament en la presa de decisions i en la realització d'accions per a millorar el seu entorn i resoldre problemes comuns. En l'article "Revisió històrica sobre la participació comunitària i les seues diferents connotacions"[74] es presenten diverses definicions i enfocaments de la participació comunitària, que reflecteixen com ha evolucionat el concepte i les interpretacions de diferents autors. Ací destaquem alguns conceptes clau de l'article:

1. Molina (2000) defineix la participació comunitària com un procés integral en què els membres de la comunitat intervien des de la identificació de problemes fins a la gestió, execució, monitoratge i avaluació dels projectes que cerquen millorar la comunitat. S'enfoca en una metodologia que involucra la comunitat en cada fase del desenvolupament de solucions.
2. Ziccardi (2001) estableix tres categories: participació social (col·lectius que persegueixen objectius comuns), participació ciutadana (interaccions entre ciutadans i l'Estat per a defensar interessos socials) i participació comunitària (principalment en activitats assistencialistes sense necessitat d'una relació amb l'Estat).
3. Galeana i Sainz (2001) proposen el terme "participació social comunitària", que destaca el protagonisme de la comunitat en la solució de problemes comuns. Consideren que els ciutadans són responsables dels seus drets i de l'èxit del procés participatiu mitjançant la seua involucració directa i voluntària.
4. Bang (2012) suggereix una "redimensió ètica" de la participació comunitària. Argumenta que aquest concepte ha de ser un instrument concret de transformació social i no sols retòrica democràtica. Bang emfatitza que la participació ha d'anar acompanyada d'un compromís polític per a ser veritablement efectiva.
5. Nino (2012) ofereix una classificació similar a la de Ziccardi: defineix la participació comunitària com un procés que inclou tant la mobilització com l'adaptació tecnològica per a complir amb objectius del sector, encara que recalca la necessitat de justícia i equitat en aquests processos.

6. El Troudi *et al.* (2005): Aquests autors veuen la participació comunitària com una dinàmica social i política mitjançant la qual els ciutadans s'involucren conscientment en processos que afecten les seues vides i el seu entorn, i subratllen que la participació és un dret que ha de ser exercit en diferents àmbits.

La participació comunitària s'estén a l'àmbit de la salut i s'associa amb la història del desenvolupament urbà. No s'ha de confondre amb la simple assistència o el consens; la participació efectiva requereix una presa de consciència sobre la necessitat d'involucrar-se. Aquesta presa de consciència és essencial per a transformar problemes en necessitats que han de ser abordades. La participació en salut comunitària requereix que la població prenga consciència de la importància que té, i es concep com un procés dinàmic, construït en el temps i influït per la col·laboració entre Administració, tècnics i comunitat. Així, s'ha de tenir en compte que la participació comunitària consta d'una sèrie de dimensions:

1. Activa: La població ha de participar en totes les fases del procés, des del diagnòstic fins a l'avaluació, per a assegurar que la seua veu s'escolte i la seua influència es reflectisca en les decisions.
2. Conscient: Implica un coneixement profund dels problemes comunitaris, i transformar-ne la percepció en necessitats urgents.
3. Responsable: La població assumeix un compromís amb la seua salut, prenent decisions que reflecteixen tant els seus drets com les seues responsabilitats.
4. Deliberada i lliure: Les intervencions han de ser voluntàries i organitzades, i han de permetre que els ciutadans mantinguin l'autonomia.
5. Organitzada: La participació requereix estructures organitzatives que no depenguen exclusivament de serveis sanitaris i que promoguen objectius comuns.
6. Sostinguda: No es tracta de respostes puntuals a crisis temporals, sinó d'un procés continu que es manté en el temps.

Incrementar la distribució del poder en la presa de decisions és una necessitat política i tècnica, especialment davant la necessitat de canvis conductuals en resposta a factors de risc i estils de vida. La participació ha de facilitar:

- Intercanvi de perspectives: Promoure un diàleg constant entre l'Administració, professionals de salut i la comunitat.
- Informació local: Proporcionar dades sobre la salut comunitària per a informar decisions.
- Influència en polítiques sanitàries: Permetre que la població impacte en la formulació de polítiques i en la definició d'objectius de salut.
- Avaluació de programes: Contribuir a la revisió de l'efectivitat de programes de salut i que la ciutadania hi participe.

No obstant això, hi ha factors que faciliten la participació comunitària, com el suport institucional, el compromís dels professionals d'atenció primària i la motivació comunitària i dels professionals. Per altra banda, n'hi ha d'altres que els dificulten, com polítiques sanitàries poc adaptades, falta de suport tècnic i la sobrecàrrega assistencial. Per a iniciar la participació comunitària des d'un centre de salut, és fonamental un treball inicial de constitució de l'equip de salut, seguit d'una immersió i treball directe en la comunitat.

Així, la participació pot classificar-se en diferents nivells:

- Nul·la: No hi ha involucració.
- Baixa: Participació individual, sense major implicació col·lectiva.
- Restringida: Informació passiva, sense intervenció activa.
- Moderada: Involucració limitada.
- Significativa: Participació activa amb un impacte notable.
- Àmplia: Presa de decisions compartida en què la comunitat té un rol decisiu.

Per tant, podem indicar que la participació comunitària és un concepte multidimensional:

1. Política: Implica la inclusió de ciutadans en la presa de decisions en salut i el reconeixement del seu dret democràtic.
2. Agent actiu de la salut pròpia: Transformació del rol passiu del pacient a un d'actiu en l'autocura.
3. Agent de salut cap a la comunitat: Involucra la ciutadania en iniciatives per a canviar contextos i ambients fomentant la participació en organitzacions comunitàries.
4. Millora de relacions: Enforteix la relació entre metges i pacients promovent una col·laboració més efectiva en programes de salut.

Alguns programes exemplars inclouen:

- Programa Salut als Barris, Barcelona⁴⁵: Un enfocament territorial en barris d'alta vulnerabilitat.
- Programa Madrid, ciutat de les cures⁴⁶: Promou la salut en la comunitat.
- Navarra⁴⁷: Amb plans de participació comunitària.

Facultat d'Infermeria i Podologia

Capítol 10: La comunitat i el suport social

El suport social és un tema fonamental en infermeria, especialment en l'àmbit comunitari, de salut mental i cronicitat, ja que influeix directament en la salut i el benestar de les persones i famílies. Constitueix una eina terapèutica i factor protector.

Conceptualització del suport social

El suport social s'entén com un procés interactiu en el qual les persones obtenen ajuda emocional, instrumental i afectiva de la seua xarxa social, la qual cosa té un efecte protector sobre la salut i amortidor de l'estrès associat a diverses situacions de vida, incloent-hi malalties[75]. Entre les definicions i teories utilitzades trobem:

- Cobb (1976)[76]: Considera el suport social com un "amortidor" en els processos vitals estressants que contribueix a la resiliència.

⁴⁵Barcelona, Salut als Barris. Disponible en: <https://www.aspb.cat/documents/barcelona-salut-barris/>

⁴⁶Madrid, ciutat de les cures. Disponible en: https://madridsalud.es/que_es_mcc/

⁴⁷https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/esp_guiaparticipacioncomunitaria.pdf

Manual de l'assignatura

- Caplan i Killilea (1976)[77]: El descriuen com els vincles entre individus o grups que faciliten l'adaptació enfront de situacions d'estrès, desafiament o privació.
- Cobb (1985): Defineix el suport social com la informació que l'individu percep sobre ser estimat, valorat i pertanyent a una xarxa de comunicació de mútua obligació.
- House (1985)[78]: Detalla quatre tipus de suport social: emocional, afirmació i retroalimentació, informatiu i instrumental.
- Nan Lin (1986)[79]: Ressalta les provisions expressives o instrumentals percebudes o rebudes a través de la comunitat, relacions socials i vincles íntims de confiança.

Així, el suport social és un procés mitjançant el qual s'obté ajuda a través de la xarxa social, que actua com un "amortidor" davant l'estrès i contribueix a una millor adaptació.

Xarxa i suport social

Per *xarxa social* ens referim al conjunt de relacions interpersonals que envolten un individu, conformada per persones pròximes, com familiars, amics, companys de feina i altres contactes. Aquestes xarxes poden ser una font important de suport emocional, material i psicològic, i la seua estructura i qualitat poden influir en el benestar de la persona[73, 75, 80-82].

El suport social és el procés mitjançant el qual una persona rep ajuda i suport de part de les seues xarxes socials. Aquest concepte inclou el suport emocional, l'assistència pràctica i els recursos informatius, que li permeten a un individu afrontar situacions difícils, millorar la seua qualitat de vida i mantenir la salut mental i física. Segons Speck, el suport social és proporcionat per un "grup de persones, incloent-hi família, amics i altres, que brinden ajuda i suport sostingut a un individu o família".

Dins del suport social és important distingir entre dos conceptes: ajuda rebuda i ajuda percebuda. L'ajuda rebuda es refereix a l'assistència o suport tangible i observable que una persona obté de la seua xarxa social en un moment determinat, com ajuda financera, consell o acompanyament en una situació difícil. D'altra banda, l'ajuda percebuda és la percepció que té l'individu sobre la disponibilitat i disposició de la seua xarxa per a oferir-li ajuda en cas de necessitar-la, encara que no sempre siga sol·licitada o usada.

Els dos tipus d'ajuda tenen un paper fonamental en la salut i el benestar de les persones, encara que de maneres lleugerament distintes. L'ajuda rebuda pot tenir un efecte immediat i concret en la reducció de l'estrès o en la resolució de problemes específics, i contribuir a l'estabilitat emocional i al benestar físic en moments crítics. No obstant això, quan l'ajuda rebuda no s'ajusta a les necessitats de l'individu o és percebuda com a intrusiva, pot tenir un impacte negatiu, augmentar l'estrès i afectar l'autonomia.

D'altra banda, l'ajuda percebuda té una influència profunda en el benestar emocional, ja que la seguretat de saber que existeix suport disponible en moments difícils s'associa amb una major sensació de control, autoestima i benestar general. Hi ha estudis que han demostrat que l'ajuda percebuda pot tenir un efecte protector sobre la salut mental i física, fins i tot si no s'arriba a fer-ne ús de manera tangible, perquè es relaciona amb una reducció de l'estrès i una major capacitat per a manejar problemes futurs.

Dimensions del suport social

El suport social és un constructe ampli que abasta diferents tipus d'ajuda i recursos proporcionats per la xarxa social d'una persona, que inclou família, amics, companys de feina i altres contactes pròxims. Podem trobar estudis que classifiquen en:

- Suport estructural o quantitatiu: Avalua la xarxa social en termes de:
 - Grandària: Nombre de persones amb les quals es manté contacte.
 - Densitat: Grau de connexió entre els membres de la xarxa.
 - Dispersió geogràfica: Proximitat dels membres de la xarxa.
- Suport funcional o qualitatiu: Descriu característiques específiques de les interaccions:
 - Reciprocitat: Equilibri en l'intercanvi de suport.
 - Multiplicitat: Relacions que compleixen múltiples funcions.
 - Homogeneïtat: Semblança demogràfica o social entre els membres.

D'altra banda, el suport social es pot desglossar en diverses dimensions que especifiquen la naturalesa del suport ofert[83, 84]:

1. Suport emocional: Inclou mostres d'afecte, comprensió i empatia, que ajuden a reduir l'estrès i promouen l'estabilitat emocional. És el tipus de suport que permet sentir-se valorat i volgut, la qual cosa pot ser essencial en moments de crisi.
2. Suport instrumental: Consisteix en l'ajuda pràctica o tangible que es brinda, com assistència econòmica, cura personal o ajuda en tasques específiques. Aquest tipus de suport contribueix directament a resoldre problemes concrets que la persona pot estar afrontant.
3. Suport informatiu: Involucra la provisió d'informació, consells o suggeriments que poden ajudar l'individu a comprendre millor la seua situació i prendre decisions adequades. Aquest suport és clau en la presa de decisions i en la solució de problemes.
4. Suport d'avaluació: Implica la retroalimentació o validació social, que ajuda la persona a comparar-se amb els altres i validar els seus sentiments i comportaments. Aquesta dimensió és important per al desenvolupament d'una identitat sòlida i per a millorar l'autoestima.

Avaluació del suport social

L'avaluació del suport social implica analitzar tant la quantitat com la qualitat del suport disponible i rebut per l'individu. Els instruments d'avaluació solen considerar l'amplitud de la xarxa social, la freqüència del contacte i la satisfacció percebuda amb el suport. Aquestes eines permeten obtenir una visió tant objectiva com subjectiva del suport social:

- Mesures objectives: Se centren en la freqüència i quantitat de l'ajuda rebuda, com ara el nombre de persones en la xarxa de suport o la freqüència amb la qual l'individu rep ajuda instrumental.
- Mesures subjectives: Avaluen la percepció de l'individu sobre el suport disponible, és a dir, l'ajuda percebuda. Aquestes mesures capturen aspectes com la satisfacció amb el suport i la confiança que la xarxa estarà disponible en moments de necessitat.

La relació entre suport social i salut ha sigut àmpliament estudiada, i s'han desenvolupat dues teories principals per a explicar els efectes del suport social en el benestar físic i mental: la teoria de l'efecte principal i la de l'efecte protector.

Manual de l'assignatura

1. Teoria de l'efecte principal: Aquesta teoria suggereix que el suport social té un efecte positiu directe en la salut, independentment de si la persona passa per una situació d'estrès o no. Segons aquesta perspectiva, el suport social contribueix de manera constant a la salut i al benestar general, promovent una millor autoestima, més satisfacció amb la vida i conductes saludables. La presència d'un suport social estable i de confiança està relacionada amb millors indicadors de salut física, com menys risc de malalties cardíaques i més longevitat.
2. Teoria de l'efecte protector (o efecte amortidor): D'acord amb aquesta teoria, el suport social actua com un amortidor de l'estrès, i el seu efecte en la salut és més fort quan la persona afronta situacions estressants o adverses. En moments de crisi, el suport social ajuda a reduir la percepció d'amenaça i proporciona recursos emocionals i pràctics per a afrontar els desafiaments. Aquesta teoria explica que les persones que perceben un alt nivell de suport social tendeixen a experimentar menors efectes negatius de l'estrès en la salut mental i física, ja que el suport ajuda a mitigar les reaccions fisiològiques i emocionals associades a l'estrès.

Àmbits del suport social

Nan Lin (1986) estableix que el suport social s'estructura en diferents àmbits, cadascun dels quals proporciona un tipus específic d'ajuda o sentiment de suport a l'individu:

- La comunitat: Sentiment de pertinença. La comunitat representa el nivell més ampli del suport social, i ofereix a l'individu un sentit de pertinença a una estructura social més gran i organitzada. A través de la pertinença a la comunitat, les persones troben un lloc en el qual es reconeixen com a part d'alguna cosa més gran, de manera que obtenen seguretat i suport social. Aquest sentit de pertinença fomenta la identitat col·lectiva i reforça la connexió amb l'entorn social.
- Xarxes socials: Sentiment de vinculació. Les xarxes socials inclouen els vincles interpersonals que les persones creen en el seu entorn immediat, com amics, companys de feina i coneguts. Aquest nivell de suport social genera un sentiment de vinculació, en el qual l'individu sent que forma part d'un conjunt de relacions interconnectades. Aquestes xarxes socials ofereixen suport emocional i contribueixen que la persona senti que compta amb els altres per a compartir experiències, desafiaments i èxits.
- Relacions íntimes de confiança: Sentiment de compromís. Les relacions íntimes, com les que s'estableixen amb la parella, familiars pròxims o amics íntims, representen un nivell de suport social més profund i personal. Aquestes relacions de confiança generen un sentiment de compromís i lleialtat mútua. En aquest àmbit, l'individu no sols sent el suport i l'ajuda, sinó que també es compromet a oferir-ne, la qual cosa crea vincles forts i duradors que contribueixen al benestar emocional i la seguretat personal.

Benjamin Gottlieb (1981) proposa tres nivells d'anàlisi en el context del suport social, i en cada nivell destaca diferents aspectes de les relacions i recursos socials[85, 86]:

- Nivell micro: Relacions íntimes. Aquest nivell abasta les relacions més pròximes i personals, com les familiars o d'amistat profunda. En aquest àmbit, el suport es caracteritza per la intensitat emocional i la confiança, i proporciona una sensació de seguretat i suport

incondicional. Les relacions íntimes són essencials per a satisfer les necessitats emocionals i donar resposta a les crisis individuals.

- **Nivell meso: Xarxes socials.** El nivell meso s'enfoca en les xarxes socials més àmplies que un individu manté, incloent-hi amics, companys de feina, veïns i contactes en organitzacions. Aquest nivell permet una major interacció i diversitat de relacions, en què el suport pot ser menys íntim, però igualment rellevant. A través d'aquestes xarxes, les persones obtenen suport pràctic, informació i oportunitats de socialització.
- **Nivell macro: Integració i participació social.** En el nivell macro, el suport social s'analitza des de la perspectiva de la integració i participació en la comunitat i en institucions socials. Aquest nivell implica la participació activa en associacions, organitzacions voluntàries i esdeveniments comunitaris, en què l'individu se sent part d'un grup més ampli. Aquest tipus de suport proporciona un sentit de pertinença i identitat social, que afavoreix l'estabilitat emocional i la cohesió en l'entorn social.

En el seu model ampliat, Gottlieb i Cohen (2000) identifiquen tres nivells d'anàlisi dels recursos proporcionats per les xarxes socials[87] i destaquen diferents aspectes del suport social:

- **Integració i participació social.** Des d'aquesta perspectiva, el suport social s'entén com el resultat de la integració d'una persona en la seua comunitat, així com de la seua participació en activitats col·lectives i institucions. Involucrar-se en associacions, grups voluntaris i la vida social informal reforça el sentit de pertinença i d'integració en l'estructura social. Això connecta l'individu no sols amb altres persones, sinó també amb les normes, valors i recursos de la seua comunitat.
- **Vincles socials i interaccions.** En aquest nivell, el suport social es defineix com el producte de les interaccions dins de les xarxes socials d'un individu. Aquest enfocament analitza la qualitat i quantitat dels vincles socials i les interaccions formals i informals que ajuden a satisfer les necessitats personals. A través d'aquests vincles, la persona rep suport emocional, informació rellevant i ajuda pràctica, la qual cosa li permet afrontar reptes i construir resiliència.
- **Accés a recursos de les relacions socials.** Aquest nivell se centra en l'accés que té l'individu als recursos disponibles en les seues relacions. Des d'aquesta perspectiva funcional de les relacions socials, s'avalua la disponibilitat de persones disposades a oferir ajuda, resoldre problemes o proporcionar suport emocional. Aquest nivell inclou indicadors com l'expressió de sentiments, l'intercanvi d'emocions i afectes i la percepció de l'individu sobre l'ajuda disponible. La percepció d'accés a aquests recursos és crucial per al benestar psicològic, ja que augmenta la seguretat personal i redueix l'impacte de l'estrès.

Tipus de suport social

Així, podem classificar el suport social en:

- **Suport emocional:** Aquest tipus de suport proporciona a l'individu un sentiment profund de ser estimat, acceptat i de pertinença. Implica intimitat emocional, la possibilitat de confiar plenament en algú, així com la certesa que existeixen persones que es preocupen i són empàtiques. Aquest suport contribueix significativament a millorar l'autoestima i la confiança en un mateix, ja que reforça la seguretat emocional i redueix l'estrès en moments difícils.
- **Suport tangible o instrumental:** Consisteix en l'ajuda directa i pràctica que es brinda a través d'accions concretes, com assistència financera, ajuda en tasques diàries o prestació de serveis. Aquest suport pot tenir dues dimensions:

Manual de l'assignatura

- Suport efectiu: Quan el suport es percep com a útil i adequat, satisfà les necessitats del receptor de manera positiva i reforça la relació de suport.
- Suport percebut com a negatiu: A vegades, el suport pot ser vist com una amenaça a l'autonomia i generar una sensació de deute o dependència, la qual cosa podria tenir un impacte negatiu en el benestar de la persona.
- Suport informatiu o d'avaluació: Aquest tipus de suport proporciona informació, consells o suggeriments útils per a la presa de decisions i resolució de problemes. Quan una persona s'enfronta a situacions complexes, aquest suport pot ser essencial per a ampliar la seua perspectiva, orientar-se millor i prendre decisions fonamentades. A més, ajuda a avaluar opcions i reforçar l'autoconeixement.
- Suport de companyia: Aquest suport està orientat a fomentar el sentit de pertinença a un grup social. Consisteix a tenir persones amb les quals compartir activitats, temps i experiències, la qual cosa redueix l'aïllament i afavoreix la cohesió social. La companyia d'altres ofereix un espai per a la socialització, millora el benestar general i permet establir relacions significatives que enforteixen la salut emocional i social.

Instruments de mesura

Existeixen diversos instruments dissenyats per a mesurar diferents dimensions del suport social i comunitari. Aquests qüestionaris permeten avaluar el grau de suport emocional, tangible, informatiu i de companyia que les persones perceben en l'entorn. Cada instrument pot enfocar-se en diferents aspectes del suport, com el nombre de relacions de suport, la qualitat percebuda d'aquest, o la satisfacció amb les xarxes de suport.

Un dels instruments més destacats en l'avaluació del suport comunitari és el Qüestionari de Suport Comunitari de Gracia i Herrero (2004)[88, 89]. Aquest qüestionari va ser desenvolupat per a mesurar el nivell de suport percebut dins de l'entorn comunitari, centrant-se en la integració de l'individu en la comunitat i en la percepció de disponibilitat de suport en aquest context.

El Qüestionari de Suport Comunitari de Gracia i Herrero està dissenyat per a capturar tant el suport rebut com el suport percebut a nivell comunitari. Avalua específicament les següents dimensions:

- Integració en la comunitat: Aquesta dimensió mesura el grau en què una persona se sent part de la seua comunitat i la freqüència amb la qual participa en activitats comunitàries. Un major sentit d'integració està associat amb una percepció més positiva de suport comunitari i un major benestar.
- Suport percebut: Se centra en la percepció que hi ha persones en la comunitat disposades a ajudar en cas de necessitat. Aquesta dimensió permet entendre com de disponible sent l'individu el suport dels seus veïns, organitzacions locals o xarxes informals.
- Confiança en la comunitat: Aquesta dimensió mesura el nivell de confiança que una persona té en la comunitat, incloent-hi la seguretat que les seues necessitats seran ateses i la creença en la reciprocitat dins de les xarxes comunitàries.

El qüestionari inclou una sèrie d'ítems que són respostos pel participant en una escala tipus Likert, on avaluen en quina mesura senten el suport de la seua comunitat. La puntuació obtinguda permet

avaluar la percepció global del suport comunitari i les diferències en la percepció del suport entre diferents persones o grups.

Aquest instrument és útil per a diversos tipus d'estudis en psicologia comunitària i social, així com per a intervencions que cerquen millorar la cohesió i el benestar en comunitats. La seua aplicació permet als investigadors i professionals identificar àrees en què és necessari reforçar el suport comunitari i establir estratègies que afavorisquen una millor integració i participació social.

El Qüestionari de Suport Comunitari de Gracia i Herrero ha sigut àmpliament utilitzat en investigacions sobre el benestar i la resiliència en diferents grups poblacionals. Els resultats obtinguts amb aquest instrument són valuosos per a desenvolupar polítiques d'intervenció social i programes que promoguen el desenvolupament comunitari, la cohesió social i la resiliència col·lectiva. En comprendre millor el paper del suport comunitari en la vida de les persones, els investigadors poden dissenyar intervencions específiques per a enfortir els vincles dins de la comunitat i millorar la qualitat de vida dels seus membres.

Estratègies d'intervenció en suport social

Les estratègies d'intervenció en suport social utilitzen diferents tipus de grups d'acord amb les necessitats i característiques de les persones a les quals van dirigides. Aquestes intervencions permeten enfortir les xarxes socials, brindar contenció emocional i promoure el benestar. Aquestes intervencions poden ser individuals, grupals (grups de suport o autoajuda que proporcionen xarxes de suport) i/o comunitàries (fomenten la reestructuració de xarxes socials per a optimitzar l'atenció domiciliària i el benestar general.)

Així, podem distingir:

1. Intervencions en xarxa de suport social. Aquestes intervencions cerquen ampliar i enfortir les xarxes de suport per a les persones que necessiten augmentar la interacció social o millorar els vincles interpersonals. Aquest tipus d'intervenció pot implicar tallers d'habilitats socials i activitats grupals per a desenvolupar la comunicació i el sentit de pertinença. Un exemple serien els grups de resocialització: aquest tipus de grup ajuda les persones a adaptar-se a nous estils de vida després d'experiències significatives, com l'abandó d'addiccions, el retorn a la vida social després d'una hospitalització o l'adaptació a una nova situació familiar. A través d'aquests grups, els participants se senten acompanyats en el seu procés de canvi i troben suport per a integrar-se socialment.

2. Intervencions en suport emocional. Les intervencions de suport emocional estan dissenyades per a oferir contenció i suport emocional en situacions de crisi o estrès. Aquestes intervencions faciliten que les persones expressen les seues emocions en un espai segur, i permet que se senten escoltades i compreses. Així, per exemple, destaquen els grups d'acolliment o els grups de suport.

Els grups d'acolliment brinden contenció emocional en moments crítics, com en rebre un diagnòstic greu o enfrontar-se a una intervenció quirúrgica. Estan orientats a persones que necessiten suport immediat per a afrontar situacions difícils. Els grups d'acolliment ofereixen un espai de confiança en què els participants poden expressar les seues pors i preocupacions, fet que en redueix l'ansietat i n'augmenta la seua resiliència.

El grup de suport està destinat a facilitar el maneig de situacions de canvi o conflicte, com la pèrdua d'un ser estimat, el divorci o canvis laborals. Els grups de suport ajuden els participants a processar les emocions i a trobar recursos personals i socials per a adaptar-se als nous reptes.

3. Intervencions en suport informatiu o d'avaluació. Les intervencions de suport informatiu se centren a proporcionar orientació, consells i coneixements perquè els individus puguin afrontar problemes específics o prendre decisions informades. Aquestes intervencions també contribueixen que els participants avaluen les opcions que tenen i enfortisquen l'autoconfiança. Ací podem parlar dels grups psicoeducatius: aquests grups estan enfocats a oferir informació i formació sobre temes específics, com hàbits saludables, prevenció de malalties i maneig de patologies cròniques. A través d'aquests grups, els participants adquireixen eines per a cuidar la seua salut i millorar la qualitat de vida. Els grups psicoeducatius són especialment valuosos per a persones amb condicions cròniques, ja que els proporcionen informació pràctica per a gestionar la salut de manera autònoma.

4. Intervencions en suport tangible o instrumental. El suport tangible o instrumental implica proporcionar ajuda pràctica i concreta, com assistència en tasques quotidianes, suport econòmic o accés a serveis. Aquestes intervencions són essencials per a persones en situacions de vulnerabilitat que requereixen suport immediat per a satisfer les seues necessitats bàsiques. Encara que aquest tipus d'intervenció no es basa en un grup específic, molts programes comunitaris inclouen voluntariats que ofereixen ajuda directa a través d'activitats com el lliurament d'aliments, suport en la mobilitat o ajuda en la realització de feines de casa.

5. Intervencions en suport de companyia o participació social. El suport de companyia té com a objectiu reduir l'aïllament social i fomentar el sentit de pertinença mitjançant la participació en activitats grupals. Les intervencions en aquest àmbit cerquen que els individus compartisquen experiències i se senten integrats en un entorn social. Ací podem parlar dels grups d'ajuda mútua (GAM): en aquests grups, persones que comparteixen un problema de salut, com malalties cròniques o addiccions, es reuneixen per a donar-se suport mútuament en el procés de recuperació o millora del benestar. Els grups d'ajuda mútua promouen el sentit de comunitat i ofereixen un espai de comprensió mútua, la qual cosa és molt efectiu per a millorar la salut emocional i física dels membres.

6. Intervencions comunitàries de suport social. Aquestes intervencions s'implementen a nivell comunitari i cerquen enfortir el sentit de cohesió i solidaritat en la comunitat. A través de campanyes de sensibilització i programes de voluntariat, es fomenta una cultura de suport mutu, que contribueix al desenvolupament del capital social en l'entorn. Els grups de resocialització i els grups d'acolliment solen ser part de programes comunitaris que cerquen facilitar la integració de persones en les seues comunitats després de períodes d'exclusió o dificultat. Aquestes intervencions són essencials per a reforçar els llaços comunitaris i fomentar una xarxa de suport que beneficie tots els membres.

7. Intervencions basades en tecnologia i xarxes socials. Amb l'avenç de la tecnologia, moltes intervencions de suport social s'han traslladat a plataformes digitals, la qual cosa permet que les persones accedisquen a xarxes de suport i grups d'ajuda a través d'aplicacions i xarxes socials. Aquestes plataformes són particularment útils per a persones que, a causa de barreres físiques o geogràfiques, no poden assistir a grups presencials. Els grups psicoeducatius i els grups d'ajuda mútua han trobat en les plataformes digitals un espai per a connectar persones de diferents ubicacions i facilitar l'accés a informació i suport. Les plataformes virtuals també permeten el seguiment dels participants i l'organització d'activitats educatives a distància.

Implicacions del suport social en la promoció de la salut

El suport social exerceix un paper fonamental en la promoció de la salut, ja que enforteix el benestar físic, mental i emocional de les persones. Les accions de promoció de la salut que integren el suport social cerquen construir xarxes sòlides i accessibles, fomentant comunitats on els individus puguin trobar suport i recursos per a afrontar els desafiaments de la vida diària. A continuació s'expliquen les implicacions del suport social en la salut i l'impacte de diferents estratègies per a enfortir-lo en la comunitat.

1. Increment dels contactes socials. Fomentar l'increment dels contactes socials permet als individus ampliar les seues xarxes de suport i sentir-se menys aïllats. En establir llaços socials, les persones desenvolupen una major resiliència enfront de l'estrès i les adversitats, la qual cosa millora la seua salut mental i emocional. Això és particularment important per a persones en situacions de vulnerabilitat, com adults majors, individus en situació de dol, persones amb malalties cròniques o aquelles que afronten dificultats econòmiques.

Els programes de salut que promouen l'increment de contactes socials poden incloure:

- Activitats comunitàries i recreatives: Tallers, grups de lectura, activitats esportives i esdeveniments culturals fomenten la interacció entre els membres de la comunitat, i faciliten que les persones establisquen relacions significatives i de suport.
- Programes de voluntariat: Participar en activitats de voluntariat ajuda a crear llaços i genera un sentit de pertinença i propòsit, la qual cosa pot reduir l'aïllament i millorar el benestar psicològic.
- Espais de trobada per a grups específics: Organitzar trobades per a grups que compartisquen una situació en comú (com grups d'acolliment per a persones que afronten una crisi) facilita el desenvolupament de contactes significatius i de suport.

2. Millora de les xarxes i sistemes de suport informal. Les xarxes i sistemes de suport informal —com familiars, amics i veïns— tenen una gran influència en el benestar individual i comunitari. Enfortir aquests sistemes implica no sols augmentar la quantitat de relacions socials, sinó també millorar-ne la qualitat. En potenciar el suport informal, es promou un entorn en el qual les persones se senten ajudades i motivades a cuidar de la seua salut.

La millora d'aquestes xarxes pot implicar:

- Capacitació en habilitats socials i de comunicació: Oferir tallers que enfortisquen les habilitats de comunicació i resolució de conflictes ajuda que les persones mantinguen relacions saludables i sòlides, i a augmentar la qualitat del suport rebut.
- Grups de suport i ajuda mútua (GAM): Aquests grups, integrats per persones amb experiències o problemes similars, ofereixen un espai per a compartir, escoltar i brindar ajuda emocional. La interacció amb altres persones que afronten reptes similars promou l'empatia i el sentit de comunitat.
- Facilitació de l'accés a xarxes socials virtuals: Crear i fomentar grups en xarxes socials permet que les persones, fins i tot a distància, puguin establir xarxes de suport, compartir informació sobre temes de salut i benestar, i cercar contenció emocional en moments de necessitat.

3. Organització i reorientació de recursos per a fomentar una millor salut comunitària. L'organització i reorientació de recursos cap a la creació de xarxes de suport social ajuda a millorar la salut de tota la comunitat. Aquesta estratègia implica no sols el desenvolupament de programes i serveis

Manual de l'assignatura

comunitaris, sinó també la promoció de polítiques públiques que prioritzen el benestar social i la cohesió comunitària.

Algunes accions clau en aquesta àrea inclouen:

- Desenvolupament de polítiques de salut pública centrades en el benestar social: Crear polítiques que donen suport a la integració social, l'accés a serveis de salut mental i l'assistència a persones en situacions de vulnerabilitat és fonamental per a reduir les barreres en l'accés a un suport adequat.
- Foment de la participació ciutadana i el treball col·laboratiu: Les intervencions comunitàries que involucren els residents en el disseny i la implementació de programes de salut ajuden que les solucions siguin sostenibles i adaptades a les necessitats reals de la comunitat.
- Creació de recursos comunitaris de fàcil accés: Proveir espais, com centres comunitaris, parcs i biblioteques, en què els membres de la comunitat puguin reunir-se i socialitzar, facilita el contacte social i l'accés a activitats que promouen la salut.

El suport social no sols millora el benestar psicològic, sinó que també té efectes directes en la salut física. Diversos estudis demostren que comptar amb un bon nivell de suport social està relacionat amb una millor resposta immunitària, risc menor de malalties cardiovasculars i més longevitat. Les intervencions en suport social també enforteixen la salut mental: ajuden a reduir els nivells d'ansietat, depressió i estrès.

Des d'una perspectiva preventiva, el suport social actua com una barrera enfront de la deterioració de la salut física i emocional. Les persones que compten amb xarxes de suport sòlides tendeixen a cuidar-se millor, tenen més accés a informació útil i se senten motivades a fer canvis positius en el seu estil de vida. A més, el suport social fomenta l'adhesió a tractaments mèdics i teràpies, ja que els pacients se senten acompanyats i ajudats en el seu procés de recuperació.

LA FAMÍLIA COM A UNITAT D'ATENCIÓ DE LA INFERMERIA COMUNITÀRIA

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA 

Facultat d'Infermeria i Podologia



Facultat d'Infermeria i Podologia

Capítol 11: La família com a unitat d'atenció de la infermeria comunitària

Introducció

La família ha sigut tradicionalment considerada l'estructura fonamental de la societat, i és responsable tant de la reproducció biològica com social de l'ésser humà. Des d'un punt de vista biològic, assegura la continuïtat de l'espècie humana, mentre que des d'una perspectiva social, és la principal font d'educació, valors i comportaments. En aquest sentit, la família no sols actua com a unitat de reproducció, sinó també com a espai de cura, promoció i recuperació de la salut, funcions vitals per al benestar de l'individu i, en última instància, de la comunitat en la qual està inserit[90-92].

Dins del nucli familiar se satisfan les necessitats bàsiques relacionades amb la salut física i emocional, la qual cosa converteix la família en un agent crucial en el desenvolupament integral dels seus membres. La família proporciona les condicions necessàries per al creixement biològic, el desenvolupament psicològic i la inserció social de l'individu. A més, compleix funcions formatives en el desenvolupament de la personalitat: assegura, juntament amb altres institucions socials, com l'escola o l'Estat, la socialització de l'individu i la transmissió generacional de valors culturals, morals, ètics i espirituals[68, 93].

Al llarg de la història, diferents investigacions dutes a terme per historiadors, sociòlegs i antropòlegs han subratllat la importància de la família en les societats occidentals. Durant molt de temps es va considerar que el procés de canvi familiar seguia una línia unidireccional: de la família extensa tradicional a la família nuclear moderna, i es vinculava aquest procés amb la industrialització i la urbanització. Segons aquesta visió dominant, l'avenç cap a les societats industrials modernes va comportar una progressiva pèrdua de les funcions que abans complien les xarxes de parentiu tradicionals. En la família extensa, els rols i responsabilitats es distribuïen entre tots els membres, que s'encarregaven d'activitats com la producció, l'educació, l'assistència mútua i la transmissió de l'estatus social. No obstant això, la creixent complexitat i especialització de les societats industrials va obligar les famílies a adoptar noves estratègies d'adaptació, i a delegar moltes de les funcions a altres institucions, com la fàbrica, l'escola o el sistema sanitari, que van assumir la producció, l'educació i la salut[64].

- Definició del concepte de família en el context de la salut.

El concepte de "família nuclear", proposat per l'antropòleg George Murdock en 1949, descriu una estructura familiar composta per un home, una dona i els fills que conviuen junts. Murdock va sostenir que aquest tipus de família no sols era universal, sinó també la més eficient per a assegurar la subsistència i el benestar de la societat en conjunt. Segons ell, la família nuclear complia quatre funcions vitals: regulava la sexualitat i les relacions sexuals, reduint les pertorbacions ocasionades per la competència sexual; garantia la reproducció, assegurant la protecció de la dona durant l'embaràs i la lactància; socialitzava els fills, facilitant la transmissió de valors i habilitats complementàries entre els pares; i, finalment, garantia la supervivència econòmica mitjançant la divisió sexual del treball, en la qual l'home s'ocupava de les activitats remunerades fora de casa, i la dona, de les tasques domèstiques.

No obstant això, aquesta concepció de la família nuclear era reflex del context històric i social de l'època en què va ser formulada. A mitjan segle XX, aquest model de família, basat en la divisió

estricta de rols entre homes i dones, s'havia consolidat com el model ideal en gran part de les societats occidentals, especialment als Estats Units. L'home, considerat "cap de família" o "sustentador principal", exercia el rol de proveïdor econòmic, mentre que la dona, relegada al rol d'"esposa, mare i mestressa de casa", s'ocupava de les tasques no remunerades de casa. Aquest model familiar, sustentat per la lògica del fordisme i el keynesianisme, resultava funcional per als mecanismes d'integració i estabilitat social de les classes mitjanes de les societats més industrialitzades[94].

No obstant això, en les últimes dècades, aquesta interpretació convencional ha sigut qüestionada per diversos corrents de pensament, especialment els estudis de gènere, que han assenyalat que aquest model era una versió patriarcal de les relacions econòmiques, polítiques i culturals entre els sexes. La sociòloga Heidi Hartmann argumenta que la divisió sexual del treball es va consolidar a través de l'aliança entre dues estructures socials interrelacionades: el capitalisme i el patriarcat. Aquesta aliança, que reforçava la subordinació de les dones, va comportar que es retiraren del mercat laboral, limitaren la seua participació en la producció i quedaren confinades a l'esfera de la reproducció i la cura domèstica. Mentrestant, els homes ocupaven una posició dominant en l'àmbit productiu i públic, la qual cosa contribuïa a la creació de formes de segregació sexual en el mercat de treball.

El paper tradicional de les dones en la família se centrava en la cura de la salut dels seus membres i en la gestió de l'ambient domèstic per a garantir el benestar i confort. Les tasques que exercien incloïen l'alimentació, la higiene, la cura dels infants, ancians i malalts, i la canalització de l'afectivitat. No obstant això, aquestes responsabilitats no han rebut el reconeixement social o econòmic adequat, ja que es consideren alienes al sistema formal de producció de béns i serveis.

Avui dia, els estudis socials més recents proporcionen una visió més àmplia i matisada de la família nuclear. Encara que segueix present en moltes cultures, la família nuclear no sempre s'ajusta al model idealitzat. La diversitat en les formes familiars, influïda per factors com la classe social i l'ètnia, ha sigut un tret dominant en les societats desenvolupades. L'augment de la independència econòmica de les dones, a causa de la seua major participació en el treball remunerat, ha transformat les relacions familiars. A més, els canvis demogràfics, com el descens de la natalitat i l'envelliment de la població, han generat noves dinàmiques familiars, amb llars més petites i formes de convivència més individualitzades.

El retard en la formació de parelles, la convivència sense matrimoni i la maternitat individual són exemples de noves formes familiars que han sorgit en aquest context. Aquestes tendències, juntament amb les altes taxes de divorci i la inhabilitació de la família pel treball remunerat dels seus membres, han contribuït a la fragilitat de la família com a institució. Les famílies encapçalades per dones amb infants petits i les llars de dones majors són especialment vulnerables en aquest nou escenari. La desestabilització del model clàssic de família nuclear i patriarcal ha portat a l'aparició de noves estructures familiars i a una reconfiguració dels rols dels seus membres.

En aquest context, la infermeria comunitària i de salut pública juga un paper fonamental en la promoció de la salut familiar. La família és la unitat bàsica d'organització social i també la més accessible per a efectuar intervencions preventives i terapèutiques. Els professionals de la infermeria han d'estar preparats per a interactuar amb famílies de diferents classes socials, ètnies i cultures, adaptant les intervencions a les necessitats i valors de cadascuna. Les famílies de baixos ingressos, per exemple, afronten riscos i problemes de salut específics, que requereixen un enfocament diferenciat. A més, la infermeria ha de reconèixer que la família és un valor central per a l'individu,

font tant de satisfacció com de conflicte, i que les alteracions en la vida familiar poden tenir un impacte significatiu en la salut emocional i física dels seus membres.

En conclusió, la família, encara que canviant i diversa en les formes, continua sent un espai essencial per a la reproducció de la salut i el benestar social. La intervenció de professionals de la salut, especialment en l'àmbit de la infermeria, és crucial per a secundar i enfortir les dinàmiques familiars, especialment en contextos de vulnerabilitat. Les transformacions en els rols familiars i en les formes de convivència requereixen una revisió de les polítiques socials i dels recursos disponibles per a garantir que la família pugui continuar complint la seua funció essencial en la cura i la promoció de la salut, tant a nivell individual com comunitari.

Conceptualització de família

Podem trobar en la bibliografia diferents definicions de família:

- Diccionari de la Reial Acadèmia Espanyola (1992): "Conjunt de persones que comparteixen llaços de parentiu i conviuen sota el mateix sostre."
- Organització Mundial de la Salut (OMS): "Grup d'individus que formen part d'una llar i estan vinculats per parentiu de sang, adopció o matrimoni, habitualment conformat pel cap de família, el seu cònjuge i els seus fills solters que viuen junts."
- Berman *et al.* (2008): "Grup social bàsic que pot estar compost per individus masculins, femenins, joves o adults, units per llaços legals, d'amistat o familiars, ja siga que compartisquen o no una relació genètica, i que són considerats reunits per uns altres."
- Declaració Universal dels Drets Humans, Assemblea General de les Nacions Unides (1948): "La família és l'element natural i fonamental de la societat, i té dret a la protecció per part de la societat i de l'Estat."

Aquestes definicions han quedat desfasades, ja que les modificacions estructurals com:

- La monoparentalitat;
- les famílies reconstituïdes;
- les parelles homosexuals de fet o dret;
- el retard de l'eixida dels fills de la llar...

han donat lloc a una dimensió nova i més àmplia del que s'entén per família. Així, apareixen definicions com la de Berman, que indica: "Grup social bàsic constituït per individus de gènere femení o masculí, joves o adults per llaços legals, d'amistat, relacionats o no genèticament i que els altres consideren reunits".

Els serveis d'infermeria enfocats en la salut familiar es basen en el reconeixement de la família com una unitat, i el seu objectiu és abordar les necessitats i preocupacions relacionades amb la salut d'aquesta. La intervenció cerca no sols brindar assistència mèdica, sinó també fomentar l'ús eficient dels recursos humans i materials propis de la família, alhora que se l'orienta per a aprofitar de manera òptima els serveis de salut disponibles. Així, s'ha de tenir en compte que la família és el primer recurs per a promoció de la salut, prevenir les malalties, dur a terme les cures i els tractaments i, finalment, aconseguir la rehabilitació. Per a això es necessiten professionals com el personal d'Infermeria Comunitària, que té un paper rellevant en l'atenció a la salut.

Així, el Comitè d'Experts en Infermeria de l'OMS (1974) ja indicava, pel que fa als principis clau sobre la salut familiar, que la salut de les famílies impacta directament en la salut de la comunitat, en els canvis socials i en les funcions familiars, que generen noves necessitats. La família és una entitat que influeix en la generació d'hàbits saludables i és un sistema obert que opera com una unitat, en constant interacció.

Treballar des d'un enfocament unitari implica tractar la família com un tot, més enllà de la suma de les parts individuals. La família és la primera font de promoció de la salut, prevenció de malalties, realització de cures i tractament, i contribueix al procés de rehabilitació. Per aconseguir això, és essencial la participació de professionals de la salut, com els especialistes en Infermeria Comunitària, que exerceixen un paper clau en l'atenció familiar.

Així, s'ha de tenir en compte, com a conceptes clau relacionats amb la família i la seua salut:

- Sistema: La família funciona com una unitat cohesionada mitjançant les interaccions entre els seus membres.
- Suport: La família satisfà les necessitats dels seus integrants en donar i rebre cures.
- Evolució: L'estructura i funció de la família evolucionen al llarg del temps i estan influenciades per la cultura.

Tipologia familiar

Hi ha múltiples maneres de definir i classificar la família, ja que els models tradicionals han anat evolucionant al llarg del temps, influïts per canvis socials, culturals i legals. Aquests diferents tipus de famílies mostren la diversitat d'estructures familiars que existeixen avui dia, i reflecteixen les noves realitats que les societats contemporànies han de reconèixer i secundar.[95-97]

1. Classificació segons l'estructura o composició:

- Família nuclear: És la més comuna en molts contextos i està composta pels pares (o una sola figura parental) i els fills, que viuen junts en la mateixa llar. Aquest tipus de família pot subdividir-se en:
- Família nuclear biparental: Conformada per pare, mare i els fills.
- Família nuclear monoparental: Un dels progenitors (pare o mare) assumeix el rol de cap de família, juntament amb els fills.
- Família extensa o ampliada: Inclou parents que no formen part del nucli bàsic (pares i fills), com avis, oncles, cosins o altres familiars que viuen sota el mateix sostre o mantenen una relació molt pròxima.
- Família composta: Es forma quan, després d'una separació o divorci, un o els dos progenitors tornen a formar parella i uneixen els seus fills de relacions anteriors en una nova família. També pot incloure l'arribada de nous fills de la nova unió.
- Família sense fills: Conformada per una parella que no té fills, ja siga per elecció o a causa de factors biològics o circumstancials.

2. Classificació segons el tipus de vincle

- Família consanguínia: Els membres estan units per llaços de sang, és a dir, comparteixen una relació biològica, com pares i fills, o germans.
- Família adoptiva: Els vincles familiars s'estableixen legalment, quan un o més fills són adoptats per persones que assumeixen els rols de pare o mare, però no tenen relació genètica amb el menor.
- Família per afinitat: Es tracta de famílies formades per vincles no biològics ni legals, sinó emocionals o de convivència. Un exemple són les parelles de fet o convivents sense matrimoni legal.

3. Classificació segons la residència o el lloc on viuen els membres

- Família patrilocal: És el tipus de família en què la parella s'estableix en la residència del pare o de la família paterna.
- Família matrilocal: En aquest cas, la família s'assenta en la llar de la mare o de la família materna.
- Família neolocal: La parella estableix una llar pròpia i independent, allunyada de les dues famílies d'origen, tant de la paterna com de la materna.

4. Classificació segons l'autoritat o rols

- Família patriarcal: El poder i l'autoritat dins de la família recau predominantment sobre la figura del pare o l'home major de la família, qui pren les decisions més importants.
- Família matriarcal: En aquesta mena de família, és la mare o la figura femenina la que té la major autoritat i pren les decisions clau. Encara que és menys comuna en la majoria de les societats, es presenta en algunes cultures.
- Família igualitària: Tots dos progenitors, el pare i la mare, comparteixen de manera equitativa l'autoritat i les responsabilitats, tant en la presa de decisions com en la cura dels fills.

5. Classificació segons la funcionalitat o dinàmica interna

- Família funcional: És aquella en la qual les relacions entre els seus membres es caracteritzen per l'harmonia, la cooperació i la comunicació efectiva. Existeix un entorn favorable per al desenvolupament físic, emocional i psicològic de tots els integrants.
- Família disfuncional: Les relacions entre els membres de la família estan marcades per conflictes constants, falta de comunicació o dinàmiques tòxiques que afecten el benestar d'un o diversos dels seus integrants. Les famílies disfuncionals poden tenir dificultats per a resoldre problemes i satisfer les necessitats emocionals dels seus membres.

6. Classificació segons l'orientació sexual dels progenitors

- Família homoparental: Formada per una parella del mateix sexe, que pot tenir fills biològics, adoptius o d'anteriors relacions. Les famílies homoparentals poden ser tant monoparentals com biparentals, segons siga el cas.
- Família heteroparental: Conformada per una parella heterosexual (un home i una dona), que conviuen i tenen fills biològics o adoptius.

7. Classificació segons la temporalitat o el cicle de vida

- Família d'origen: És la família en la qual un individu naix o creix, formada pels pares i germans. Es refereix a l'entorn en què una persona és criada durant la infància i adolescència.
- Família de procreació: És la família que una persona forma quan es casa o té fills i crea un nou nucli familiar.

8. Classificació segons la seua situació legal

- Família matrimonial: Família conformada per una parella unida legalment mitjançant el matrimoni, ja siga civil o religiós.
- Família de fet: Es refereix a les parelles que conviuen de manera estable i duradora sense estar legalment casades, però que comparteixen responsabilitats i relacions familiars.

Cicle vital familiar

El desenvolupament de la família és un procés dinàmic que travessa diverses etapes al llarg del temps, influït pels canvis naturals en les relacions entre els seus membres i les transicions que experimenten en la vida quotidiana. Aquest procés es coneix com el cicle vital de la família: descriu les fases per les quals passa una família des de la formació fins a la dissolució i aborda les principals tasques i reptes que afronta en cada etapa[98, 99]. Cadascuna d'aquestes fases està marcada per fites específiques, canvis en les funcions familiars i responsabilitats particulars que afecten tant l'estructura familiar com les relacions interpersonals.

Podem trobar diferents etapes del cicle vital de la família, en les quals s'inclouen diferents tasques de desenvolupament[95].

1. Formació de la parella o etapa dels joves. En aquesta fase inicial, la parella estableix la seua llar i comença a adaptar-se a la convivència, explorant noves maneres de relacionar-se i compartint responsabilitats. La parella comença a construir la seua identitat com un nou nucli familiar.

- Tasques de desenvolupament:

- Establir una llar comuna.
- Definir rols i expectatives dins de la relació.
- Desenvolupar habilitats de comunicació i resolució de conflictes.
- Ajustar les relacions amb les famílies d'origen.

2. Família amb fills petits. Aquesta etapa comença amb el naixement del primer fill i abasta la cria dels fills petits. Durant aquest temps, els pares han d'adaptar-se al seu nou rol i equilibrar les demandes del treball, la cura dels fills i la relació de parella.

- Tasques de desenvolupament:

- Cuidar i criar els fills, promovent-ne el benestar físic i emocional.
- Reestructurar la dinàmica de la parella per a integrar el rol parental.
- Organitzar les rutines familiars i ajustar l'economia domèstica per a satisfer les necessitats de l'infant.

- Fomentar el desenvolupament de vincles afectius forts i segurs amb els fills.

3. Família amb fills en edat escolar. En aquesta fase, els fills comencen a integrar-se en el sistema educatiu i a socialitzar amb persones fora de casa. La família ha d'ajustar la rutina per a donar suport al desenvolupament acadèmic i social dels fills.

- Tasques de desenvolupament:

- Donar suport a l'educació i el desenvolupament social dels fills.
- Establir límits i normes clares per a la convivència familiar.
- Fomentar la independència progressiva dels fills.
- Mantenir l'equilibri entre les demandes laborals, escolars i familiars.

4. Família amb fills adolescents. L'adolescència és una etapa de transició important en el desenvolupament familiar. Els fills cerquen més autonomia, la qual cosa pot generar conflictes i tensions entre pares i fills. Els adolescents estan en ple procés de construcció de la identitat personal.

- Tasques de desenvolupament:

- Permetre i donar suport al procés d'independència dels fills, respectant-ne els espais de llibertat.
- Mantenir la comunicació oberta i el respecte mutu enmig dels canvis emocionals.
- Ajustar el rol parental, passant de ser controladors a guies i consellers.
- Adaptar-se als nous interessos i activitats dels fills.

5. Família amb fills que deixen la casa (niu buit). Aquesta fase es caracteritza per la partida dels fills de la llar, ja siga per a estudiar, treballar o formar la seua pròpia família. Els pares afronten la "síndrome del niu buit" i han de reajustar la seua vida conjugal i personal.

- Tasques de desenvolupament:

- Reestructurar la vida diària i les relacions de parella amb l'absència dels fills.
- Redefinir el rol dels pares ara com a "pares d'adults".
- Fer costat als fills en la seua transició cap a la independència plena.
- Desenvolupar nous interessos i projectes personals fora del rol parental.

6. Família en l'etapa de jubilació. Amb la jubilació o la disminució de les responsabilitats laborals, els pares envelleixen i poden afrontar reptes relacionats amb la salut o l'autonomia. En molts casos, és també una fase de consolidació de la relació amb els fills adults i els nets.

- Tasques de desenvolupament:

- Adaptar-se als canvis relacionats amb la jubilació, incloent-hi la disminució d'ingressos i l'increment de temps lliure.
- Mantenir la salut física i emocional en el procés d'envelliment.

Manual de l'assignatura

- Redefinir el rol familiar, assumint la funció d'avis o fent costat als fills adults quan siga necessari.
- Acceptar i preparar-se per a la deterioració de la salut i l'eventual dependència.

El cicle vital de la família és un procés continu que reflecteix el desenvolupament i els canvis que els integrants d'una família experimenten amb el temps. Cada etapa comporta reptes i tasques específiques que han de ser superats per a garantir l'estabilitat i el benestar del grup familiar. Les famílies exitoses són aquelles que aconsegueixen adaptar-se a aquests canvis i mantenen relacions saludables i satisfactòries entre els seus membres, ajustant-se a les noves realitats que cada etapa de la vida imposa.

En cada etapa del cicle vital de la família hi ha tasques de desenvolupament específiques, que són essencials per a mantenir la funcionalitat i el benestar familiar. Aquestes tasques inclouen:

- Adaptació als canvis en la composició familiar: Cada etapa implica nous membres o l'eixida d'alguns. La família ha de ser flexible per a reorganitzar els rols i responsabilitats.
- Establiment i ajust de les relacions familiars: A mesura que els fills creixen i els rols dels pares canvien, la relació entre els membres de la família també es modifica. És important mantenir una bona comunicació i relacions saludables.
- Equilibri entre la independència i el suport: Al llarg del cicle vital, els pares han d'aprendre a fomentar la independència dels fills mentre ofereixen un suport constant, però no sobreprotector.
- Maneig de crisi i transicions: En diferents moments del cicle vital, les famílies afronten crisis (divorcis, morts, problemes econòmics) que han de ser manejades amb resiliència per a evitar afectar greument la dinàmica familiar.

Estructura i funcions de la família

La família compleix múltiples funcions essencials que abasten aspectes biològics, socials, emocionals, econòmics i culturals. Aquestes funcions no sols garanteixen el desenvolupament integral dels seus membres, sinó que també són crucials per al benestar i la cohesió de la societat en conjunt. Malgrat els canvis en les estructures familiars al llarg del temps, el seu rol com a nucli fonamental de la vida continua sent insubstituïble.

1. Funció biològica o reproductiva. La funció biològica és una de les més antigues i universals. A través de la reproducció, la família assegura la continuïtat de l'espècie i el creixement demogràfic de la societat. A més, brinda un entorn adequat per a la cura i desenvolupament dels fills, garantint que aquests cresquen en un ambient en què se satisfan les seues necessitats físiques, emocionals i psicològiques.

- Cura dels fills: Els pares, o cuidadors primaris, s'encarreguen de satisfer les necessitats bàsiques dels infants, com l'alimentació, la higiene, el descans i la protecció, la qual cosa garanteix la seua supervivència i benestar en els primers anys de vida.

2. **Funció de socialització.** La família és la primera institució en què els individus aprenen a socialitzar i adquireixen les normes, valors, costums i comportaments de la seua cultura. A través de la interacció diària, els membres de la família, especialment els infants, desenvolupen habilitats socials i aprenen el que se n'espera en diferents rols socials.

- **Ensenyament de normes i valors:** Els pares inculquen als seus fills principis ètics, morals i normes de comportament que els permeten integrar-se adequadament a la societat.
- **Desenvolupament emocional:** La família també fomenta el desenvolupament de les habilitats emocionals, com l'empatia, l'autocontrol i el maneig de conflictes, elements fonamentals per a la vida en comunitat.

3. **Funció econòmica.** Històricament, la família ha sigut una unitat de producció econòmica, però en l'actualitat, el seu rol s'ha transformat cap a la gestió dels recursos per al benestar dels seus membres. Els pares solen ser els principals proveïdors econòmics: asseguren que les necessitats materials de la família, com l'alimentació, l'habitatge, l'educació i l'atenció mèdica, estan cobertes.

- **Satisfacció de necessitats materials:** La família s'organitza per a assegurar el manteniment econòmic, la distribució dels recursos i la seguretat financera.
- **Educació financera:** A través de l'exemple i l'ensenyament directe, els pares transmeten als fills habilitats relacionades amb l'administració dels recursos, l'estalvi i la responsabilitat econòmica.

4. **Funció educativa.** A més de la socialització, la família compleix una funció educativa fonamental. Encara que les institucions educatives formals, com les escoles, exerceixen un paper clau, l'educació informal comença en la família. Els pares són els primers mestres dels seus fills i s'encarreguen d'ensenyar-los habilitats bàsiques, des del llenguatge fins a la solució de problemes quotidians.

- **Suport a l'aprenentatge formal:** Els pares contribueixen a l'èxit educatiu dels fills en proporcionar-los un entorn de suport, recursos per a l'aprenentatge i orientació en els estudis.
- **Foment de valors educatius:** La família també inculca la importància del coneixement, l'esforç i la disciplina, elements clau per al desenvolupament acadèmic i professional dels fills.

5. **Funció afectiva o emocional.** Una de les funcions més importants de la família és brindar suport emocional i afectiu als seus membres. La família és el primer lloc on els individus experimenten i aprenen sobre l'amor, la seguretat, la pertinença i l'afecte. Aquests vincles afectius són fonamentals per al desenvolupament psicològic i emocional de les persones.

- **Creació d'un entorn de seguretat:** La família ofereix un espai on els seus membres poden expressar-se lliurement, ser acceptats i rebre suport en moments de dificultat.
- **Desenvolupament de l'autoestima:** A través de l'afecte i el reconeixement dels assoliments individuals, la família contribueix a la formació de l'autoestima i la identitat personal.

6. **Funció protectora.** La família també compleix una funció protectora enfront de les amenaces externes o situacions adverses. Aquest paper inclou tant la protecció física com emocional. Els pares o tutors asseguren que els fills cresquen en un entorn segur, lliure de perills, i que reben l'atenció mèdica necessària quan afronten malalties o lesions.

- **Protecció física:** La família cuida els seus membres de situacions de risc, com malalties, violència o problemes externs que puguin afectar el seu benestar.

Manual de l'assignatura

- Protecció emocional: La família actua com un refugi emocional en moments de crisi, oferint suport i contenció quan els membres passen per situacions difícils, com pèrdues, problemes econòmics o conflictes personals.

7. Funció recreativa. La família també té una funció recreativa: ofereix als seus membres espais per a l'esplai i el gaudi mutu. Aquestes activitats recreatives, com els jocs, les celebracions i les eixides familiars, enforteixen els llaços familiars, promouen la convivència i contribueixen al benestar emocional dels seus integrants.

- Foment de la convivència: Les activitats recreatives ajuden a millorar la comunicació entre els membres de la família i a consolidar els vincles afectius.
- Benestar i relaxació: La família proporciona moments de descans i relaxació, necessaris per a afrontar les demandes de la feina, l'escola i altres responsabilitats quotidianes.

8. Funció moral i cultural. La família transmet valors morals i culturals que ajuden els individus a formar la seua identitat i els proporcionen una guia sobre el que és correcte o incorrecte. A través de l'educació moral, els membres de la família aprenen a comportar-se de manera ètica i a viure d'acord amb les normes culturals de la societat.

- Transmissió de la cultura: Els pares ensenyen als fills tradicions, costums, creences i pràctiques culturals que defineixen la identitat familiar i els connecten amb la seua herència històrica i cultural.
- Reforç de principis ètics: La família és responsable d'inculcar en els seus membres principis com la responsabilitat, l'honestetat, el respecte i la solidaritat.

Facultat d'Infermeria i Podologia

El funcionament familiar

Una família funcional i ben organitzada proporciona un entorn on els seus membres poden créixer i desenvolupar-se de manera saludable, tant a nivell individual com col·lectiu. El funcionament familiar està caracteritzat per la bona comunicació, la claredat de rols, la capacitat d'adaptació i la promoció d'un estil de vida saludable. Alhora, actua com un sistema de suport natural que ofereix recursos emocionals, econòmics i educatius que permeten als seus membres afrontar els desafiaments de la vida amb resiliència i confiança[100].

El funcionament familiar es refereix a la capacitat que té una família per a operar de manera harmònica, eficaç i adaptativa enfront dels reptes i situacions de la vida diària. La família no sols és un nucli afectiu, sinó també un sistema de suport fonamental en el creixement personal de cadascun dels membres i en el benestar col·lectiu. Les característiques clau d'un bon funcionament familiar inclouen aspectes emocionals, organitzacionals i relacionals que contribueixen a crear un entorn segur i saludable. A continuació es descriuen aquestes característiques:

- Procés facilitador de la interacció entre els membres. L'èxit en la interacció familiar es basa en la comunicació efectiva, el respecte mutu i la disposició a escoltar i comprendre les necessitats de l'altre. Una família amb bona comunicació permet que cadascun dels seus integrants se senta escoltat i valorat, la qual cosa enforteix els vincles afectius i minimitza malentesos i conflictes.

- Potenciació del creixement i desenvolupament individual dels membres. Una família saludable és aquella que respecta les diferències individuals i fomenta el creixement personal. Això significa que cada membre té l'espai necessari per a desenvolupar la seua identitat, habilitats i talents, sense sentir-se limitat o sobrecarregat per expectatives familiars excessives. Els pares han de fomentar un entorn que motive els fills a explorar els seus interessos i capacitats, alhora que proporcionen suport emocional.
- Organització clara dels rols familiars. Els rols dins de la família han d'estar ben definits i organitzats per a garantir una convivència estructurada i equilibrada. Cada membre ha de conèixer les seues responsabilitats i límits dins de la llar. La claredat en els rols evita la sobrecàrrega de treball en un o diversos membres i ajuda a mantenir un equilibri entre les tasques domèstiques, el treball fora de casa i el temps personal.
- Capacitat de fer front a situacions problemàtiques i/o adaptar-s'hi. Les famílies funcionals tenen una notable capacitat de resiliència i flexibilitat per a adaptar-se als canvis i les crisis. Això inclou afrontar amb èxit reptes com a problemes econòmics, malalties, canvis de treball o conflictes interns. L'adaptació implica treballar en equip i donar-se suport mútuament per a trobar solucions que beneficien a tothom.
- Mantenir una casa i un estil de vida saludable. Un ambient físic i emocionalment saludable és essencial per al bon funcionament de la família. Això implica no sols l'adopció d'hàbits de vida saludables (com una alimentació equilibrada, exercici regular i bon maneig de l'estrès), sinó també la creació d'un entorn emocional segur, on els membres se senten protegits i ajudats en les seues necessitats físiques i psicològiques.
- Relació regular amb la comunitat en un sentit ampli. Les famílies saludables no estan aïllades, sinó que mantenen relacions actives amb la comunitat. Això es pot manifestar en la participació en activitats socials, educatives o recreatives en el veïnat, l'escola o l'església, per exemple. Aquestes connexions no sols enriqueixen la vida de la família, sinó que també proporcionen xarxes de suport addicionals en moments de necessitat.
- Com a sistema de suport natural, la família ofereix diversos recursos que contribueixen al benestar dels seus membres en diferents àrees de la vida. Aquests elements no sols ajuden a cobrir les necessitats bàsiques, sinó que també són fonamentals per al desenvolupament emocional i social de cada membre.
- Dinàmica familiar sana. Una dinàmica familiar equilibrada fomenta interaccions positives i constructives. Les famílies amb dinàmiques saludables tenen menys conflictes, resolen problemes de manera conjunta i promouen la solidaritat entre els seus membres, la qual cosa facilita la resolució de diferències i el suport mutu.
- Pràctiques educatives dirigides a un aprenentatge ampli i saludable. Els pares proporcionen un entorn que promou l'aprenentatge continu i saludable, no sols a nivell acadèmic, sinó també en termes de valors, habilitats socials i resolució de problemes. L'educació a casa prepara als fills per a afrontar el món exterior amb confiança i resiliència.
- Mètodes de disciplina adequats. La disciplina en una família funcional es basa en l'establiment de límits clars, però també en la promoció de la llibertat individual. Les regles i normes familiars han de ser coherents, però flexibles, adaptant-se a les necessitats i l'evolució de cada membre. Això fomenta el respecte per les normes i la responsabilitat personal sense sacrificar l'autonomia.
- Clima emocional de suport, acceptació i respecte a les necessitats individuals. Un clima emocional positiu en la família es basa en el respecte mutu, l'acceptació de les diferències

individuals i el suport emocional constant. Cada membre ha de sentir que és valorat per qui és i que pot comptar amb el suport dels altres en moments d'alegria i dificultat. Aquest clima afavoreix l'autoestima i el benestar emocional.

- Models de conducta creativa per al desenvolupament d'activitats recreatives. La família no sols és un lloc de treball i responsabilitats, sinó també d'esplai i creativitat. És important que en la llar es promoguen activitats recreatives que permeten als seus membres alliberar tensions i gaudir junts. Això reforça la unió familiar i equilibra els esforços realitzats en altres àrees de la vida, com la feina o els estudis.
- Recursos materials i econòmics suficients per a portar una vida mínimament adaptativa. Encara que els recursos econòmics no són l'únic factor determinant del benestar familiar, sí que són essencials per a assegurar que les necessitats bàsiques estiguen cobertes, com l'habitatge, alimentació, salut i educació. Un maneig adequat dels recursos permet una vida adaptativa i redueix l'estrès que les dificultats econòmiques poden generar.
- Habilitats en el maneig del temps i dels diners per a maximitzar el benestar. Una gestió eficient del temps i dels diners és fonamental per al funcionament familiar. Això inclou habilitats per a planificar i prioritzar activitats, equilibrar responsabilitats laborals i familiars, i administrar els recursos econòmics de manera que es cobrisquen les necessitats i es puguin realitzar activitats que milloren la qualitat de vida, com vacances o activitats recreatives.

Problemes en el desenvolupament familiar

Cada etapa del cicle vital de la família comporta una sèrie de reptes i problemes que han de ser abordats amb comunicació, comprensió i adaptació. Les famílies que aconsegueixen superar aquests obstacles tendeixen a enfortir els llaços i créixer com a unitat, mentre que les que no aconsegueixen manejar aquests problemes poden experimentar tensions més greus que afecten el seu benestar i estabilitat. Les transicions entre etapes, encara que difícils, també ofereixen l'oportunitat de reconfigurar i enfortir les relacions dins de la família.

Els problemes familiars poden sorgir en diferents etapes del cicle vital de la família, i solen estar influenciats per factors com el desenvolupament individual dels membres, els canvis en l'estructura familiar i les demandes de la societat. A mesura que la família travessa les diferents etapes del cicle vital, afronta reptes específics que requereixen adaptació i, en alguns casos, poden generar tensions o dificultats. A continuació es descriuen alguns dels principals problemes que poden sorgir en les diferents etapes del desenvolupament familiar:

1. Etapa de formació de la parella. Aquesta és l'etapa inicial, en què dues persones decideixen formar una parella i, en alguns casos, conviure o casar-se. Durant aquesta fase el principal repte és l'adaptació mútua i la creació d'una nova unitat familiar.

- Problemes d'ajust: La convivència pot revelar diferències de caràcter, hàbits i expectatives que no s'havien manifestat abans. Aquestes diferències poden generar conflictes si no es manegen adequadament.
- Maneig de rols: En aquesta etapa, les parelles poden experimentar dificultats per a definir els rols de cadascú dins de la relació (tasques domèstiques, decisions financeres, etc.), la qual cosa pot causar tensions si no hi ha acords clars.

- Expectatives: Les diferències en les expectatives sobre el futur de la relació, com els projectes a llarg termini, la decisió de tenir fills o la carrera professional, poden causar desacords.

2. Etapa d'arribada dels fills. L'arribada dels fills transforma profundament la dinàmica familiar. Aquesta etapa sol estar marcada per una major demanda de temps, energia i recursos, la qual cosa pot generar estrès en els pares i conflictes en la parella.

- Ajust a la paternitat: Els nous pares poden experimentar estrès, ansietat i esgotament degut a la responsabilitat de cuidar un nou-nat. La falta de son i el cansament físic poden afectar la comunicació i la relació de parella.
- Desigualtat en la distribució de tasques: L'assignació de responsabilitats relacionades amb la cura dels fills i la casa pot generar tensions si un dels membres de la parella percep que la càrrega no està repartida equitativament.
- Problemes de parella: L'arribada dels fills pot reduir el temps de qualitat que la parella passa junta, la qual cosa pot afectar la intimitat i la comunicació.

3. Etapa de criança dels fills en edat escolar. Durant aquesta etapa, els fills comencen a socialitzar més enllà de la família (a l'escola, amb amics) i el seu desenvolupament emocional i intel·lectual exigeix noves formes d'acompanyament per part dels pares. Aquest període pot ser complicat a causa de les demandes educatives i el creixement dels infants.

- Conflictes educatius: Els pares poden tenir diferències d'enfocament quant a la criança i l'educació dels fills. Decidir sobre regles, disciplina, límits i el suport escolar pot ser motiu de desacord.
- Estrès financer: Els costos de la criança, com l'educació, la roba i altres necessitats poden posar pressió financera en la família, la qual cosa al seu torn pot generar tensions entre els pares.
- Falta de temps: Els pares solen estar molt ocupats equilibrant les responsabilitats laborals i familiars, la qual cosa pot portar a una falta de temps per a atendre adequadament les necessitats emocionals i de relació de parella.

4. Etapa d'adolescència dels fills. L'adolescència és una fase de gran canvi i desafiament tant per als joves com per als pares. Els adolescents tendeixen a cercar la independència, la qual cosa pot generar tensions a casa.

- Problemes de comunicació: Els adolescents solen desafiar les normes familiars i cercar major autonomia, la qual cosa pot causar conflictes amb els pares. Aquests poden sentir que perden el control sobre els fills, mentre que els adolescents poden percebre les normes familiars com a restrictives.
- Rebel·lió i conductes de risc: Durant l'adolescència, els fills poden involucrar-se en conductes de risc (ús d'alcohol, drogues, relacions sexuals primerenques), la qual cosa genera preocupació i estrès en els pares.
- Desacords entre els pares: Els pares poden tenir diferents enfocaments per a manejar la rebel·lia o els problemes dels fills adolescents, la qual cosa pot generar conflictes entre ells.

5. Etapa del "niu buit". Aquesta etapa comença quan els fills s'independitzen i deixen la llar familiar. Sovint, això suposa un canvi significatiu en la dinàmica familiar i pot generar sentiments oposats.

- Sentiment de buit: Els pares poden experimentar una sensació de pèrdua o síndrome del niu buit quan els seus fills se'n van de casa. La sensació de propòsit pot veure's afectada, sobretot en pares que han dedicat gran part de la vida a la criança.
- Reajustament en la relació de parella: Amb els fills fora de casa, les parelles han de retrobar-se i reajustar la relació. Si la parella ha descurat la seua vida en comú durant els anys de criança, poden sorgir conflictes o problemes de convivència.
- Crisi d'identitat: Especialment per a les persones la identitat de les quals està fortament vinculada al rol de pares, el niu buit pot generar una crisi emocional i la necessitat de redescobrir interessos i projectes personals.

6. Etapa de jubilació i vellesa. La vellesa i la jubilació són etapes que comporten nous reptes per a la família. En aquesta fase els pares envelleixen, poden afrontar problemes de salut i, en molts casos, necessitar cures addicionals.

- Problemes de salut: El deteriorament físic i mental associat a la vellesa pot generar preocupacions familiars, especialment pel que fa a la cura dels membres majors. La càrrega de cura pot recaure sobre un fill o sobre la parella, la qual cosa pot generar estrès i esgotament.
- Dependència: Els pares que envelleixen poden tornar-se dependents dels seus fills, la qual cosa altera les dinàmiques familiars i pot causar tensions. Els fills poden experimentar sentiments oposats entre el desig de cuidar els seus pares i la pressió de les seues pròpies responsabilitats.
- Adaptació a la jubilació: La jubilació pot generar canvis importants en la vida d'una parella, ja que pot afectar la identitat personal i l'autoestima de qui es jubila. Això pot portar a problemes de depressió o desmotivació si no s'aconsegueixen noves metes o projectes de vida en aquesta etapa.

La salut familiar

S'ha de tenir en compte la diferència entre els termes *salut de la família* i *salut familiar*. Així, *salut de la família* significa el nivell de salut de cadascú compon la família, això és, la suma de la salut dels seus membres. En aquest sentit, en una família sana tots els seus membres gaudeixen de bona salut, i en una de malalta, algun membre de la família està malalt. D'altra banda, *salut familiar* es refereix al funcionament familiar.

La salut familiar és un aspecte fonamental del benestar general de les persones. Comprendre com interactuen els factors personals, els factors del grup familiar i els factors sociològics proporciona un marc valuós per a avaluar i millorar la salut dins de la unitat familiar. A través d'intervencions adequades i l'enfortiment dels llaços familiars, és possible fomentar un entorn que afavorisca la salut i el desenvolupament integral de cadascun dels membres, i assegurar així la salut de la família en conjunt.

La salut familiar és un concepte integral que abasta no sols el benestar físic i mental dels membres d'una família, sinó també com aquests interactuen amb l'entorn i entre si. Segons l'Organització Mundial de la Salut (2003), "la família és la unitat bàsica de l'organització social i també la més accessible per a efectuar intervencions preventives i terapèutiques." Aquest enfocament ressalta la

importància de la família com un sistema que impacta i reflecteix la salut dels seus integrants. La salut familiar, per tant, es defineix com un estat de benestar que va més enllà de l'absència de malalties i abasta aspectes emocionals, socials i funcionals.

L'Associació de Medicina Familiar i Comunitària indica que "l'homeòstasi biològica i social del sistema familiar resulta del funcionament satisfactori de la família, influeix en el nivell de salut de cadascun dels seus integrants i propicia una interacció adequada amb altres sistemes familiars i amb el seu entorn social".

La salut familiar es determina a través d'una complexa interacció entre diversos factors, que poden classificar-se en tres categories principals:

- Factors personals. Són les característiques individuals de cada membre de la família, que inclouen aspectes psicològics (com la salut mental i el benestar emocional), biològics (com la genètica i la salut física) i socials (com el context socioeconòmic i la xarxa de suport). Cadascun d'aquests factors influeix en com un individu experimenta la seua salut i com es relaciona amb els altres membres de la família.
- Factors propis del grup familiar. La funcionalitat de la família, la seua estructura (composició i dinàmica familiar), l'economia familiar, l'etapa del cicle vital (com el matrimoni, la cria dels fills o la jubilació) i la capacitat d'enfrontament a les crisis són elements crucials en la salut familiar. Una família que funciona bé és capaç de satisfer les necessitats emocionals, físiques i socials dels seus membres, la qual cosa al seu torn contribueix a un estat general de salut positiu.
- Factors sociològics. El mode de vida de la comunitat i de la societat en general també afecta la salut familiar. Aquests factors inclouen la disponibilitat de serveis de salut, les normes culturals, l'accés a recursos i les condicions socioeconòmiques, que poden facilitar o dificultar el benestar familiar. Les famílies que viuen en entorns de suport social i econòmic tendeixen a tenir millors resultats de salut.

Hi ha una sèrie de conceptes clau sobre la salut familiar. Així, la salut de la família es mesura a través de diferents criteris que avaluen l'estat de benestar dels seus integrants. Es pot considerar el següent:

- Família sana: Quan tots els membres gaudeixen de bona salut física i mental, la qual cosa permet un funcionament òptim de la llar i del grup familiar.
- Família malalta: Quan algun membre de la família presenta problemes de salut, que poden afectar no sols aquesta persona, sinó també el benestar general de la llar.

La salut familiar es pot avaluar mitjançant criteris com:

- Presència d'afeccions o processos patològics: Identificar malalties presents en els membres de la família que poden comprometre'n el benestar col·lectiu.
- Absència de malaltia declarada: Confirmar que els membres de la família no presenten diagnòstics de malalties que afecten la seua qualitat de vida.
- Salut positiva: La salut es manifesta a través d'un desenvolupament físic satisfactori, bones funcions fisiològiques i proves bioquímiques normals, que són indicatius d'un bon estat de salut general.

El funcionament de la família també es relaciona estretament amb el seu estat de salut. Podem classificar les famílies segons el seu funcionament en:

- Família normofuncional: Una família que és capaç de complir les funcions assignades, es dona suport mútuament i manté un equilibri intern saludable. Aquest tipus de família és capaç de gestionar els conflictes i afrontar les crisis de manera efectiva.
- Família disfuncional: Una família que no pot exercir adequadament les seues funcions, la qual cosa pot portar a un desequilibri intern i a la manifestació de problemes de salut en un o diversos dels seus membres. En aquest context, és comú que sorgisquen conflictes no resolts, estrès i altres problemes que afecten tant la salut física com mental.

Rol de la infermeria comunitària en l'abordament familiar: La valoració familiar

La família és el primer recurs per a promocionar la salut, prevenir les malalties, dur a terme les cures i els tractaments i, finalment, aconseguir la rehabilitació. Per a això es necessiten professionals com el personal d'Infermeria Comunitària, que té un paper rellevant en l'atenció a la salut. Així, la història de salut familiar és una eina crucial per a comprendre les diverses interaccions que afecten el benestar d'una família. En considerar característiques del grup familiar, hàbits de vida, aspectes socioeconòmics i culturals, així com l'ambient físic, es pot obtenir una visió holística que facilite intervencions efectives i personalitzades en la promoció de la salut familiar. Aquest enfocament integral no sols ajuda a abordar problemes de salut específics, sinó que també fomenta un entorn familiar més saludable i funcional.

La història de salut familiar és un aspecte essencial en l'atenció sanitària que permet comprendre el context en el qual viuen els individus i com aquest entorn influeix en el seu benestar. Per a abordar aquest concepte, es poden considerar diversos aspectes clau que aborden diferents dimensions de la vida familiar i la seua relació amb la salut. A continuació es presenten els elements més rellevants:

1. Característiques del grup familiar.

- Components del grup (edat, sexe): La composició del grup familiar en termes d'edat i sexe té un impacte directe en la seua dinàmica i en la salut. Per exemple, una família amb infants petits requerirà diferents recursos i atenció en comparació amb una família amb adults majors. La presència de membres de diferents gèneres també pot influir en els rols i responsabilitats dins de casa.
- Ocupació dels membres: Les ocupacions dels integrants de la família poden afectar la seua salut física i mental, així com el seu temps disponible per a activitats familiars i de cura. Per exemple, feines amb torns nocturns o estrès elevat poden portar a problemes de salut i afectar la qualitat de vida familiar.
- Etapa de desenvolupament de la família: Cada etapa del cicle vital familiar (formació de la família, criança de fills, adolescència, maduresa i vellesa) presenta reptes únics que poden influir en la salut i el benestar dels seus membres. L'etapa en la qual es troba la família pot determinar les seues necessitats d'atenció i suport.

- Relacions de la família fora i dins de casa: Les interaccions socials i el suport que la família rep del seu entorn són crucials per al seu benestar. Relacions saludables amb amics, veïns i la comunitat poden proporcionar una xarxa de suport vital en moments de crisi.

2. Hàbits de vida i estat de salut.

- Patrons de conducta: Els costums i comportaments dels membres de la família, com l'exercici regular, el consum de substàncies i la gestió de l'estrès, afecten directament la seua salut. Aquests patrons també poden influir en els hàbits dels altres i crear una dinàmica familiar que promou o inhibeix el benestar.
- Història clínica de cadascun dels membres: Conèixer les condicions de salut preexistents, malalties familiars i antecedents mèdics és essencial per a comprendre els riscos als quals està exposada la família. Això ajuda a personalitzar les intervencions de salut i promoure pràctiques preventives.
- Pràctiques preventives: La família ha d'estar informada i participar en activitats de prevenció de malalties, com vacunacions, revisions mèdiques regulars i educació sobre salut. L'adopció d'aquestes pràctiques pot tenir un impacte positiu en la salut general de la família.
- Hàbits d'alimentació, repòs, higiene i oci: La qualitat de la dieta, el descans adequat, les pràctiques d'higiene i les activitats d'oci són factors determinants en la salut familiar. Una alimentació equilibrada i hàbits de son adequats fomenten el benestar físic i mental, mentre que l'oci pot contribuir a la cohesió familiar i al maneig de l'estrès.

3. Aspectes socioeconòmics i culturals

- Escolaritat: El nivell educatiu dels membres de la família influeix en la presa de decisions relacionades amb la salut, l'ocupació i l'economia familiar. L'educació pot impactar en les oportunitats laborals i en l'accés a informació sobre salut.
- Ingressos i pressupost familiar: La situació econòmica determina els recursos disponibles per a atenció mèdica, alimentació saludable, educació i activitats recreatives. Un ingrés limitat pot restringir l'accés a serveis de salut i portar a eleccions poc saludables.
- Creences religioses: Les creences i pràctiques religioses poden influir en els comportaments de salut, com l'acceptació de tractaments mèdics, la promoció de pràctiques saludables i la manera com la família afronta situacions de malaltia.
- Interessos educatius i culturals dels membres: Les preferències culturals i educatives impacten en l'estil de vida de la família i en les seues interaccions socials. Aquestes influències poden fomentar l'aprenentatge continu i el desenvolupament d'habilitats que beneficien la salut i el benestar general.

4. Ambient físic.

- Grandària de l'habitatge i nombre d'habitacions: L'espai físic disponible per a cada membre de la família pot afectar el seu benestar emocional i la seua salut. Un habitatge massa petit pot generar tensions i conflictes.
- Distribució, espai i ventilació: La distribució de la casa, la quantitat de llum natural i la ventilació adequada són factors que influeixen en la salut física. Espais ben dissenyats contribueixen a un ambient més saludable i agradable per a viure.

- Fonts de contaminació interiors: És fonamental identificar possibles contaminants a casa, com el tabaquisme passiu, el gas o les moquetes, que poden acumular al·lèrgens, entre altres. Aquests elements poden tenir un impacte significatiu en la salut respiratòria i en el benestar general de la família.

Instruments d'avaluació familiar

Els instruments de treball en la història de salut familiar són fonamentals per a comprendre la dinàmica familiar i el seu impacte en la salut. L'entrevista familiar, els qüestionaris, l'Apgar familiar i el genograma permeten als professionals de la salut obtenir una visió integral de la família i abordar les seues necessitats específiques. L'atenció a la família és especialment crucial en situacions de risc, en què el suport i la intervenció poden marcar una diferència significativa en el benestar dels seus membres.

La història de salut familiar és una eina essencial en l'atenció primària que permet comprendre el context familiar dels pacients i el seu impacte en la salut. Per a recollir informació precisa i rellevant s'utilitzen diversos instruments de treball. A continuació es descriuen els més destacats:

1. L'entrevista familiar: Aquest és l'instrument principal en la història de salut familiar, ja que proporciona una gran quantitat d'informació sobre el funcionament i la dinàmica de la família. Durant l'entrevista és possible percebre elements de comunicació no verbal que poden ser indicatius de tensions, conflictes o cohesió familiar. No obstant això, l'entrevista familiar requereix un temps considerable i habilitats interpersonals del professional de salut per a facilitar una conversa oberta i honesta.
2. Qüestionaris: Aquests instruments són útils per a valorar el suport familiar i social, identificar les persones dependents a càrrec i conèixer les aficions i interessos del pacient. Els qüestionaris permeten recopilar informació de manera sistemàtica i poden ser administrats de manera individual o en grup, la qual cosa facilita l'avaluació d'aspectes específics de la salut familiar. Així, podem trobar:
 1. Qüestionari per a l'avaluació de la funcionalitat de la família⁴⁸. El qüestionari ha de ser lliurat a cada pacient perquè responga a les preguntes que s'hi plantegen en forma personal, excepte per a aquells que no sàprien llegir, i en aquest cas l'entrevistador aplicarà el test. Per a cada pregunta s'ha de marcar només una X. Ha de ser respost de manera personal (idealment autoadministrat). Cadascuna de les respostes té una puntuació que va entre els 0 i 4 punts, d'acord amb la següent qualificació (normal: 17-20 punts; disfunció lleu: 16-13 punts; disfunció moderada: 12-10 punts; disfunció greu: menor o igual a 6).

Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					

⁴⁸ Suarez, M. A.; Alcalá, Paz v. 20 n. 1, 2014.

2. Apgar familiar. El qüestionari, desenvolupat per Smilkstein i el seu equip, és un instrument autoadministrat que consta de cinc preguntes tancades, les quals s'avaluen mitjançant una escala de Likert que va de 0 a 2. S'obté un índex total que oscil·la entre 0 i 10. Aquest qüestionari examina diverses dimensions del funcionament familiar, segons la classificació proposada pels autors. Les dimensions avaluades són les següents:

- 1- Adaptabilitat: Capacitat per a emprar recursos tant intra- com extrafamiliars per afrontar i resoldre problemes.
- 2- Cooperació o participació: Grau d'implicació en la presa de decisions i en les responsabilitats necessàries per al manteniment de la família.
- 3- Desenvolupament: Procés de maduració física i emocional, així com l'assoliment de l'autorealització a través del suport i l'assessorament mutu entre els membres.
- 4- Afectivitat: Qualitat de les relacions d'afecte i amor que existeixen dins de la família.
- 5- Capacitat resolutòria: Compromís de dedicar temps i esforç a satisfer les necessitats tant físiques com emocionals dels integrants.

En funció de l'índex final obtingut, les famílies es classifiquen de la manera següent: es consideren normofuncionals aquelles que aconseguixen una puntuació de 7 a 10; presenten disfuncionalitat moderada les que obtenen entre 4 i 6, i són catalogades com a greument disfuncionals les que tenen una puntuació entre 0 i 3. Aquest índex permet avaluar la percepció que el subjecte té sobre la seua dinàmica familiar.

3. Genograma. És un recurs gràfic que permet conèixer i avaluar dades de la família a través d'una representació visual dels membres i les seues relacions al llarg de diverses generacions. Es construeix utilitzant un sistema de símbols: figures que representen les persones i línies que descriuen les seues relacions. El genograma actua com un arbre genealògic o un "retrat familiar" i serveix com a registre abreujat de la història familiar. Proporciona informació valuosa sobre antecedents mèdics, malalties hereditàries i dinàmiques relacionals.
4. Ecomapa. És una representació gràfica que il·lustra la interacció entre la família i el seu entorn social. Mostra les connexions de la família amb altres sistemes socials, com amics, veïns, institucions, feina i la comunitat. S'utilitza per a identificar i visualitzar els recursos i suports socials disponibles.

Manual de l'assignatura

Genogrames i ecomapes

El genograma i l'ecomapa són eines gràfiques que s'utilitzen en l'àmbit de la salut, la psicologia i el treball social per a entendre millor les dinàmiques familiars i socials. Encara que tots dos tenen com a objectiu representar les relacions i connexions, es diferencien en l'enfocament i la informació que proporcionen. Mentre que el genograma se centra en l'estructura interna de la família i les relacions entre els membres, l'ecomapa s'enfoca en com la família interactua amb l'entorn social i les xarxes de suport disponibles. Les dues eines són complementàries i poden proporcionar una visió integral de la situació familiar i social.

	Genograma	Ecomapa
Definició i propòsit	És un diagrama que representa l'estructura familiar al llarg de diverses generacions, mostrant les relacions entre els membres de la família, així com informació sobre salut, malalties i dinàmiques familiars. S'utilitza principalment per a entendre les relacions interpersonals i la història de salut d'una família.	És una representació gràfica que il·lustra la interacció entre la família i l'entorn social. Mostra les connexions de la família amb altres sistemes socials, com amics, veïns, institucions, feina i la comunitat. S'utilitza per a identificar i visualitzar els recursos i suports socials disponibles.
Enfocament de la informació	Se centra en l'estructura interna de la família. Inclou detalls com: Relacions entre membres (matrimoni, divorci, etc.). Problemes de salut i antecedents mèdics. Rols familiars i funcions. Dinàmiques de conflicte i suport dins de la família.	Se centra en la interacció externa de la família. Inclou: Relacions de la família amb l'entorn (xarxa de suport). Forces i debilitats de les connexions amb altres sistemes (escola, feina, amics, etc.). Recursos disponibles i nivell de suport que la família rep de l'exterior.
Representació gràfica	Usa símbols específics per a representar als membres de la família (quadrats per a homes, cercles per a dones) i les relacions entre ells (línies horitzontals per a matrimonis, línies verticals per a fills). Els patrons de salut i les dinàmiques familiars es destaquen amb notes, colors o símbols addicionals.	Representa la família com un cercle central, amb línies que connecten a altres cercles que representen les diferents institucions i persones de la seua xarxa social. Les línies poden ser de diferents tipus (contínues, discontinúes) per a indicar la qualitat de la relació (fortes, febles, conflictives).
Utilitat en la pràctica professional	És més útil per a avaluar problemes de salut, dinàmiques familiars i patrons de comportament a través de les generacions. S'utilitza en contextos com la teràpia familiar, la medicina familiar i la genètica.	És més útil per a entendre com la família es relaciona amb l'entorn i el nivell de suport social que té. S'usa en el treball social, la salut comunitària i l'educació.

En crear un genograma, és fonamental ser respectuós amb la privacitat dels membres de la família i obtenir-ne el consentiment per a compartir informació sensible. El genograma no sols serveix per a mapejar relacions familiars, sinó que també és una eina valuosa en l'àmbit de la salut mental i familiar, ja que permet visualitzar la dinàmica familiar i facilitar el diagnòstic i la intervenció.

El genograma és una eina gràfica que permet representar l'estructura familiar i les relacions entre els seus membres al llarg de diverses generacions. Elaborar-lo ajuda a identificar patrons de comportament, problemes de salut i dinàmiques familiars. A continuació es detallen els passos per a crear un genograma i el significat dels símbols utilitzats.

Com fer un genograma familiar:

1. Recopilar informació: Reuneix dades sobre els membres de la família, incloent-hi noms, dates de naixement, dates de defunció i detalls rellevants, com matrimonis, divorcis i relacions significatives. És útil parlar amb diversos membres de la família per a obtenir una visió més completa.
2. Definir l'abast: Decideix quantes generacions desitges incloure en el genograma. Generalment, s'hi inclouen almenys tres generacions (avis, pares i fills).
3. Dibuixar l'estructura bàsica:
 - Comença per dibuixar els membres de la família. Usa quadrats per als homes i cercles per a les dones.
 - Col·loca els membres en un format d'arbre genealògic, amb els avis en la part superior, seguits dels pares i després els fills.
4. Connectar els membres:
 - Usa línies per a connectar els membres de la família i representar les seues relacions.
 - Dibuixa una línia horitzontal entre dues persones per a indicar matrimoni o una relació de parella.
 - Dibuixa una línia vertical que connecte els pares amb els seus fills.
5. Agregar informació addicional:
 - Pots incloure-hi notes sobre malalties, problemes de salut, patrons de comportament, conflictes familiars i qualsevol altre detall rellevant.
 - Usa diferents colors o símbols per a ressaltar informació específica, com problemes de salut o relacions conflictives.

Significat dels símbols utilitzats en un genograma:

Símbol	Significat
Cercle	Representa una dona.
Quadrat	Representa un home.
Línia horitzontal	Indica matrimoni o relació de parella.
Línia vertical	Connecta pares i fills.
Línia discontinua	Indica una relació conflictiva o separada.
X	Indica un membre mort.
Doble línia	Representa una relació forta o estreta.

Manual de l'assignatura

Ombra o color diferent	Indica un problema de salut o una condició específica.
Línia puntejada	Representa una relació no convencional (per exemple, separació o divorci).

Exemple d'un genograma bàsic:

1. Avis: Cercle (àvia) i quadrat (avi) connectats per una línia horitzontal.
2. Pares: Un quadrat (pare) i un cercle (mare) connectats per una línia horitzontal, amb una línia vertical que baixa per a connectar els seus fills.
3. Fills: Cada fill es representa com un quadrat o cercle i es connecta als pares amb una línia vertical.

Situacions que requereixen actuacions amb la família des de l'atenció primària

Les intervencions familiars són especialment importants en diverses situacions que poden afectar la salut dels membres d'una família. Aquestes inclouen:

- Ús excessiu dels serveis sanitaris: Especialment en el cas de dones, hi pot haver un ús elevat dels serveis de salut sense una causa aparent o amb diagnòstics inespecífics, la qual cosa pot indicar problemes subjacents en la dinàmica familiar.
- Famílies disfuncionals: Situacions com la pobresa, la presència de pares adolescents o la desocupació d'un o més membres poden crear un entorn estressant que afecta la salut de tots els integrants.
- Malalties cròniques: Les famílies que afronten malalties cròniques requereixen un enfocament integral que incloga el suport emocional i social, així com la gestió de les cures.
- Malalties rares: L'atenció a les malalties rares pot ser complexa i requereix la col·laboració de tota la família per a manejar els reptes associats amb el diagnòstic i tractament.
- Dependència: La presència de dependència en algun membre de la família, ja siga per raons físiques o mentals, pot impactar en la salut i el benestar de tots els integrants.
- Signes i símptomes mal definits: Situacions en què hi ha símptomes vagues o no diagnosticats poden ser indicatives de problemes emocionals o de comunicació dins de la família.
- Addiccions: La presència d'addiccions, ja siga al joc, a drogues o a l'alcohol, pot desestabilitzar la dinàmica familiar i afectar la salut dels seus membres.
- Trastorns de l'alimentació: Aquests trastorns no sols afecten la persona directament involucrada, sinó que també impacten la família en conjunt, i requereixen atenció i suport.
- Problemes de salut mental: La salut mental d'un o més membres de la família pot influir en la dinàmica familiar i en la capacitat d'afrontar situacions estressants.
- Fills amb alteracions del comportament: Les conductes problemàtiques en els fills poden generar tensió en la llar i afectar la salut emocional de tots els membres de la família.
- Esdeveniments vitals estressants (EVE): Esdeveniments significatius i estressants, com la pèrdua d'un ser estimat o canvis de vida importants, poden afavorir problemes de salut i requereixen un enfocament familiar en la intervenció.

Esdeveniments vitals estressants

Els esdeveniments vitals estressants (EVE) són aquells esdeveniments que les persones perceben com a negatius o no desitjats i que s'acompanyen d'un canvi vital. Aquests esdeveniments són capaços d'afectar la salut individual, així com en la funció familiar. Els esdeveniments vitals estressants (EVE) poden tenir un impacte significatiu en la dinàmica familiar, i l'efecte varia segons diversos factors, com el tipus, la intensitat i les característiques de l'agent estressor, així com la qualitat i quantitat de recursos disponibles en el nucli familiar[101, 102]. A més, l'equilibri o l'homeòstasi de la família, juntament amb les creences i la percepció enfront de l'estressor, juguen un paper fonamental en com s'afronten aquestes situacions. Els estressors poden classificar-se en tres grups: l'ambient físic, que inclou condicions com l'amuntegament i el soroll; l'estructura social, que abasta les condicions econòmiques i laborals, i les situacions conflictives, que són esdeveniments interpersonals que poden incloure malalties greus, discapacitats, defuncions o violència conjugal. L'aparició d'EVE intensos i la falta de recursos familiars adequats poden desencadenar crisis familiars i generar desequilibris que impedeixen el funcionament normal de la llar. Això pot portar a una sèrie de problemes de salut, com malalties cardiovasculars, endocrines i gastrointestinals, així com trastorns psiquiàtrics, com ansietat i depressió. Hem de considerar també en aquest apartat els determinants socials de la salut (DSS), és a dir, les condicions en les quals viuen i treballen les persones i que tenen influència sobre el procés salut-malaltia.

Així, s'estableix un cercle de la pobresa en el qual els problemes de salut s'entrellacen amb la capacitat de la família per a afrontar els estressors, cosa que en dificulta la recuperació i el benestar.

L'efecte dels esdeveniments estressants o dels factors psicosocials depèn de la situació en la qual es trobe la família quan rep l'impacte estressor. Entre els elements familiars hem de tenir en compte:

- Estructura familiar.
- Etapes del cicle vital familiar.
- Creences i experiències.
- Relacions interpersonals.
- Funció familiar.

Per a avaluar l'impacte dels Esdeveniments Vitals Estressants, s'utilitza l'Escala de Reajustament Social (SRRS), desenvolupada per Holmes i Rahe i posteriorment adaptada per De la Revilla per a ajustar-se al nostre context cultural[103-107]. El reajustament es defineix com la «quantitat i duració del canvi en el patró de vida habitual de l'individu».

L'escala consta de 43 ítems, cadascun dels quals associat a un esdeveniment o situació específica, a la qual s'assigna una puntuació, anomenada "Unitats de Canvi Vital" (LCU). Aquestes unitats varien de 100 per a l'esdeveniment més greu fins a 11 per al de menor rellevància.

Per a determinar l'impacte total, se sumen totes les puntuacions dels esdeveniments que la persona ha experimentat en un període d'un any. Si la suma total aconseguix o supera 150 LCU, els autors suggereixen que aquests esdeveniments poden tenir un efecte significatiu en la família o en l'estat de salut d'un o més dels seus membres. Aquest enfocament permet identificar situacions que podrien requerir una atenció especial o intervencions adequades per a mitigar-ne els efectes.

Crisi familiar

La crisi familiar es pot definir com un període de desestabilització que afecta la dinàmica i el funcionament d'una família, i que provoca una deterioració en la seua capacitat per a complir rols i tasques habituals. Segons De la Revilla *et al.* (2007)[103], els elements que defineixen aquesta crisi són: la incapacitat de la família per a complir els rols i les seues tasques habituals en la feina, els negocis i l'escola; la incapacitat per a prendre decisions i solucionar problemes; la incapacitat per a cuidar dels altres de la forma habitual, i una tendència a pensar i preocupar-se més per la "supervivència" personal que pel benestar familiar. En aquest context, el cuidador familiar es converteix en un element crucial, ja que el suport social i les xarxes de suport són essencials per a afrontar aquests desafiaments.

Una de les crisis més significatives que pot afrontar una família és la crisi familiar per malaltia, que generalment transcorre per diverses fases: desorganització, recuperació i reorganització. Durant la fase de desorganització, els conflictes interns es poden aguditzar, i es corre el risc que la família entre en una fase de reorganització precoç, en què la negació pot truncar la resolució efectiva de la crisi. Aquesta reacció és negativa i pot manifestar-se en futures dimensions de la dinàmica familiar.

La crisi es pot evidenciar de diverses maneres, com la participació activa d'un membre de la família en la cura d'un altre, la cerca de comunicació amb altres persones en situacions similars i la consulta sobre els problemes d'altres membres de la família. Aquests comportaments indiquen un procés de descentralització del problema, que facilita una millor assimilació i aprenentatge sobre el maneig de la malaltia. No obstant això, hi ha riscos associats a aquest procés. D'una banda, el malalt pot convertir-se en el centre de l'atenció familiar, la qual cosa porta que la família s'organitze entorn del vincle establert entre el malalt i un dels seus membres. Això pot generar efectes col·laterals negatius en altres àrees del sistema familiar, com l'aparició de problemes de salut en altres membres o dificultats en diferents parcel·les del funcionament familiar.

L'aparició d'una o diverses d'aquestes condicions suggereix que s'ha produït una reorganització precoç que no és adaptativa. Aquesta falta d'adaptació pot portar a una crisi prolongada, que requereix atenció i estratègies adequades per a promoure la salut i el benestar de tots els membres de la família.

Capítol 12: El maltractament en la infància: El paper de la infermeria comunitària

Introducció

El maltractament infantil és un problema de salut pública global que requereix una resposta integral i coordinada per part de tots els actors involucrats en la protecció infantil⁴⁹.

Les seqüeles que genera a curt i llarg termini poden afectar de manera devastadora el desenvolupament físic, emocional i social dels infants, i comprometre'n el benestar integral i la qualitat de vida futura. El maltractament infantil abasta dimensions físiques, psicològiques, socials i legals, la qual cosa requereix un abordament interdisciplinari, coordinat i centrat en l'interès superior del menor. Un infant que pateix maltractament afronta una experiència traumàtica que pot afectar la seua salut i desenvolupament. En aquest context, els professionals de la salut exerceixen un paper clau en l'inici del seu procés de recuperació. La infermeria comunitària exerceix un paper essencial en la detecció precoç, prevenció i intervenció en casos de maltractament infantil. A través d'una actuació basada en l'observació, l'avaluació i la intervenció, el personal d'infermeria pot marcar una diferència significativa en la vida dels infants maltractats i assegurar-ne el benestar i protecció. Les estratègies preventives, que inclouen l'educació, el suport a les famílies vulnerables i la intervenció primerenca, són fonamentals per a reduir la incidència del maltractament i mitigar les seues conseqüències devastadores.

Magnitud del problema

El maltractament infantil és un fenomen que afecta milions d'infants a tot el món. Segons dades recents proporcionades per l'Organització Mundial de la Salut (OMS)[108, 109], aproximadament l'1 de cada 4 adults en el món ha experimentat algun tipus de maltractament infantil. Això es tradueix en més de 1.000 milions d'infants d'entre 2 i 17 anys que han patit violència física, sexual o emocional. Les estadístiques d'UNICEF estimen que, cada any, prop de 300 milions d'infants són víctimes d'alguna mena de violència a casa, i al voltant de 250 milions són víctimes de violència física per part dels seus cuidadors. D'altra banda, una de cada 5 dones i 1 de cada 13 homes declaren haver patit abusos sexuals en la infància. Malgrat aquestes dades, encara falten dades sobre la situació en molts llocs que es veu agreujada en situacions de conflicte o entre refugiats. Les xiquetes són especialment vulnerables a la violència, explotació i abusos sexuals per part de combatents, forces de seguretat i altres membres de la comunitat. A Espanya, segons dades del Ministeri de Sanitat, en 2023 es van registrar més de 19.000 casos de maltractament infantil denunciats, encara que es considera que hi ha un alt subregistrament a causa de la falta de notificació i a la invisibilitat de molts casos⁵⁰.

La magnitud del problema també pot observar-se en les conseqüències fatals. L'OMS informa que prop de 40.000 infants menors de 18 anys moren cada any com a resultat de maltractament físic greu, amb taxes més altes en països d'ingressos baixos i mitjans. El maltractament infantil

49 Maltractament infantil. Disponible a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> . Accés el 27/1/25.

50 Violence against children Documents. Disponible a: <https://www.paho.org/en/documents/topics/violence-against-children> Accés el 29/1/25.

no sols és un problema ètic i de drets humans, sinó que també representa un gran desafiament econòmic. Les seqüeles del maltractament infantil poden generar costos considerables en termes d'atenció mèdica, intervenció psicològica i pèrdua de productivitat en la vida adulta. És possible prevenir el maltractament infantil abans que es produïsca, i per a això és necessari un enfocament multisectorial. Els programes preventius eficaços donen suport als pares i els aporten coneixements i tècniques positives per a criar als seus fills. L'atenció contínua als infants i a les famílies pot reduir el risc de repetició del maltractament i minimitzar-ne les conseqüències.

Definicions de maltractament infantil i tipus de maltractament

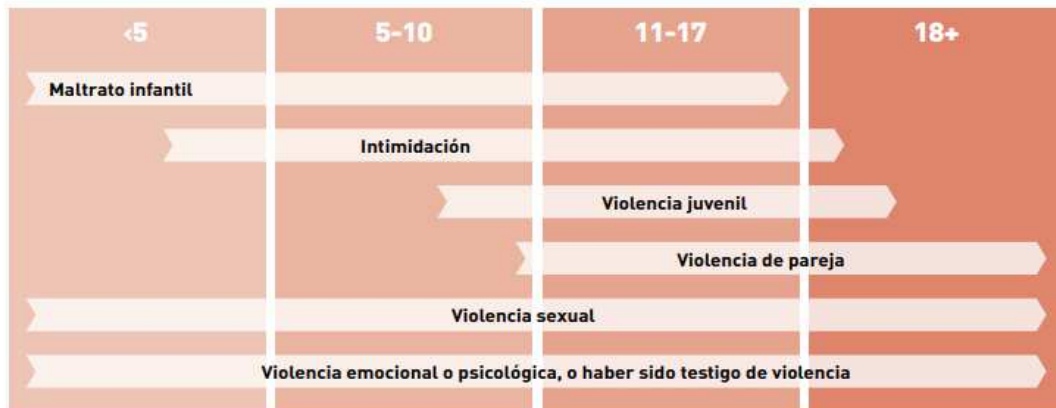
El maltractament infantil es defineix generalment com qualsevol acció o omissió, intencionada o no, que provoqe dany físic, emocional, psicològic o negligència en un menor de 18 anys per part dels seus pares, cuidadors o qualsevol altra persona en posició de poder o autoritat sobre ell. L'OMS defineix el maltractament infantil com l'abús i la desatenció que es produeixen dins de l'àmbit familiar o del cercle de confiança de l'infant[108-110]. Aquest tipus de violència inclou tant els actes de comissió (agressió física, abús sexual) com els d'omissió (negligència i abandó).

Així, podem trobar diferents definicions:

- Centre Internacional de la Infància de París: El maltractament infantil es defineix com "l'acció, l'omissió o el tracte negligent, no accidental, que priva l'infant dels seus drets i benestar, que amenaça i/o interfereix el seu ordenat desenvolupament físic, psíquic o social, i els autors del qual poden ser persones, institucions o la mateixa societat."
- L'OMS i l'OPS: L'abús o maltractament de menors abasta tota forma de maltractament físic i/o emocional, abús sexual, abandó o tracte negligent, explotació comercial o d'un altre tipus, de la qual resulte un dany real o potencial per a la salut, la supervivència, el desenvolupament o la dignitat de l'infant en el context d'una relació de responsabilitat, confiança o poder."
- La Convenció sobre els Drets de l'Infant, en l'article 19 fa referència al maltractament infantil com "tota forma de perjudici o d'abús físic o mental, descuit o tracte negligent, maltractaments o explotació, inclòs l'abús sexual, mentre l'infant es troba sota la custòdia dels pares, d'un representant legal o de qualsevol altra persona que el tinga a càrrec".
- Segons Paul, s'entén per maltractament infantil "qualsevol acció, omissió o tracte negligent, no accidental, per part dels pares, cuidadors o per institucions, que compromet la satisfacció de les necessitats bàsiques del menor i impedeix i interfereix en el seu desenvolupament físic, psíquic i/o social. També es consideren maltractament infantil els casos d'abús sexual comeses per menors de 18 anys, quan siguen significativament majors que la víctima o quan estiguen en una posició de poder o control sobre ella"[108].⁵¹

⁵¹ Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. "[Global prevalence of past-year violence against children: systematic review and minimum estimates.](#)" *Pediatrics* 2016; 137(3): e20154079.

La violencia contra los niños adopta formas distintas según la edad



Il·lustració 2. Obtinguda de:

https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/inspire_executivesummary_es.pdf?ua=1

El maltractament infantil pot manifestar-se de diverses formes i graus de gravetat, i rares vegades ocorre de manera aïllada, sinó que se sol combinar amb altres tipus de maltractament. Es pot classificar segons el moment en què ocorre (prenatal o postnatal), segons els responsables (familiar, extrafamiliar, institucional o social), i segons les accions que el constitueixen (físic, negligència, emocional o abús sexual). També hi ha situacions relacionades amb aquestes formes bàsiques, com la corrupció, l'explotació laboral, problemes de conducta, retard no orgànic del creixement i la síndrome de Münchhausen per poders. Entre els tipus de maltractament descrits trobem:

1. **Maltractament físic:** Es refereix a qualsevol mal físic infligit a l'infant de manera intencionada, com cops, cremades, fractures o sacsejades. Aquest tipus de maltractament pot tenir conseqüències greus, des de lesions permanents fins a la mort.
2. **Maltractament emocional o psicològic:** Consisteix en conductes que causen dany emocional o psicològic a l'infant, com insults, humiliacions, amenaces, aïllament o indiferència. Aquest tipus de maltractament pot ser difícil d'identificar i les seues seqüeles són sovint de llarg termini, ja que afecten l'autoestima i el desenvolupament emocional.
3. **Abús sexual:** Es refereix a qualsevol tipus de contacte sexual o activitat sexual no apropiada per a l'edat de l'infant, ja siga amb contacte físic o sense. Inclou des de l'exhibicionisme i la pornografia infantil fins a la penetració.
4. **Negligència o abandó:** És l'omissió de les cures necessàries per a garantir el desenvolupament físic, emocional i social de l'infant. Inclou la falta d'alimentació adequada, cures mèdiques, educació o supervisió.
5. **Maltractament institucional:** Ocorre quan les institucions, com escoles, centres d'acollida o sistemes de justícia, fallen a l'hora de protegir els drets i el benestar dels infants, o quan els infants pateixen abusos dins d'aquestes institucions.

En els lactants i infants petits, aquest maltractament prové principalment de pares, cuidadors i altres figures d'autoritat. A mesura que creixen, la violència entre companys i en relacions de

parella es torna comuna, i es manifesta en intimidacions, baralles i agressions sexuals, sovint amb armes.

Factors de risc

El maltractament infantil és un fenomen complex i multifactorial. Encara que pot ocórrer en qualsevol context socioeconòmic o cultural, hi ha factors de risc específics que augmenten la probabilitat de què un infant siga víctima de maltractament. Aquests factors es poden dividir en quatre nivells: individual, familiar, comunitari i social.

- Factors individuals

- Edat: Els infants més petits, especialment els menors de 4 anys, són més vulnerables al maltractament a causa de la seua dependència física i emocional.
- Discapacitat o malalties cròniques: Els infants amb discapacitats físiques o cognitives, o aquells que pateixen malalties cròniques, tenen un major risc de ser víctimes de maltractament.
- Problemes de comportament: Els infants que presenten trastorns de conducta, hiperactivitat o problemes emocionals poden desencadenar una resposta abusiva per part dels cuidadors.

- Factors familiars

- Història de violència familiar: Els pares que han sigut víctimes de maltractament infantil o que han presenciat violència domèstica tenen més probabilitats de repetir aquest patró amb els seus fills.
- Problemes de salut mental: Trastorns psiquiàtrics, com la depressió o l'addicció a substàncies, augmenten el risc de maltractament infantil en l'entorn familiar.
- Baix nivell socioeconòmic: Les famílies que afronten pobresa extrema, desocupació o estrès econòmic poden ser més propenses a recórrer a la violència com a manera de bregar amb els seus problemes.
- Famílies monoparentals o disfuncionals: Les llars on no existeixen xarxes de suport social o on les dinàmiques familiars són disfuncionals també representen un factor de risc.

- Factors comunitaris i socials

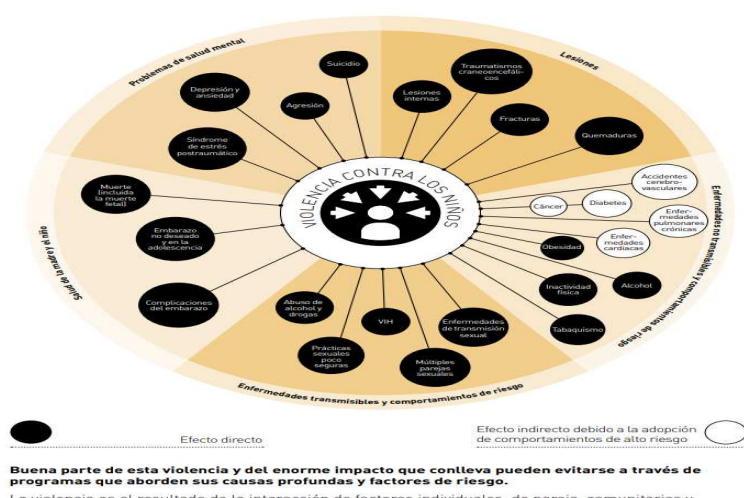
- Falta d'accés a serveis: La falta de recursos i serveis comunitaris, com atenció mèdica, suport psicològic o programes d'assistència social, pot incrementar la vulnerabilitat dels infants al maltractament.
- Normes culturals que toleren la violència: En algunes cultures, el càstig físic és acceptat com una forma de disciplina, la qual cosa pot justificar o invisibilitzar situacions d'abús.
- Desigualtat de gènere i discriminació: Els infants que pertanyen a minories ètniques o que viuen en contextos de discriminació són més vulnerables a ser víctimes de violència i maltractament.

Repercussions per a la infància

El maltractament infantil té repercussions profundes i duradores en la vida dels infants que l'experimenten. Aquestes conseqüències poden manifestar-se de manera immediata i prolongar-se fins a la vida adulta. Les principals àrees afectades inclouen:

- Salut física. El maltractament físic pot resultar en lesions greus, com fractures, hematomes, danys neurològics o, en casos extrems, la mort. A més, els infants que pateixen maltractament presenten un major risc de desenvolupar malalties cròniques, com problemes cardiovasculars, malalties respiratòries o trastorns immunològics, a causa de l'estrès i la tensió a llarg termini.
- Salut mental. Les seqüeles psicològiques del maltractament infantil són profundes. Els infants maltractats tenen un major risc de patir depressió, ansietat, trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT), trastorns de la inclinació, trastorns de l'alimentació i abús de substàncies. Els sentiments d'inseguretat, por i baixa autoestima que es desenvolupen en la infància poden acompanyar l'infant durant tota la vida i afectar les seues relacions interpersonals i la seua capacitat per a portar una vida plena i satisfactòria.
- Desenvolupament cognitiu i acadèmic. El maltractament infantil pot interferir amb el desenvolupament cognitiu i acadèmic dels infants. Les dificultats de concentració, els problemes de memòria i les alteracions en el desenvolupament neurològic poden afectar negativament el rendiment escolar, fet que augmenta les taxes de deserció escolar i disminueix les oportunitats futures d'ocupació.
- Relacions interpersonals. Els infants que han sigut víctimes de maltractament solen tenir dificultats per a establir relacions saludables en la vida adulta. Poden desenvolupar patrons de relació disfuncionals, com la incapacitat de confiar en els altres o la propensió a la violència en les pròpies relacions familiars o socials. També existeix un risc elevat que perpetuen el cicle de violència en les pròpies famílies.
- Impacte a llarg termini en la vida adulta. L'impacte del maltractament infantil s'estén fins a la vida adulta. Els estudis han demostrat que les persones que han patit maltractament infantil tenen un major risc de desenvolupar problemes de salut mental i física, d'afrontar dificultats socioeconòmiques i de veure's involucrades en conductes de risc, com la delinqüència, l'abús de substàncies o la violència domèstica.

Posibles consecuencias sobre la salud de la violencia contra los niños



Il·lustració 3. Obtinguda de:

Estratègies de prevenció del maltractament infantil

La prevenció del maltractament infantil és un aspecte crucial per a la protecció i el benestar dels infants, que requereix un enfocament multisectorial i programes de suport als pares, centrats en la criança positiva. Entre les estratègies eficaces hi ha:

- Visites domiciliàries de personal d'infermeria per a proporcionar suport i formació.
- Formació en grup per a pares que millora les seues habilitats i promou estratègies positives de criança.
- Intervencions multifacètiques, que combinen suport als pares, educació preescolar i atenció infantil.

Gran part de la violència i l'impacte que té poden prevenir-se mitjançant programes que n'aborden les causes profundes i els factors de risc. La violència sorgeix de la interacció entre factors individuals, de parella, comunitaris i socials, que són els pilars de les estratègies proposades per INSPIRE⁵². Un factor social rellevant és el de les normes de gènere, que incrementen la vulnerabilitat d'infants i adolescents a la violència, ja que reforcen la desigualtat de les xiquetes i dones i augmenten la probabilitat que xiquets i homes cometin actes violents.

Així, la visió d'INSPIRE[108-111] és un món en el qual els governs, amb el suport actiu de la societat civil i les comunitats, implementen i supervisen regularment intervencions per a prevenir i combatre la violència contra infants i adolescents, i ajudar-los a desenvolupar el seu màxim potencial. Aquesta visió reforça les proteccions establides per la Convenció sobre els Drets de l'Infant, que obliga els estats a prendre mesures legislatives, administratives, socials i educatives per a protegir els infants de qualsevol forma de violència. A més, subratlla la urgència d'abordar l'impacte social i de salut pública que genera la violència contra la infància.

INSPIRE cerca ajudar els països a complir amb els Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS), especialment la meta 16.2, que es proposa eliminar el maltractament, l'explotació i totes

⁵² https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Child-Victims/Executive_Summary-Spanish.pdf

les formes de violència contra els infants; la meta 5.2, que cerca eliminar la violència contra dones i xiquetes, i la meta 16.1, que apunta a reduir totes les formes de violència i les taxes de mortalitat associades a nivell mundial.

INSPIRE proposa set estratègies clau que, en conjunt, ofereixen un marc integral per a posar fi a la violència contra els infants. Cada estratègia té un objectiu específic, una justificació, mesures concretes per a la implementació i proves de la seua eficàcia. A més, INSPIRE inclou dues activitats transversals que connecten i reforcen aquestes estratègies, així com mecanismes per a avaluar-ne el progrés.

Les set estratègies són:

1. Implementació i vigilància de la legislació: Prohibir el càstig violent i regular l'accés a armes i alcohol.
2. Modificació de normes i valors: Canviar normes que toleren l'abús sexual o l'agressivitat entre infants.
3. Seguretat en l'entorn: Identificar zones amb alta violència i actuar amb vigilància policial i altres intervencions.
4. Suport a progenitors i cuidadors: Oferir formació sobre criança a pares primerencs o joves.
5. Enfortiment econòmic: Promoure programes de microfinançament i educació sobre igualtat de gènere.
6. Resposta dels serveis d'atenció: Assegurar que els infants víctimes de violència reben atenció d'emergència i suport psicosocial.
7. Educació i habilitats pràctiques: Garantir l'accés a l'escola i l'ensenyament d'aptituds socials i per a la vida.



Les estratègies preventives a tenir en compte es divideixen en tres nivells: prevenció primària, secundària i terciària.

- Prevenió primària. La prevenió primària té com a objectiu evitar que el maltractament ocorregui en primer lloc. Això s'aconsegueix mitjançant intervencions que promoguen un entorn segur i saludable per als infants, reduint els factors de risc i enfortint els factors protectors.

1. Educació per a pares: Programes de formació en habilitats parentals que promoguen la criança positiva i no violenta. Aquests programes ajuden els pares a gestionar l'estrès, desenvolupar mètodes de disciplina adequats i millorar la comunicació amb els fills.

2. Campanyes de conscienciació pública: Les campanyes que promouen la sensibilització sobre els drets dels infants, les conseqüències del maltractament i la importància de la criança afectiva poden contribuir a canviar les normes socials que perpetuen la violència.

3. Suport a famílies vulnerables: Els programes de suport a famílies en situació de risc, com ajudes econòmiques, accés a serveis de salut, assessorament i orientació social, són essencials per a reduir l'estrès i la pressió que poden desencadenar el maltractament.

- Prevenió secundària. La prevenió secundària es dirigeix a les famílies i infants que estan en risc de patir maltractament, amb la finalitat de detectar i detenir el maltractament al més prompte possible.

1. Programes d'intervenció primerenca: La identificació primerenca d'infants i famílies en risc permet oferir intervencions específiques, com visites domiciliàries per part d'infermeres comunitàries, que poden ajudar a prevenir l'escalada de la violència.

2. Cribratge en entorns de salut i educatius: L'ús d'eines d'avaluació i cribratge en escoles, centres de salut i altres serveis comunitaris per a identificar signes de maltractament o negligència en etapes inicials.

3. Suport psicològic i social: Proporcionar suport psicològic als infants i als pares que afronten situacions d'estrès o conflicte familiar, així com intervencions terapèutiques que aborden els problemes emocionals i de comportament.

- Prevenió terciària. La prevenió terciària s'enfoca a minimitzar les conseqüències del maltractament una vegada que ja ha ocorregut, i a prevenir la recurrència de l'abús.

1. Rehabilitació i teràpia per a víctimes de maltractament: Els infants que han patit maltractament necessiten atenció psicològica i emocional especialitzada. Les intervencions terapèutiques poden incloure teràpia cognitivoconductual, teràpies familiars i programes de suport social.

2. Suport a les famílies: Treballar amb les famílies per a assegurar que s'implementen canvis positius en la llar, a través de programes d'intervenció intensiva, conselleria familiar i monitoratge continu.

3. Intervencions judicials i protecció infantil: Assegurar que els sistemes de justícia i protecció infantil treballen coordinadament per a protegir els infants de futures situacions de maltractament. Això pot incloure mesures com la retirada temporal o permanent de la custòdia dels pares abusius.

Protocols per a la detecció i actuació de la infermeria comunitària enfront del maltractament infantil

La detecció precoç del maltractament infantil és essencial per a prevenir un major mal als infants i proporcionar-los l'atenció i protecció necessàries. Les mesures de protecció per a menors estan regulades en diverses normes jurídiques a Espanya, com el Codi Civil, la Llei Orgànica 1/1996, de Protecció Jurídica del Menor⁵³, i la Llei 26/2018 de la Generalitat Valenciana⁵⁴. Aquestes lleis estableixen accions per a prevenir, detectar i reparar situacions de risc o desemparament que afecten els menors, prioritzant les mesures familiars sobre les residencials, les estables sobre les temporals i les consensuades sobre les imposades[112].

- Desemparament: Es refereix a situacions en les quals els menors manquen de l'atenció adequada dels seus pares o tutors, la qual cosa genera la necessitat d'intervenció dels poders públics per a protegir els seus drets. Segons la Llei Orgànica 1/1996, en aquests casos, l'Estat assumeix la tutela automàtica del menor sense necessitat d'intervenció judicial prèvia.
- Tutela: Consisteix en l'assumpció de responsabilitats legals i de protecció del menor per part d'una entitat pública, que pot ser temporal o permanent. La tutela s'aplica quan els pares o tutors no poden cuidar adequadament el menor, o en casos de desemparament.
- Guarda: Implica la custòdia i la cura del menor, però no implica la pèrdua de la pàtria potestat dels pares. La guarda pot ser exercida per familiars o altres persones o institucions quan els pares no poden fer-se càrrec temporalment del menor.

La Llei 26/2018 de la Generalitat Valenciana estableix que les administracions públiques han de promoure accions preventives que garantisquen el desenvolupament integral dels menors en un entorn familiar estable. L'objectiu és assegurar el seu benestar físic, mental i psicosocial, considerant el nucli familiar com l'espai òptim per al seu desenvolupament.

El personal d'infermeria comunitària té un rol fonamental en aquest procés, ja que pot ser un dels primers professionals a identificar signes de maltractament i activar els protocols corresponents.

Detecció de maltractament infantil

El primer pas en l'actuació de la infermera comunitària és la identificació dels signes i símptomes de maltractament infantil. Per a això, és fonamental realitzar una avaluació exhaustiva de l'infant en cada visita, parant especial atenció als següents aspectes:

1. Signes físics: Lesions físiques inexplicables, com hematomes, cremades, fractures o talls que no coincideixen amb la història proporcionada pels cuidadors.

⁵³ Llei Orgànica 1/1996, de Protecció Jurídica del Menor. Disponible a: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1996/01/15/1/con>

⁵⁴ Llei 26/2018, del 21 de desembre, de Drets i Garanties de la Infància i l'Adolescència. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2019/BOE-A-2019-1986-consolidado.pdf>

2. Canvis en el comportament: Un infant que mostra por excessiva cap als adults, retraïment, ansietat, agressivitat o canvis sobtats en el rendiment escolar pot estar patint maltractament.
3. Descuit evident: Signes de desnutrició, falta d'higiene, roba inadequada per al clima o falta d'atenció mèdica són indicatius de negligència.
4. Conductes sexuals inapropiades: En el cas d'abús sexual, l'infant pot mostrar coneixements o conductes sexuals inapropiades per a l'edat.

Actuació de la infermera comunitària

Una vegada que se sospita de maltractament, el personal d'infermeria comunitària ha de seguir els protocols establits per a assegurar que l'infant reba la protecció adequada[113]. Els passos a seguir inclouen:

1. Notificació obligatòria: En molts països, el personal d'infermeria i altres professionals de la salut tenen l'obligació legal de reportar qualsevol sospita de maltractament infantil a les autoritats competents, com els serveis de protecció infantil o la policia.
2. Documentació exhaustiva: És essencial que el personal d'infermeria registre detalladament qualsevol signe físic o comportament observat, així com les declaracions de l'infant i dels cuidadors. La documentació ha de ser precisa i objectiva, i pot ser crucial en el procés legal.
3. Coordinació amb altres professionals: El personal d'infermeria ha de treballar en estreta col·laboració amb altres professionals, com treballadors socials, psicòlegs i metges, per a garantir un enfocament integral i multidisciplinari en la intervenció.
4. Suport emocional a l'infant i a la família: A més d'activar els protocols de protecció, el personal d'infermeria ha de brindar suport emocional a l'infant i a la seua família, assegurant-se que reben l'atenció psicològica i social que necessiten.
5. Seguiment i avaluació contínua: Una vegada s'ha detectat un cas de maltractament, el personal d'infermeria comunitària ha de realitzar un seguiment continu per a garantir que l'infant estiga segur i que s'implementen les mesures de protecció adequades. Això pot incloure visites domiciliàries periòdiques, contacte amb els serveis de protecció infantil i l'avaluació del progrés de l'infant.

L'atenció sanitària a les persones trans en la consulta d'infermeria comunitària

L'atenció adequada a les persones trans des de la consulta d'infermeria comunitària és essencial per a garantir un tracte digne, evitar maltractaments i promoure la igualtat en l'accés a la salut. A continuació, s'aborden les definicions clau, el marc de drets humans i les pràctiques recomanades per a l'atenció sanitària.

Cal tenir en compte uns conceptes clau:

- Sexe: Es refereix a les característiques biològiques, com òrgans sexuals, cromosomes i hormones. Les persones intersexuals presenten variacions anatòmiques o fisiològiques que no encaixen en les categories típiques de mascle o femella.

- Gènere: És una construcció social i cultural que defineix rols, comportaments i expectatives atribuïdes segons el sexe assignat en néixer. Inclou conceptes com masculinitat, feminitat i no conformitat amb els rols tradicionals.
- Orientació sexual: Descriu l'atracció física, emocional i romàntica cap a altres persones, i no sempre segueix el patró cisheteronormatiu.

Drets humans i normatives

La protecció dels drets humans és un principi fonamental que garanteix la dignitat i el benestar de totes les persones, independentment de la seua identitat de gènere o orientació sexual. Des de la Declaració Universal dels Drets Humans de 1948 s'han establert bases universals per a la igualtat, el dret a la salut i la no discriminació. Al llarg de les dècades, aquests drets han sigut reforçats per tractats, declaracions i normatives específiques que aborden les necessitats de les persones LGBTIQ+, i en particular de les persones trans.

Un dels avenços més rellevants són els Principis de Jakarta (2006), que estableixen l'aplicació de les lleis internacionals de drets humans en relació amb l'orientació sexual i la identitat de gènere. El principi 2 garanteix la igualtat i la no discriminació, i urgeix als estats a adoptar mesures per a assegurar el ple gaudi d'aquests drets sense cap perjudici. Aquest marc ha inspirat normatives nacionals i regionals a tot el món, incloses iniciatives a la Unió Europea com les resolucions del Parlament Europeu de 1994, 2006, 2012 i 2014, que destaquen la necessitat de combatre l'homofòbia, la transfòbia i qualsevol forma de discriminació.

A Espanya, encara que no hi ha un marc legal únic a nivell estatal que regule l'atenció sanitària per a persones trans, diverses comunitats autònomes han implementat lleis i protocols específics que inclouen accés a serveis especialitzats, suport en el canvi de nom i gènere en documentació administrativa, i programes educatius i sanitaris inclusius. Exemples destacats inclouen la Llei 3/2007, que regula el canvi de nom i menció de gènere en el registre civil, així com legislacions autonòmiques en comunitats com Andalusia, Catalunya i la Comunitat Valenciana.

No obstant això, el panorama global continua sent desigual. En molts països, les persones LGBTIQ+ s'enfronten a la persecució, a l'empresonament i fins i tot a la pena de mort a causa de lleis que penalitzen la seua orientació sexual o identitat de gènere. Actualment, 68 països consideren il·legals les relacions entre persones del mateix gènere, i en 11 d'ells s'imposen penes de mort. A això s'hi suma la violència quotidiana, el discurs d'odi i la discriminació institucional que afronten, fins i tot en regions on els seus drets estan legalment protegits.

Dins de l'àmbit sanitari persisteix la falta d'equitat. Hi ha estudis recents que mostren que un alt percentatge de persones trans evita acudir a serveis mèdics per temor al maltractament o la discriminació. Aquesta situació exigeix un compromís actiu per part de les institucions sanitàries per a eliminar barreres i fomentar espais segurs i respectuosos.

Per a garantir l'accés a la salut i els drets fonamentals, és essencial que les persones trans coneguen les normatives i serveis disponibles. Els professionals sanitaris han d'informar-los sobre els seus drets i, quan siga necessari, remetre-les a organitzacions especialitzades o recursos comunitaris que puguin brindar-los suport integral. Això inclou la sensibilització cap a lleis específiques que regulen la seua identitat de gènere, l'accés a serveis sanitaris inclusius i el combat a la transfòbia en totes les formes.

Atenció sanitària en infermeria comunitària

L'atenció sanitària a les persones trans ha de centrar-se en l'empatia, el respecte i la personalització. Aquest enfocament és fonamental per a superar les barreres històriques de discriminació i estigmatització a què s'enfronten les persones trans en els entorns d'atenció mèdica.

Les consultes d'infermeria comunitària, com a primer punt de contacte amb el sistema sanitari, exerceixen un paper fonamental en la promoció de la salut i en la reducció de desigualtats. Aquestes consultes han de garantir espais segurs i lliures de prejudicis, a més de proporcionar una atenció integral que considere les necessitats mèdiques, socials i emocionals de cada persona. Així, l'atenció ha de centrar-se en uns aspectes clau:

- Personalització de l'abordament: Cada procés de transició és únic. És imprescindible comprendre les necessitats individuals a través d'una entrevista respectuosa, explorant aspectes com el moment del trànsit, les vivències personals i els suports disponibles.
- Atenció integral: Les consultes han d'abordar les necessitats des d'una perspectiva multidisciplinària. Això inclou:
 - Derivació a especialistes segons les necessitats mèdiques específiques (endocrinologia, cirurgia, ginecologia, urologia, etc.).
 - Atenció psicològica per a tractar aspectes emocionals relacionats amb la identitat de gènere o el rebuig social.
 - Suport social per a superar barreres d'accés a l'ocupació, habitatge o educació derivades de la transfòbia.
 - Educació i sensibilització: Els professionals sanitaris han d'estar capacitats per a oferir una atenció inclusiva. Això implica conèixer els protocols i serveis específics disponibles per a persones trans en cada comunitat autònoma.
 - Accés a informació: És fonamental informar les persones trans sobre els seus drets i serveis especialitzats, així com dirigir-los a recursos comunitaris o associacions especialitzades quan siga necessari.

Què fer i què no fer

Per a garantir una atenció inclusiva i respectuosa, els professionals de la salut han d'adoptar pràctiques positives i evitar comportaments que perpetuen la discriminació.

Què fer:

- Respectar la identitat de gènere: Preguntar de manera respectuosa quin és el nom i els pronoms preferits, i utilitzar-los sempre, fins i tot si no coincideixen amb les dades oficials.
- Crear un espai segur: Assegurar-se que la consulta siga un lloc lliure de prejudicis, on les persones puguin expressar les seues necessitats i preocupacions sense por del judici.
- Cridar per cognoms en espais públics: Això evita exposar les persones trans la documentació de les quals no reflecteix la seua identitat de gènere.
- Formar-se constantment: Conèixer les lleis, protocols i serveis específics per a persones trans a la zona. Mantenir-se actualitzat sobre les millors pràctiques en l'atenció sanitària inclusiva.

- Garantir la confidencialitat: No divulgar informació sobre la identitat de gènere o orientació sexual d'una persona sense el seu consentiment.
- Actitud oberta i positiva: Reconèixer la diversitat com una riquesa i promoure un tracte equitatiu per a tothom.
- Derivació adequada: Si la consulta aborda necessitats relacionades amb el trànsit, derivar a especialistes competents (endocrinologia, psicologia, etc.) en compte de remetre automàticament a psiquiatria, llevat que siga necessari.

Què no fer:

- Invalidar la identitat de gènere: No ignorar el nom o pronoms triats, ni qüestionar la identitat de gènere d'una persona trans.
- Realitzar preguntes invasives: Evitar consultes innecessàries sobre la genitalitat, cirurgies o altres aspectes corporals que no siguen rellevants per a l'atenció mèdica en curs.
- Tolerar comentaris discriminatoris: No permetre ni participar en comentaris irrespectuosos cap a la diversitat sexual o de gènere.
- Assumir diagnòstics: Ser trans no és una malaltia mental. No remetre automàticament a psiquiatria llevat que siga sol·licitat o estrictament necessari.
- Exposar la persona: No pressionar algú a "eixir de l'armari" ni parlar de la seua identitat de gènere sense la seua autorització.

La consulta d'infermeria comunitària ha de ser un entorn on les persones trans senten confiança i reben un tracte digne. La formació contínua, el compromís ètic i la sensibilització cap a la diversitat són fonamentals per a eliminar les desigualtats en salut i garantir una atenció de qualitat.

Facultat d'Infermeria i Podologia

La mutilació genital femenina

La mutilació genital femenina (MGF) és una pràctica que reflecteix les desigualtats de gènere més profundes i afecta de manera irreversible la vida de milions de dones i xiquetes. La seua erradicació requereix esforços sostinguts en múltiples nivells: educació, sensibilització, atenció sanitària i polítiques públiques. La infermeria comunitària, amb el seu enfocament de proximitat i atenció integral, és clau per a prevenir nous casos, atendre les víctimes i liderar el canvi social necessari per a posar fi a aquesta forma de violència de gènere[114-116].

La MGF és una pràctica profundament arrelada en certes cultures que constitueix una forma de maltractament infantil i violència de gènere. És una violació greu dels drets humans i els drets de la infància, ja que atempta contra la salut, la seguretat, la integritat física i el desenvolupament de les xiquetes. Aquesta pràctica, realitzada en la majoria dels casos en menors de 18 anys, es perpetua com un mecanisme de control de la sexualitat femenina i una expressió de discriminació de gènere. Encara que es presenta com una tradició cultural, representa un acte d'abús irreversible que deixa seqüeles físiques i psicològiques per a tota la vida. A més, la MGF no sols implica danys físics immediats, sinó que perpetua el cicle de subordinació de les dones a les estructures socials patriarcal.

La MGF abasta tots els procediments que impliquen l'ablació parcial o total dels genitals externs femenins, així com qualsevol altra lesió en els òrgans genitals sense fins terapèutics. La seua motivació radica en raons culturals, socials o religioses, sense cap justificació mèdica. Reconeguda internacionalment com una violació dels drets humans, la MGF té conseqüències devastadores per a la salut física, mental i sexual de les xiquetes i dones que la pateixen. Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), constitueix una manifestació extrema de la desigualtat de gènere i un acte de violència contra les dones pel simple fet de ser-ho.

Més de 200 milions de xiquetes i dones en el món han sigut sotmeses a MGF, la majoria de les quals resideix en països de l'Àfrica subsahariana, l'Orient Mitjà i algunes regions d'Àsia. També s'han identificat casos en comunitats de migrants a Europa, l'Amèrica del Nord i Austràlia. Segons l'informe d'UNICEF de 2013, prop de 30 milions de xiquetes podrien estar en risc de patir aquesta pràctica en la dècada vinent. A Espanya, s'estima que al voltant de 17.000 xiquetes estan en risc, principalment en comunitats migrants provinents de països on la MGF és prevalent, com el Senegal, Nigèria i Gàmbia.

La MGF està impulsada per una combinació de factors culturals, socials, religiosos i econòmics que varien segons la regió i la comunitat:

- Tradició i costum: És vista com una pràctica que preserva l'honor familiar i assegura l'acceptació social de les xiquetes.
- Control de la sexualitat: Es creu que la MGF redueix el desig sexual, la qual cosa garanteix la castedat prematrimonial i la fidelitat matrimonial.
- Motivacions estètiques i de puresa: En algunes cultures, els genitals femenins són considerats "impurs" o "no estètics", la qual cosa reforça la pràctica.
- Creences religioses: Encara que cap religió principal la prescriu, sovint es justifica falsament com un mandat espiritual.
- Raons econòmiques: La MGF es relaciona amb la possibilitat de contraure matrimoni i, per tant, amb l'estabilitat econòmica i social de la família.

L'OMS classifica la MGF en quatre tipus principals:

1. Tipus I (Clitoridectomia): Extirpació parcial o total del clítoris i, en alguns casos, del prepuci.
2. Tipus II (Escissió): Ablació del clítoris i els llavis menors, amb o sense eliminació dels llavis majors.
3. Tipus III (Infibulació): Estrenyiment de l'obertura vaginal mitjançant el tall i cosit dels llavis, amb o sense resecció del clítoris.
4. Tipus IV: Inclou pràctiques diverses, com perforació, raspat, cauterització o altres formes de dany als genitals externs.

Els tipus I i II són els més freqüents, mentre que la infibulació (tipus III), encara que menys comuna, és la més greu i amb més riscos per a la salut.

La MGF no té cap benefici mèdic i està associada amb greus complicacions a curt, mitjà i llarg termini:

1. Físiques:

- Curt termini: Dolor extrem, hemorràgies greus, infeccions locals i sistèmiques (incloent-hi VIH) i risc de mort per septicèmia o xoc hemorràgic.
- Mitjà termini: Formació de cicatrius queloidals, infeccions pelvianes recurrents i problemes menstruals.
- Llarg termini: Dificultats durant el part, disfunció urinària, fistules vesicovaginals i augment de la mortalitat maternoinfantil.

2. Psicològiques:

- Depressió, trastorns d'ansietat, estrès posttraumàtic i pèrdua d'autoestima.
- Conflictes d'identitat i rebuig a la sexualitat, especialment en dones migrants que s'enfronten a valors culturals diferents en països d'acolliment.

3. Sexuals:

- Disparèunia (dolor durant les relacions sexuals), anorgàsmia i rebuig al coit.
- Sensació de mutilació, la qual cosa afecta negativament la salut emocional.

[Importància de la Infermeria comunitària](#)

La infermeria comunitària exerceix un paper essencial en l'erradicació de la MGF mitjançant la prevenció, detecció i atenció de casos:

1. Prevenció:

- Sensibilització en comunitats de risc per a desmitificar creences que perpetuen la MGF.
- Educació a través de tallers i xarrades sobre drets humans, salut sexual i les conseqüències de la pràctica.

2. Detecció:

- Identificació primerenca de xiquetes en risc mitjançant un enfocament culturalment competent.
- Col·laboració amb serveis socials, escoles i cossos de seguretat per a protegir les menors.

3. Atenció:

- Brindar cura física i psicològica a dones i xiquetes afectades per la MGF.
- Coordinar intervencions quirúrgiques, com la desinfibulació, i garantir l'accés a serveis de salut mental.
- Dissenyar plans de seguiment que incloguen suport social i legal.

4. Coordinació multidisciplinària:

Manual de l'assignatura

- Treball conjunt amb altres professionals (psicòlegs, treballadors socials, metges i educadors) per a un enfocament integral.
- Implementació de protocols específics que unifiquen les accions en l'àmbit nacional.

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA 

Facultat d'Infermeria i Podologia

Capítol 13: La violència cap a les persones majors: El paper de la infermeria comunitària

Introducció

La violència cap a les persones majors és un problema de salut pública que ha sigut poc visibilitzat en moltes societats. A mesura que la població envelleix es torna fonamental entendre la magnitud del problema, les formes amb què es manifesta i com els professionals de la salut, especialment el personal d'infermeria comunitària, hi poden intervenir de manera efectiva[117-126].

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), s'estima que 1 de cada 6 persones majors de 60 anys ha patit algun tipus d'abús en l'últim any. Aquest problema no sols afecta la salut i el benestar dels ancians, sinó que també té un impacte significatiu en les seues famílies i comunitats.

- Estadístiques globals: Un estudi de l'OMS de 2019 va indicar que aproximadament 141 milions de persones majors podrien patir maltractament al món.
- Regions afectades: La prevalença del maltractament varia, però és més comú en regions amb alts nivells de pobresa i violència estructural.
- Impacte en la salut: Les víctimes de violència poden experimentar problemes físics, emocionals i psicològics, incloent-hi depressió, ansietat i malalties físiques cròniques.

Definicions i tipus de maltractament cap a la persona major

Definir el concepte de maltractament cap a les persones majors és un repte, ja que implica consideracions culturals que varien segons el país, el grup ètnic o la comunitat. Aquesta diversitat en les definicions dificulta la creació d'una base de coneixements sòlida que permeta desenvolupar intervencions i programes preventius efectius[127].

L'American Medical Association (AMA) va definir en 1987 el maltractament com "tot acte o omissió que, com a conseqüència, produeix mal o risc de dany per a la salut o el benestar de la persona".

D'altra banda, l'Acció contra l'Abús d'Ancians del Regne Unit defineix el maltractament a persones majors com "un acte, únic o reiterat, o omissió que causa dany o sofriment a una persona major i que ocorre en el context de qualsevol relació on existeix una expectativa de confiança".

Addicionalment, la definició elaborada per Hudson mitjançant la tècnica Delphi descriu el maltractament com "una conducta destructiva dirigida a una persona major, que ocorre en un context de confiança, que té suficient intensitat o freqüència per a produir efectes nocius de caràcter físic, psicològic, social i/o financer, i que resulta en sofriment innecessari, lesions, dolor, pèrdua o violació dels drets humans, així com una disminució en la qualitat de vida de la persona major". Aquesta definició abasta tant actes d'acció com d'omissió, ja siguin intencionats o no (no accidentals), i emfatitza la relació de confiança entre l'agressor i la víctima.

Encara que el maltractament als ancians no és un fenomen nou, ha passat desapercebut per als professionals de la salut i les organitzacions socials fins fa poc. La majoria dels casos es queden en l'àmbit familiar i no han generat un escàndol públic comparable al que ha envoltat a la violència contra

les dones o els infants, amb escasses referències o crides d'atenció en la bibliografia⁵⁵. El maltractament cap a les persones majors ha començat a ser reconegut com un problema social en anys recents, no perquè abans no existira, sinó perquè sempre ha sigut un problema "ocult"[128]⁵⁶. En moltes ocasions, els ancians es resisteixen a identificar-se com a víctimes d'abús per por de represàlies, a ser institucionalitzats, o simplement perquè prefereixen negar una realitat que els resulta insuportable. D'altra banda, els familiars i cuidadors solen dificultar la detecció del maltractament per raons evidents. A més, els professionals de la salut han mostrat escassa sensibilitat davant aquest problema, i els recursos socials per a abordar la situació, una vegada identificada, són limitats, malgrat que afecta un grup de població que està en constant creixement.

El maltractament cap a les persones majors pot observar-se en tots els estrats socials i nivells socioeconòmics. Ocorre tant en institucions (públiques o privades) com a casa, i els familiars i cuidadors són els que hi estan implicats més sovint. Aquest tipus de violència és considerat una violació dels drets humans i inclou diverses formes de maltractament, com l'abús físic, sexual, psicològic o emocional; l'abús econòmic o material; l'abandó; la desatenció, i la disminució greu de la dignitat i el respecte cap a la persona major.

Diferents conferències i declaracions han plantejat diferents mesures a tenir en compte. Així, la Declaració de Hong Kong (1989) de l'Associació Mèdica Mundial sobre el Maltractament d'Ancians reconeix que les persones majors tenen els mateixos drets a atenció, benestar i respecte. A més, estableix que és responsabilitat dels metges protegir els interessos físics i psíquics dels ancians, garantint que reben l'atenció necessària. També s'emfatitza l'obligació d'identificar els ancians que puguin haver patit maltractament, proporcionar tractament als danys, informar sobre qualsevol sospita de maltractament i treballar en conjunt amb un equip multidisciplinari.

A Espanya, la Declaració d'Almeria (1995) sobre l'ancià maltractat estableix una definició de maltractament que inclou "tot acte o omissió patit per una persona de 65 anys o més que vulnera la seua integritat física, psíquica, sexual i econòmica, així com el principi d'autonomia o un dret fonamental de l'individu, percebut per l'afectat o constatat objectivament, independentment de la intencionalitat i del medi en què ocorrega (familiar, comunitat, institucions)".

Posteriorment, la Declaració de Toronto (2002) per a la prevenció global del maltractament cap a les persones majors crida a l'acció contra el maltractament cap a les persones majors i les persones amb discapacitat, i ressalta la importància de la implicació de tots els sectors en aquesta lluita. També es posa l'accent en l'atenció a les dimensions culturals i de gènere en el tractament del problema.

Tipus de maltractament

El maltractament cap a les persones majors és una greu violació dels drets humans que pot manifestar-se de diverses formes, i afecta la salut física, mental i emocional dels ancians. En molts casos, aquest abús ocorre en el si de relacions de confiança, com a casa, amb familiars o cuidadors, la qual cosa dificulta identificar-lo i denunciar-lo[127, 129]. El National Center on Elder Abuse (NCEA)

⁵⁵https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1674523/pdf/brmedj01463-0050b.pdf?utm_source=moosejawtoday.com&utm_campaign=moosejawtoday.com&utm_medium=referral

⁵⁶National Center on Elder Abuse Disponible a: <https://ncea.acl.gov/home#gsc.tab=0>

dels Estats Units, una autoritat en la investigació i sensibilització sobre el maltractament a persones majors, ha desenvolupat una classificació clara dels tipus d'abús o maltractament[130].

Classificació de tipus de maltractament a persones majors segons el NCEA

El National Center on Elder Abuse⁵⁷ classifica el maltractament en sis categories principals, basades en la forma amb què es manifesten els abusos. Aquestes són:

1. Abús físic. L'abús físic implica l'ús intencional de la força que resulta en dany, dolor o discapacitat per a la persona major. Exemples comuns inclouen colps, espentes, sacsejades, ús excessiu de la força o restricció física no necessària.
 - Senyals comuns: Lesions no explicades, fractures, blaus o ferides en diverses parts del cos; marques de subjecció en canells o turmells, i l'ús indegut de medicació.
2. Abús psicològic o emocional. Aquest tipus d'abús inclou accions que causen angoixa emocional o psicològica. Pot manifestar-se a través d'insults, amenaces, aïllament, humiliació o manipulació emocional.
 - Senyals comuns: Depressió, ansietat, retraïment, canvis de comportament extrems o evitació d'interaccions socials.
3. Abús sexual. L'abús sexual inclou qualsevol tipus de contacte sexual no consensuat amb una persona major. Això pot abastar des de carícies inapropiades fins a violació o explotació sexual.
 - Senyals comuns: Lesions en genitals, infeccions sexuals, canvis en el comportament sexual o roba esquinçada sense explicació.
4. Explotació financera. Aquest abús ocorre quan una persona s'aprofita econòmicament de la persona major apropiant-se indegudament dels seus diners, béns o propietats. Pot incloure el robatori directe, la manipulació de testaments o la pressió per a cedir béns i diners.
 - Senyals comuns: Retirades inexplicables de comptes bancaris, canvis en documents legals (com testaments), desaparició d'objectes de valor i factures impagades malgrat disposar de recursos.
5. Negligència. La negligència es refereix a l'incompliment per part del cuidador, ja siga familiar o institucional, de proporcionar les cures necessàries per a la salut i el benestar de la persona major. Això pot incloure la falta de provisió d'aliments, medicaments, cures d'higiene o atenció mèdica.
 - Senyals comuns: Desnutrició, deshidratació, falta d'higiene, úlceres per pressió o infeccions recurrents.
6. Abandonament. L'abandó és una forma de negligència en la qual un cuidador, responsable del benestar d'una persona major, la deixa sense atenció o cura. Sovint això ocorre quan els familiars o cuidadors no compleixen amb les seues responsabilitats i deixen la persona major sense el suport que necessita.
 - Senyals comuns: La persona major és trobada en condicions inadequades, sense supervisió, o ha sigut abandonada en instal·lacions públiques o residències sense previ avís.

⁵⁷National Center on Elder Abuse Disponible a: <https://ncea.acl.gov/home#gsc.tab=0>

Edatisme o discriminació per edat

A més d'aquestes formes específiques d'abús, l'edatisme⁵⁸ —la discriminació i estigmatització de les persones a causa de l'edat— contribueix significativament al maltractament cap a les persones majors. Aquest prejudici, sovint implícit, es reflecteix en creences i comportaments que consideren les persones majors com menys valuoses, incapaces o improductives, la qual cosa pot facilitar l'abús i la desatenció.

L'edatisme es manifesta en diversos aspectes de la vida quotidiana, com l'exclusió social, les barreres en l'accés als serveis de salut i la marginació en el mercat laboral. En el context del maltractament, l'edatisme pot normalitzar certs comportaments abusius o negligents, i fer que tant els cuidadors com la societat en general subestimen o ignoren les necessitats i drets de les persones majors⁵⁹.

L'edatisme no sols augmenta la vulnerabilitat de les persones majors a l'abús, sinó que també dificulta la seua capacitat per a denunciar-lo. En molts casos les víctimes no es reconeixen com a tals perquè han internalitzat les actituds socials que minimitzen el seu valor o que veuen l'envelliment com una etapa inevitable de declivi. Aquesta discriminació també pot comportar que se subestimen els signes de maltractament, tant els propis ancians com els professionals de la salut i altres sectors socials.

Per exemple, l'abús psicològic pot ser percebut com una simple "falta de respecte" o "mal caràcter" per part d'un cuidador, en lloc de ser vist com una forma de maltractament, perquè les actituds edatistes tendeixen a normalitzar el tracte degradant cap a les persones majors. De la mateixa manera, la negligència o l'abandó poden justificar-se sota la premissa errònia que les persones majors requereixen menys cures o atenció.

La importància de combatre l'edatisme i el maltractament

Combatre el maltractament cap a les persones majors implica no sols abordar les formes específiques d'abús, sinó també desafiar i canviar les actituds edatistes que el perpetuen. Per això és fonamental que els professionals de la salut, els cuidadors i la societat en general reconeguen l'envelliment com una etapa valuosa de la vida, en què els drets i la dignitat de les persones han de ser respectats en tot moment.

Característiques de les víctimes

El maltractament cap a les persones majors és un problema multifacètic que pot sorgir per una combinació de factors relacionats tant amb la persona major com amb el cuidador i amb l'entorn en el qual viuen. Identificar aquests factors de risc és essencial per a la prevenció del maltractament, ja que permet als professionals de la salut, inclosos el d'infermeria comunitària, i als cuidadors intervenir

⁵⁸ Promoció del bon tracte. Prevenció de l'edatisme. Disponible a: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/buenTratoEdadismo.htm>

⁵⁹ Informe mundial sobre edatisme. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionprevencion/envejecimientosaludable/docs/informe_mundial_edadismo.pdf

de manera primerenca i eficaç. A continuació es descriuen els principals factors de risc vinculats a cadascun d'aquests aspectes.

Factors de risc en la persona major

Algunes característiques pròpies de les persones majors poden augmentar-ne la vulnerabilitat enfront del maltractament. Entre els factors més comuns hi ha:

1. Dependència física i/o cognitiva: Les persones majors que pateixen malalties cròniques, discapacitats físiques o cognitives (com l'Alzheimer o la demència) depenen més dels cuidadors per a les seues activitats diàries. Aquesta major dependència pot col·locar-los en una posició de vulnerabilitat, perquè el cuidador pot sentir-se aclaparat o no capacitat per a brindar-los el suport necessari, la qual cosa pot derivar en negligència o abús.
2. Deterioració cognitiva: Les persones amb trastorns de memòria, confusió o demència són més propenses a patir maltractament, ja que sovint no poden expressar de manera adequada el que els succeeix, defensar-se o fins i tot recordar els incidents d'abús.
3. Aïllament social: L'aïllament de la família i la comunitat és un factor de risc significatiu. Els ancians que manquen de xarxes de suport social o viuen en soledat són menys propensos a comptar amb algú que puga detectar i denunciar possibles abusos. L'aïllament també pot ser utilitzat pel cuidador com una forma de control.
4. Problemes de salut mental: La depressió, l'ansietat o trastorns psicològics poden incrementar la vulnerabilitat al maltractament. Els ancians amb problemes de salut mental tenen menys probabilitats de demanar ajuda o de reconèixer que són maltractats.
5. Edat avançada: Les persones majors de vuitanta anys són més susceptibles al maltractament, especialment quan tenen una major dependència per a les cures. La fragilitat física pròpia de la vellesa pot fer que el maltractament tinga un impacte més greu en la seua salut i benestar.
6. Gènere: Les dones majors tenen més probabilitats de ser víctimes d'abús, en part pel fet que viuen més temps que els homes i al fet que solen assumir rols més tradicionals en les relacions familiars, la qual cosa les col·loca en una posició de dependència.

Factors de risc en el cuidador

Els cuidadors, ja siguen familiars o professionals, també presenten factors de risc que poden facilitar el maltractament cap a les persones majors[127]. Alguns dels factors més comuns inclouen:

1. Sobrecàrrega del cuidador: L'estrès derivat de cuidar a una persona major amb necessitats complexes pot portar a l'esgotament físic i emocional del cuidador, la qual cosa incrementa el risc de maltractament. La falta de descans, de suport i de recursos adequats pot portar a situacions de negligència o fins i tot a comportaments abusius, especialment si el cuidador no està capacitat adequadament o no rep el suport necessari.
2. Falta de capacitació: Els cuidadors que no compten amb la formació adequada per a manejar les necessitats físiques i emocionals de les persones majors, especialment aquelles amb deterioració cognitiva, poden ser més propensos a utilitzar estratègies inapropiades o nocives en la seua cura.
3. Problemes de salut mental o abús de substàncies: Els cuidadors amb problemes de salut mental, com depressió o trastorns de personalitat, o aquells que abusen de substàncies com l'alcohol o les drogues, tenen un major risc de maltractar la persona a la seua cura. Aquestes condicions poden reduir la capacitat que tenen per a manejar l'estrès i portar a comportaments agressius o negligents.

4. Dependència econòmica de la persona major: En alguns casos, els cuidadors depenen econòmicament de la persona major, la qual cosa pot generar tensions financeres que desemboquen en maltractament, especialment en forma d'abús financer o explotació.
5. Història de violència familiar: Els cuidadors que han estat exposats a dinàmiques de violència o abús en la seua vida familiar, ja siga com a víctimes o agressors, corren més risc de replicar aquestes conductes cap a la persona major.
6. Relació prèvia amb la persona major: Les relacions conflictives prèvies entre el cuidador i la persona major poden predisposar a situacions de maltractament. Si la relació estava caracteritzada per tensions o conflictes, és més probable que el cuidador actue de manera abusiva o negligent, especialment en moments d'estrès o frustració.

Factors de risc de l'entorn

L'entorn en el qual viu la persona major també juga un paper crucial en el risc de maltractament. Entre els factors ambientals i socials més importants s'inclouen:

1. Aïllament social i familiar: Un entorn en el qual la persona major i el seu cuidador estan aïllats socialment facilita el maltractament, ja que no hi ha altres membres de la família, amics o veïns que puguin supervisar la situació o intervenir-hi. L'aïllament també dificulta la denúncia dels abusos, ja que la persona major no té a qui recórrer.
2. Condicions de vida inadequades: Les persones majors que viuen en cases on hi ha amuntegament, pobresa, falta d'higiene o condicions insalubres tenen més risc de patir negligència. La precarietat econòmica pot augmentar l'estrès dins de la llar, la qual cosa al seu torn incrementa el risc de maltractament.
3. Falta d'accés a serveis de suport: La manca de recursos i serveis de suport, com programes d'atenció a domicili, centres de dia o serveis socials, pot generar una sobrecàrrega en el cuidador i agreujar el risc de maltractament. La falta d'alternatives pot impedir que el cuidador reba el descans o l'ajuda necessària per a cuidar adequadament la persona major.
4. Entorns institucionals: El maltractament també pot ocórrer en institucions com residències d'ancians o centres de cura a llarg termini. Factors com la falta de personal, la mala formació de la plantilla, la sobrecàrrega laboral i les condicions laborals deficientes poden contribuir al maltractament institucional, tant en forma d'abús físic com negligència o explotació econòmica.
5. Cultura de l'edatisme: L'edatisme o discriminació per edat és un altre factor de risc important en l'entorn social. Actituds que consideren les persones majors com a menys valuoses, dependents o una càrrega poden facilitar comportaments abusius o negligents. L'edatisme també pot impedir que es reconega el maltractament o que es considere una prioritat abordar les necessitats de les persones majors.

Conseqüències del maltractament

El maltractament cap a les persones majors té conseqüències devastadores que afecten profundament el seu benestar físic, psicològic, social i emocional. Les persones majors que pateixen abús o negligència experimenten efectes negatius que van més enllà del sofriment immediat, amb seqüeles que poden afectar la seua salut i qualitat de vida a llarg termini. A continuació es descriuen

les principals conseqüències del maltractament en les persones majors, classificades en els àmbits físic, psicològic i social, amb un èmfasi en la gravetat d'aquestes repercussions.

Conseqüències físiques

El maltractament físic, emocional o per negligència pot tenir greus conseqüències per a la salut física de les persones majors a causa de la seua fragilitat i menor capacitat de recuperació. Entre les conseqüències físiques més comunes hi ha:

1. Lesions físiques: Les persones majors víctimes d'abús físic poden patir contusions, fractures òssies, hematomes, cremades i ferides. En casos més greus, el maltractament pot causar lesions permanents, discapacitats o fins i tot la mort. La fragilitat dels ossos i la pell en els ancians augmenta el risc de complicacions després d'una lesió.
2. Problemes de salut agreujats: El maltractament, especialment la negligència, pot agreujar problemes de salut preexistents. La falta d'atenció mèdica adequada, l'omissió en l'administració de medicaments o la desnutrició poden empitjorar malalties cròniques com la hipertensió, diabetis o malalties cardíques.
3. Desnutrició i deshidratació: En els casos de negligència o abandó, les persones majors sovint no reben la quantitat d'aliments o líquids adequats, la qual cosa pot portar a desnutrició i deshidratació severa. Aquestes condicions comprometen el sistema immunològic, augmenten el risc d'infeccions i deterioren ràpidament la salut general.
4. Úlceres per pressió: Les persones majors que no reben cures apropiades, especialment les que tenen mobilitat limitada, són propenses a desenvolupar úlceres per pressió. Aquestes ferides doloroses poden infectar-se greument, la qual cosa requereix intervenció mèdica urgent i pot provocar complicacions de salut greus.
5. Mortalitat prematura: Les persones majors que són víctimes d'abús tenen més risc de mort prematura. Hi ha estudis que han demostrat que els ancians maltractats tenen taxes de mortalitat significativament més altes que aquells que no han sigut objecte d'abús, a causa dels efectes acumulatius del maltractament en la seua salut física i emocional.

Conseqüències psicològiques i emocionals

El maltractament cap a les persones majors pot causar un dany psicològic profund, i afectar el seu estat emocional i mental de manera significativa. Entre les conseqüències psicològiques més comunes destaquen:

1. Ansietat i depressió: L'abús, en qualsevol de les seues formes, pot generar trastorns psicològics com ansietat i depressió. Les persones majors maltractades poden sentir-se inútils, avergonyides, culpables o desesperades, la qual cosa en redueix la qualitat de vida i la capacitat de gaudir dels seus anys de vida. Els sentiments de desesperança i por poden ser aclaparadors, especialment quan l'abús prové de familiars o cuidadors pròxims.
2. Trastorns d'estrès posttraumàtic (TEPT): Les persones majors que han patit abús emocional, físic o sexual poden desenvolupar símptomes de TEPT, com records recurrents del trauma, malsons, reaccions de sobresalt i evitació de situacions que els recorden el maltractament.
3. Aïllament social: El maltractament també pot portar a l'aïllament social. Les persones majors maltractades solen perdre la confiança en els altres, la qual cosa les porta a retirar-se de les seues xarxes socials, ja siga per temor a noves agressions o perquè senten vergonya de la seua situació. L'aïllament prolongat pot agreujar els problemes emocionals i augmentar la sensació de soledat.

4. Deterioració cognitiva accelerada: L'estrès crònic i l'angoixa emocional derivats del maltractament poden afectar negativament la funció cognitiva de les persones majors. Hi ha estudis que han demostrat que el maltractament psicològic i físic pot accelerar la deterioració cognitiva i així contribuir al desenvolupament de demència o agreujar símptomes preexistents.
5. Baixa autoestima i sensació d'indefensió: Les víctimes de maltractament solen sentir una pèrdua de control sobre les seues vides. Això es tradueix en baixa autoestima, sensació d'impotència i indefensió apresada, la qual cosa impedeix que prenguen mesures per a escapar de la situació abusiva o que cerquen ajuda.

Conseqüències socials

El maltractament també té un impacte social significatiu en la vida de les persones majors: afecta les seues relacions interpersonals, la seua participació en la comunitat i el seu benestar general. Entre les conseqüències socials més destacades hi ha:

1. Pèrdua de confiança en els altres: Quan el maltractament és perpetrat per familiars o cuidadors, les persones majors poden perdre la confiança en les persones pròximes a elles. Aquest mal a les relacions personals pot portar a l'alienació i la desconfiança generalitzada, la qual cosa dificulta la creació de noves relacions o la reparació de les existents.
2. Estigmatització i vergonya: El maltractament, sobretot quan és perpetuat per un membre de la família, pot ser vist com una font de vergonya tant per la víctima com pel seu entorn. Aquesta percepció pot generar estigmatització social i impedir que la persona major parle sobre la seua experiència o cerque ajuda. En alguns casos el temor a ser jutjat pels altres pot reforçar l'aïllament.
3. Dependència social augmentada: El maltractament físic o emocional pot augmentar la dependència de la persona major cap a serveis socials, organitzacions de suport o assistència mèdica. Això es deu a la pèrdua d'autonomia, que es veu agreujada pels danys físics o emocionals patits.
4. Impacte econòmic: L'abús financer pot tenir greus conseqüències socials. Les persones majors que han sigut víctimes d'explotació econòmica poden perdre els estalvis, propietats o ingressos, la qual cosa els deixa en situacions precàries i dependents de l'assistència social. Aquesta vulnerabilitat econòmica pot afectar les seues relacions familiars i la seua qualitat de vida.

Conseqüències per al cuidador i la família

El maltractament no sols afecta la persona major, sinó també els qui l'envolten. Els cuidadors que cometten maltractament solen experimentar sentiments de culpa, estrès i por a les represàlies legals. Les famílies, d'altra banda, poden enfrontar-se a conflictes interns i danys en les relacions familiars, especialment si el maltractament és comès per un membre de la família.

El paper de la infermeria comunitària

El personal d'infermeria comunitària, en estar en contacte directe amb les persones majors i les seues famílies, té un paper clau en la identificació de signes de maltractament i en la promoció d'un tracte digne i respectuós cap a les persones majors. La sensibilització i educació sobre l'edatisme poden

ajudar a prevenir aquests abusos i garantir que les persones majors visquen una vida lliure de maltractament i discriminació.

4.1. Formació i sensibilització

El personal d'infermeria comunitària ha d'estar capacitat per a reconèixer els signes de maltractament i comprendre la dinàmica de l'abús. Això inclou l'educació sobre l'envelliment i la promoció de la dignitat de les persones majors.

4.2. Estratègies d'intervenció

Donada la seua proximitat als pacients i les seues famílies, així com la seua formació en la cura integral, la infermera està en una posició clau per a identificar situacions de risc i posar en marxa accions que contribuïsquen a protegir la integritat física i emocional de les persones majors. Per a complir eficaçment amb aquesta responsabilitat, és essencial que el personal d'infermeria comunitària segueixca una sèrie de pautes d'actuació, tant en l'avaluació com en la intervenció davant casos de maltractament. A continuació es detallen aquestes pautes.

1. Identificació i avaluació de situacions de risc

El primer pas en la intervenció davant el maltractament cap a les persones majors és la identificació de possibles casos d'abús o negligència. El personal d'infermeria comunitària ha d'estar atent als signes i factors de risc que poden indicar la presència de maltractaments.

a) Observació de senyals físics i psicològics

La infermera ha de prestar especial atenció a possibles indicadors de maltractament, com:

- Lesions inexplicables o recurrents, com blaus, fractures o cremades.
- Signes de desnutrició, deshidratació o mala higiene personal.
- Úlceres per pressió, en casos de persones majors que requereixen cures especials.
- Canvis sobtats en el comportament, com ansietat, depressió, retraïment o por a un cuidador específic.
- Evidència d'abús financer, com falta de recursos per a cobrir necessitats bàsiques malgrat tenir pensions o estalvis.

b) Avaluació integral

A més d'observar els senyals visibles, el personal d'infermeria comunitària ha de realitzar una avaluació integral de la persona major. Això inclou una entrevista amb el pacient, quan siga possible, i una revisió de la seua història clínica i de les condicions de l'entorn familiar. És important generar un ambient de confiança perquè la persona major se senta segura en parlar sobre la seua situació.

c) Ús d'eines d'avaluació

Hi ha qüestionaris i eines validades que el personal d'infermeria comunitària pot usar per a detectar possibles situacions de maltractament. Aquestes eines permeten realitzar una valoració més estructurada i objectiva. Entre elles es troben escales de detecció com l'HS/EAST (Hwalek-Sengstock

Elder Abuse Cribratge Test⁶⁰) o l'EASI (Elder Abuse Suspicion Index⁶¹), aquesta última validada al castellà. L'Associació Mèdica Americana (AMA) recomana que el personal mèdic incloga de manera sistemàtica preguntes directes sobre maltractament en les seues entrevistes amb pacients majors. Per part seua, l'U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) i el Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTF) mantenen una recomanació de tipus C respecte a l'ús d'instruments de cribratge rutinaris per a detectar el maltractament en ancians[127]. Això significa que, encara que no hi ha evidència científica suficient en aquest moment que done suport o descarte l'ús rutinari de qüestionaris específics per a aquesta finalitat, les dues institucions aconsellen que els professionals de la salut estiguen atents a possibles senyals i símptomes d'abús o negligència.

Se suggereix incloure preguntes sobre maltractament en el transcurs de la consulta regular, prestant especial atenció a pacients que presenten factors de risc o situacions de major vulnerabilitat. La detecció precoç, tant a través de l'entrevista com de l'exploració física, és fonamental per a identificar i abordar el maltractament. Aquestes recomanacions cerquen millorar la capacitat dels professionals sanitaris per a actuar preventivament davant casos d'abús en una població cada vegada més vulnerable.

2. Establiment d'una relació de confiança

Un dels elements més importants en l'actuació del personal d'infermeria comunitària és la creació d'una relació de confiança amb la persona major i el seu entorn. Moltes víctimes de maltractament poden no reconèixer o admetre que són víctimes d'abusos per por, vergonya o dependència emocional cap al cuidador. Per això és essencial que el professional siga empàtic i respectuós i evite judicis de valor.

a) Escolta activa

L'escolta activa és clau perquè la persona major se senta escoltada i compresa. El professional ha de mostrar interès genuí en les preocupacions de la persona major i, alhora, ser pacient, ja que el procés de revelar situacions de maltractament pot ser difícil i dolorós.

b) Confidencialitat

Garantir la confidencialitat és fonamental perquè la persona major se senta segura en parlar sobre la seua situació. La infermera ha d'assegurar-li que la informació que se li proporcione serà manejada amb la màxima discreció, excepte en situacions en què la vida o la integritat física de la persona estiga en risc.

3. Intervenció i maneig de casos de maltractament

Una vegada identificat un cas de maltractament o sospita d'abús, el personal d'infermeria comunitària ha d'actuar amb promptitud per a protegir la persona major i proporcionar les intervencions

⁶⁰https://medicine.uiowa.edu/familymedicine/sites/medicine.uiowa.edu.familymedicine/files/wysiwyg_uploads/HS_EAST.pdf

⁶¹https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/anexos/209b_EASI.pdf

adequades. Aquestes intervencions varien segons la gravetat del maltractament i les circumstàncies del cas.

a) Notificació i derivació a les autoritats

En casos de maltractament greu o quan la vida de la persona major estiga en perill, la infermera té el deure de notificar-ho a les autoritats competents. Això pot incloure els serveis socials, les autoritats judicials o fins i tot la policia, depenent de la gravetat de la situació. La denúncia és una obligació ètica i legal en molts sistemes de salut, especialment quan la persona major està incapacitada per a protegir-se a si mateixa.

b) Coordinació amb equips multidisciplinaris

El personal d'infermeria comunitària ha de treballar en estreta col·laboració amb altres professionals de la salut, com metges, treballadors socials, psicòlegs i terapeutes, per a desenvolupar un pla integral d'intervenció. La intervenció multidisciplinària és clau per a abordar tant les conseqüències físiques i psicològiques del maltractament com les necessitats socials i de suport de la persona major.

c) Intervenció familiar

Si és possible i segur fer-ho, el personal d'infermeria pot intervenir en l'entorn familiar per a abordar les causes subjacents del maltractament, com la sobrecàrrega del cuidador o les tensions familiars. En alguns casos, el maltractament no és intencionat, sinó el resultat de la falta de capacitat o suport del cuidador. En aquestes situacions, el personal d'infermeria pot oferir orientació, educació sobre la cura adequada de persones majors i proporcionar informació sobre serveis de suport per a cuidadors.

d) Prevenció de la institucionalització innecessària

En situacions en les quals el maltractament és lleu o es detecta en una fase primerenca, és important que el personal d'infermeria comunitària treballi per a evitar la institucionalització innecessària de la persona major. Per a això es pot reforçar el suport domiciliari, millorar les condicions de la cura a casa i assegurar que la persona major tinga accés als serveis necessaris per a quedar-se en el seu entorn familiar de manera segura.

Seguiment continu i avaluació

El seguiment és una part crucial en l'actuació del personal d'infermeria comunitària. Una vegada que s'ha intervingut en un cas de maltractament, és necessari fer un monitoratge continu per a assegurar-se que la persona major reba la cura adequada i que no es repetisquen situacions d'abús o negligència.

a) Visites domiciliàries regulars

El personal d'infermeria comunitària ha de programar visites domiciliàries periòdiques per a avaluar l'evolució de la situació i verificar el benestar de la persona major. Aquestes visites són una oportunitat per a detectar qualsevol senyal de recurrència del maltractament o negligència i per a oferir suport continu tant a la persona major com al cuidador.

b) Revaluació del pla de cura

És important que el personal d'infermeria ajusti el pla d'intervenció segons siga necessari, depenent de les necessitats canviants de la persona major. Si les circumstàncies del pacient o del cuidador

canvien, el pla d'intervenció també s'ha d'adaptar per a continuar proporcionant una atenció adequada i prevenir futurs episodis de maltractament.

5. Educació i prevenció

A més d'intervenir en casos ja identificats, el personal d'infermeria comunitària té un paper clau en la prevenció del maltractament cap a les persones majors.

a) Educació al cuidador i la família

Moltes vegades el maltractament sorgeix a causa de la falta de coneixement o habilitats en la cura de persones majors. El personal d'infermeria comunitària pot proporcionar educació i formació sobre la cura adequada, el maneig de l'estrès i els recursos de suport disponibles. Així mateix, pot oferir orientació sobre com prevenir l'esgotament del cuidador, la qual cosa pot reduir el risc de negligència o abús.

b) Sensibilització en la comunitat

El personal d'infermeria també pot treballar amb la comunitat per a sensibilitzar sobre el maltractament a les persones majors i la importància de respectar i protegir els drets d'aquest grup vulnerable. Això inclou la realització de tallers, xarrades i la distribució de materials informatius que ajuden a reconèixer i prevenir l'abús.



Facultat d'Infermeria i Podologia

Capítol 14: La visita domiciliària com a instrument de la infermeria comunitària

Introducció

La visita domiciliària[131] és una eina fonamental en l'atenció d'infermeria, especialment en el context d'una població envellida, amb malalties cròniques i una creixent preferència de les persones majors i dependents per ser ateses a casa. A continuació es detallen les principals raons que destaquen la importància d'aquest servei[132-139]:

- Augment de l'esperança de vida: Les persones viuen més temps, la qual cosa genera més demanda de serveis de salut i de cura a llarg termini en entorns familiars.
- Prevalença de malalties cròniques: Moltes persones requereixen seguiment i cures constants per a manejar condicions cròniques, la qual cosa es facilita en un ambient domiciliari.
- Preferència dels majors i persones dependents per la cura a casa: Això contribueix al seu benestar psicològic, mantenint els llaços familiars i l'entorn conegut.
- Provisió d'atenció integral: Les visites domiciliàries permeten als professionals d'infermeria valorar no sols l'estat de salut físic, sinó també l'estil de vida, el funcionament familiar, els recursos i les estratègies d'afrontament de crisi que utilitzen els pacients i les famílies.
- Escassetat de cuidadors familiars i polítiques de desinstitucionalització: La falta de cuidadors i les polítiques de reducció de costos sanitaris fan de la visita domiciliària una solució eficient i sostenible per a cobrir aquestes necessitats.

Conceptes bàsics de l'atenció i visita domiciliària

- Atenció domiciliària: És el conjunt de serveis de caràcter sanitari i social que es presten a casa del pacient, orientats a mantenir i millorar la seua qualitat de vida. Així, podem trobar dins de l'atenció domiciliària:
 - Hospitalització a domicili: Proporcionada per professionals de salut coordinats per un hospital, amb la col·laboració de familiars.
 - Atenció a domicili: Servei realitzat per l'equip d'atenció primària, que brinda cura en diferents etapes del procés de salut-malaltia i es realitza en col·laboració amb la família.

Visita domiciliària (VD): Servei brindat pel centre de salut que implica activitats realitzades per l'equip de salut en el domicili del pacient[140]. No és una acció aïllada, sinó una part contínua del procés d'atenció, que pot incloure la identificació, seguiment i resolució de problemes de salut a casa[138, 139, 141]. Els objectius de la VD són identificar i valorar els problemes de salut, potenciar l'autonomia del pacient i millorar-ne la qualitat de vida, integrant la cura en l'entorn familiar i comunitari.

La visita domiciliària serveix per a diversos fins clau:

- Expandir el servei del centre de salut (CS) cap a la comunitat: Enforteix el contacte entre els professionals de salut i les condicions reals de vida dels pacients.
- Conèixer les condicions socioeconòmiques, ambientals i de salut de la llar: Permet identificar factors que afecten la salut, com l'entorn físic i les condicions de l'habitatge.
- Detecció de problemes sociosanitaris prevalents en la llar: Facilita una intervenció oportuna davant de riscos de salut que podrien no ser visibles en un context institucional.

- Responsabilitzar i educar la família en la cura del pacient: Es promou l'autocura, la participació activa i la corresponsabilitat en el procés de salut.
- Promoure la identificació i solució de problemes de salut mitjançant programes d'educació i prevenció.
- Informar sobre els recursos sociosanitaris disponibles en la comunitat: Fer costat a les famílies en l'accés als serveis necessaris per a complementar la cura domiciliària.

Desenvolupament de la visita domiciliària

Amb la finalitat de poder realitzar i planificar la VD, s'ha de començar per la identificació de necessitats: la identificació de necessitats en l'atenció domiciliària d'infermeria és un procés fonamental per a assegurar que la intervenció siga eficaç i ajustada a les condicions específiques de cada individu i el seu entorn. Aquesta anàlisi preliminar permet als professionals de la salut comprendre el context de cada pacient i dissenyar un pla de cures personalitzat i eficient [131]. A continuació es detallen els aspectes clau per a una identificació de necessitats adequada en el context de la visita domiciliària [62, 138, 139, 141]:

1. Avaluació de context poblacional i anàlisi socioeconòmica i sanitària. Per a establir un marc d'intervenció adequat, és essencial realitzar una anàlisi exhaustiva del context en el qual es troba la població a la qual es brinda atenció domiciliària[142-144]. Aquesta anàlisi inclou:

- Piràmide poblacional: Permet identificar l'estructura d'edat de la població, la qual cosa ajuda a preveure les necessitats futures d'atenció domiciliària en funció de la quantitat d'adults majors, un grup generalment més dependent de cures a casa.
- Condicions socioeconòmiques: Avaluar el nivell socioeconòmic és essencial, ja que influeix en l'accés a recursos de salut, condicions d'habitatge, disponibilitat de cuidadors i capacitat per a obtenir suport addicional.
- Condicions de vida i habitatge: Identificar si les condicions d'habitatge són adequades per a proporcionar cures (accessibilitat, higiene, seguretat) és essencial per a planificar l'atenció i evitar problemes com infeccions o complicacions associades a un entorn desfavorable.
- Taxes de mortalitat i morbiditat: Analitzar aquestes dades en la comunitat ajuda a detectar patrons de malalties prevalents, identificar factors de risc i orientar l'atenció domiciliària cap a àrees prioritàries com l'atenció a malalties cròniques.

2. Recol·lecció d'informació mitjançant indicadors i mètodes quantitatius. Per a obtenir una visió integral de les necessitats, s'utilitzen mètodes quantitatius que proporcionen dades precises sobre la salut i les condicions de vida de la població:

- Indicadors sociodemogràfics: Permeten conèixer aspectes clau com l'edat, el sexe, el nivell educatiu i l'ocupació de les persones que requereixen cures. Aquests indicadors són essencials per a avaluar el context biològic i ambiental de la població. Exemples: censos poblacionals, taxes de natalitat, piràmides de població, taxes de mortalitat, morbiditat, incidència i prevalença de malalties.
- Indicadors d'ús de serveis sanitaris: Avaluar la freqüència d'hospitalitzacions, les taxes de consulta mèdica i altres dades d'ús de serveis permet entendre la càrrega de la malaltia en la comunitat i orientar les cures cap a la prevenció d'hospitalitzacions evitables. Exemples: taxa

d'hospitalització, mitjana de consultes mèdiques per persona, quantitat d'ingressos hospitalaris per any.

- Entrevistes: La comunicació directa amb el pacient, cuidador o família és fonamental per a conèixer-ne les necessitats específiques, preocupacions i expectatives. Això pot es aconseguir a través d'entrevistes personals, telefòniques o mitjançant qüestionaris enviats per correu.

3. Avaluació mitjançant enquestes. Les enquestes són eines valuoses per a recopilar informació estructurada i detallada sobre la salut, l'entorn i les necessitats del pacient i la seua família. Es poden usar qüestionaris estandarditzats que aborden aspectes clau, com l'estat de salut, la capacitat funcional, el nivell de dependència i el suport social disponible. La informació obtinguda a través d'enquestes és útil per a detectar patrons en la comunitat i orientar les intervencions.

4. Mètodes de consens per a determinar necessitats prioritàries. Els mètodes de consens permeten obtenir una visió col·lectiva i validada de les necessitats prioritàries. A través d'aquests mètodes s'obtenen opinions d'experts i actors clau de la comunitat, la qual cosa facilita la presa de decisions basada en el coneixement col·lectiu:

- Mètode Delphi: Reuneix opinions d'experts en salut per a prioritzar necessitats i determinar enfocaments d'atenció sobre la base de la seua experiència i judici professional.
- Informadors clau: Es consulten membres rellevants de la comunitat que poden proporcionar informació sobre factors culturals, econòmics i socials que afecten l'atenció domiciliària.
- Grup nominal de Delbecq: Permet obtenir un consens mitjançant la discussió i votació de diferents punts de vista, la qual cosa ajuda a prioritzar necessitats específiques en funció de la realitat local.
- B-writing/B-storming: Tècniques d'escriptura i tempesta d'idees que afavoreixen la identificació de necessitats a través de la col·laboració i participació activa dels diferents professionals de salut.

5. Determinació de prioritats en l'atenció. Una vegada identificades les necessitats, és necessari establir prioritats per a enfocar els recursos de manera eficient:

- Identificació de grups vulnerables: Persones majors, persones amb discapacitats i persones amb malalties cròniques que han perdut autonomia són grups prioritaris per a l'atenció domiciliària.
- Comparació de necessitats: L'anàlisi comparativa mitjançant eines com el mètode de Hanlon permet valorar diferents factors de risc i prioritzar els pacients que presenten major necessitat d'intervenció.

6. Establiment d'objectius d'atenció. Definir objectius clars i específics és essencial per a orientar l'atenció domiciliària. Els objectius han d'estar alineats amb les necessitats detectades i poden incloure:

- Proporcionar cures de qualitat: Brindar atenció integral que considere els aspectes físics, emocionals i socials del pacient.
- Educació i suport a la família: Instruir la família sobre la cura del pacient, la promoció de la salut i la prevenció de complicacions.
- Prevenció i reducció d'hospitalitzacions: Facilitar l'atenció a casa per a evitar internacions innecessàries.

- Millora de la qualitat de vida: A través de la promoció de l'autocura i suport emocional es busca millorar la qualitat de vida tant del pacient com de la seua família.

7. Desenvolupament d'estratègies d'intervenció. La implementació d'un pla de cures ha de considerar els recursos disponibles, la participació activa dels professionals de salut i la coordinació amb altres serveis sanitaris i socials:

- Participació interdisciplinària: Integrar el treball de personal mèdic (medicina i infermeria), terapeutes i treballadors socials per a brindar una atenció integral.
- Mobilització de recursos comunitaris: Col·laborar amb organitzacions comunitàries per a oferir suport addicional a les famílies.
- Capacitació contínua: Formar els professionals en tècniques d'atenció domiciliària i en el maneig de situacions específiques, com la cura de persones amb alta dependència.

8. Desenvolupament i execució d'activitats específiques. Les activitats d'atenció domiciliària han d'adaptar-se a cada cas i nivell de dependència, amb la finalitat de proporcionar un suport efectiu sense reemplaçar el rol dels cuidadors familiars:

- Suport a l'autonomia del pacient: Facilitar l'autocura i fomentar la independència dins de les seues capacitats.
- Intervenció en crisi: Proporcionar suport tècnic i emocional en situacions crítiques.
- Educació per a la salut: Instruir la família sobre pràctiques d'autocura i promoció d'estils de vida saludables.
- Acompanyament en processos terminals: Brindar suport emocional i orientació en la cura de pacients en etapa terminal i les seues famílies.

Activitats d'infermeria i fases de la visita domiciliària

La visita domiciliària és un component essencial en l'atenció primària de salut que permet que els professionals d'infermeria brinden cures personalitzades i pròximes als pacients a sa casa [131]. Les activitats clau que realitza el personal d'infermeria durant aquest procés, així com les fases i passos que conformen la visita, són:

- Valoració de les necessitats bàsiques de salut i benestar del pacient i la seua família.
- Planificació i administració de cures mèdiques, com l'administració de medicaments, cures i tractaments.
- Control i seguiment de paràmetres biològics (com la pressió arterial, glucosa, etc.).
- Recollida de mostres per a anàlisis de laboratori.
- Mobilització de recursos externs a la llar, com suport social, serveis de teleassistència i ajuda comunitària.
- Foment de l'autocura, promovent la participació activa del pacient i la seua família en el maneig de la seua salut.
- Educació sobre cures, salut preventiva i estils de vida saludables.
- Suport emocional i psicològic, especialment en situacions de crisi o malaltia terminal.
- Promoció d'un funcionament familiar adequat per a millorar l'entorn de salut a casa.

Fases de la visita domiciliària:

La planificació, execució i avaluació de cada visita han de ser acurades i adaptades a les necessitats de la persona i l'entorn, garantint que els recursos disponibles s'utilitzen de manera eficaç[131, 145].

1. Preparació de la visita:

- Captació del cas: El professional d'infermeria pot rebre el cas a través de diversos canals, com la sol·licitud de la família, organitzacions comunitàries, l'equip d'atenció primària o el professional mateix després de conèixer el cas.
- Citació: Es coordina una cita, establint data i hora, i es revisa la història clínica del pacient.
- Preparació d'informació: El professional revisa els antecedents i prepara el material necessari per a la visita.

2. Presentació en el domicili:

- El professional s'identifica davant el pacient i la seua família, explica el seu rol i detalla el motiu i la duració de la visita, que generalment no ha d'excedir de 25-30 minuts.

3. Valoració:

- Recopilació d'informació sobre el pacient (malalt o sa), el cuidador i l'entorn familiar i social.
- Observació de les condicions de l'habitatge i els recursos disponibles per a les cures.
- Ús de guies de valoració basades en models conceptuals d'atenció (per exemple, Virginia Henderson, entre altres) per a identificar problemes i diagnòstics d'infermeria.

4. Planificació de les cures:

- Establiment d'objectius clars a curt, mitjà i llarg termini, tant generals com específics.
- Acords amb la família sobre com es duran a terme les intervencions.
- Identificació i mobilització dels recursos disponibles, tant dins de casa com externs (equip de salut, recursos comunitaris, ajudes materials).

5. Execució de les cures:

- Cures directes: Activitats que es realitzen directament sobre el pacient, la família o el cuidador, com l'administració de tractaments, cures i seguiment de paràmetres vitals.
- Cures indirectes: Accions que milloren la qualitat de vida del pacient i la família i que involucren recursos externs, com el suport d'altres membres de l'equip de salut, serveis comunitaris i xarxes socials. És fonamental disposar del suport i de recursos per a la visita domiciliària:
 - Recursos comunitaris: Els recursos externs, com programes de teleassistència, centres de dia, serveis d'ajuda a domicili i unitats de convallescència, són essencials per a enfortir el suport a les famílies i pacients.
 - Suport a la cuidadora informal: És fonamental proporcionar suport als cuidadors no remunerats, que solen ser familiars, especialment dones, i que poden experimentar esgotament físic i emocional. El personal d'infermeria pot oferir estratègies per a manejar l'estrès i promoure el benestar del cuidador.
- Tècnica del maletí: El personal d'infermeria porta l'equip necessari (material de cures, fullets educatius, utensilis per a controlar la salut) per a implementar les activitats programades i realitzar intervencions eficaçes.

6. Informe i registre de la visita:

- Documentació en el domicili: Registre de símptomes, canvis observats, tractaments administrats i recomanacions per a la pròxima visita.
- Informe en el centre de salut: Es documenten les dades obtingudes durant la visita, el diagnòstic, la planificació d'activitats i cures, i s'estableix la data de la pròxima visita.

7. Avaluació:

- Avaluació contínua del procés d'atenció, revisant el compliment dels objectius establits i els resultats aconseguits.
- Anàlisi de l'impacte de les intervencions realitzades i la satisfacció de la família, identificant possibles àrees de millora.
- L'avaluació es realitza utilitzant eines de mesurament de coneixements, habilitats, actituds i l'efectivitat de les estratègies implementades, i així es garanteix la qualitat de l'atenció.

Cuidadores informals: Necessitats, problemes de salut i el rol de la infermeria en el seu suport

Les cuidadores informals són persones, generalment membres de la família, que assumeixen la responsabilitat de cuidar a un ser estimat que té una malaltia crònica, una discapacitat o condicions terminals[131, 145].

L'Enquesta de Discapacitat, Autonomia Personal i Situacions de Dependència (EDAT-2020) és una eina estadística desenvolupada per l'Institut Nacional d'Estadística (INE) d'Espanya que té per objectiu obtenir informació detallada sobre la prevalença de la discapacitat, els nivells d'autonomia personal i les situacions de dependència en la població espanyola. L'enquesta recull dades sobre la capacitat de les persones per a realitzar activitats bàsiques de la vida diària (com vestir-se, alimentar-se, o moure's), així com la necessitat de suport o cura externa⁶². Aquestes cuidadores, majoritàriament dones, brinden suport físic, emocional i social sense rebre remuneració pel seu treball. Sovint assumeixen aquest rol sense la formació necessària i afronten múltiples reptes que afecten el seu benestar físic i psicològic. El personal d'infermeria té un rol clau en la identificació de les necessitats de les cuidadores, la valoració de la seua salut, el seguiment del seu estat i la provisió de suport físic, emocional i educatiu. Usant eines d'avaluació apropiades, el personal d'infermeria pot oferir una cura integral que no sols beneficie el pacient, sinó que també promoga la salut i el benestar de qui brinda cures de manera informal.

Les cuidadores informals tenen necessitats específiques que han de ser abordades per a garantir-ne la salut i el benestar. Aquestes inclouen:

1. Necessitats físiques: Les cuidadores poden experimentar fatiga física a causa de l'esforç constant de proporcionar cures, especialment si el pacient requereix ajuda amb activitats diàries com la mobilització, el bany o l'alimentació. La falta de descans adequat i l'esforç físic prolongat poden generar dolors musculars, fatiga crònica i altres problemes de salut relacionats amb l'estrès físic.

⁶²https://www.ine.es/daco/daco42/discapa/Cuidadors_EDAD2020.pdf

2. Necessitats psicològiques i emocionals: La càrrega emocional de cuidar d'un ser estimat pot generar sentiments d'ansietat, depressió, estrès i aïllament. Les cuidadores poden sentir-se sobrecarregades, incapaces d'equilibrar la vida personal amb les exigències de la cura, la qual cosa augmenta el risc que tenen de patir trastorns psicològics.
3. Necessitats socials: Moltes cuidadores s'aïllen de l'entorn social a causa de la dedicació exclusiva a cura del malalt. Això pot generar sentiments de soledat i pèrdua de suport social, la qual cosa afecta tant la seua salut mental com la seua capacitat per a suportar la càrrega de la cura.
4. Necessitats formatives: Les cuidadores necessiten formació per a poder gestionar millor les cures i reconèixer senyals d'alerta relacionats amb la salut del pacient. A més, és important que reben orientació sobre tècniques adequades de cura, prevenció de complicacions i l'ús de dispositius mèdics si és necessari.

El rol de cuidadora pot tenir greus repercussions en la salut de qui l'exerceix. Els problemes més comuns inclouen:

- Fatiga física i mental: El cansament extrem, tant físic com emocional, és una conseqüència freqüent del treball de cura, que sovint no compta amb descansos adequats. Aquesta fatiga pot derivar en una disminució de la capacitat per a acomplir les tasques diàries.
- Trastorns musculoesquelètics: L'alçament i la mobilització de la persona dependent pot causar dolors a l'esquena, múscles, coll i extremitats, així com problemes més seriosos, com lesions o trastorns crònics en les articulacions.
- Problemes de salut mental: L'ansietat, l'estrès, la depressió i l'esgotament emocional són comuns entre les cuidadores informals. El sentiment de sobrecàrrega i la falta de temps per a si mateixes contribueixen a aquests problemes.
- Alteracions en el son: La cura constant pot alterar els patrons de son de la cuidadora, la qual cosa pot portar a insomni, dificultats per a descansar o una mala qualitat del son, que afecten el seu rendiment diari i el seu benestar general.
- Síndrome de *burnout*: La síndrome d'esgotament o *burnout* és una condició psicològica que resulta de l'estrès crònic, el cansament extrem i la falta de suport. Es caracteritza per la despersonalització, la fatiga emocional i la sensació d'ineficàcia.

El personal d'infermeria exerceix un paper crucial en el suport a les cuidadores informals. La seua intervenció se centra en la valoració, seguiment, educació i suport emocional. Les principals accions que el personal d'infermeria ha de realitzar inclouen:

1. Valoració de la cuidadora: La valoració de la cuidadora és un primer pas fonamental per a identificar-ne les necessitats i problemes de salut. Això ha d'incloure una avaluació del seu estat físic, psicològic i social. El personal d'infermeria pot utilitzar eines d'avaluació estandarditzades com:
 - L'Escala de Sobrecàrrega del Cuidador de Zarit[146] és una eina utilitzada per a avaluar el nivell d'estrès i sobrecàrrega que experimenta un cuidador informal en encarregar-se d'una persona amb malalties cròniques, discapacitats o condicions de dependència. Aquesta escala consta de 22 ítems que mesuren diferents aspectes de l'impacte físic, emocional, social i financer que implica la tasca de cuidar. Les preguntes s'enfoquen en la sensació de fatiga, frustració, aïllament i dificultats en la cura, així com en els sentiments de tensió i estrès. Els resultats de l'escala permeten identificar el grau de

sobrecàrrega del cuidador i són útils per a planificar intervencions de suport, com la derivació a serveis de salut mental, grups de suport o programes de respir. L'avaluació a través d'aquesta escala és essencial per a oferir un enfocament integral en la cura tant del pacient com del cuidador.

- El Qüestionari de Salut del Cuidador (Caregiver Strain Index)[147, 148] és una eina dissenyada per a avaluar el nivell d'estrès i les àrees específiques de càrrega que experimenta un cuidador informal. Consta de 13 preguntes que aborden diversos aspectes de la cura, com les repercussions físiques, emocionals, socials i financeres de la tasca de cuidar. A través d'aquest qüestionari s'identifiquen els factors que generen més estrès en el cuidador, com la fatiga, la tensió en les relacions familiars i la limitació del temps personal. Els resultats proporcionen informació clau perquè els professionals de salut puguin dissenyar intervencions adequades i brindar suport al cuidador, per ajudar a millorar-ne el benestar i prevenir l'esgotament.
- 2. Educació i formació: El personal d'infermeria ha d'oferir educació sobre tècniques de cura adequades, ús de dispositius mèdics i mesures de prevenció de lesions[149]. També ha de proporcionar orientació sobre el maneig de la salut del pacient i la importància de cuidar de si mateixes^{63,64}. Així, existeixen diferents guies i suports educatius que permeten proporcionar informació i formació a les persones cuidadores, com ara la *Guia d'atenció a les persones cuidadores familiars en l'àmbit sanitari*⁶⁵ [150], que aborda el context d'envelliment i augment de dependència, que ha incrementat la necessitat de cuidadors familiars en activitats de la vida diària per a persones majors i dependents. Aquesta guia pretén millorar la formació i suport als cuidadors per a reduir l'impacte negatiu de les seues tasques, afavorir-ne el benestar i evitar o retardar la institucionalització de la persona cuidada, i busca sensibilitzar els professionals sanitaris perquè reconeguen i facen costat als cuidadors, promovent una atenció integral que millori la qualitat de vida tant del pacient com del cuidador, a través d'un enfocament col·laboratiu i multidisciplinari. La guia suggereix un enfocament integral: ofereix formació sobre habilitats de cura, recursos de suport emocional i pràctic i promou l'autocura i la salut mental del cuidador. Es plantegen intervencions psicoeducatives i un seguiment periòdic per a avaluar l'efectivitat del suport. Una altra guia similar amb recomanacions pràctiques és la *Guia d'atenció a les persones cuidadores*⁶⁶.

La capacitat sobre l'autocura pot incloure:

- Tècniques de relaxació i maneig de l'estrès.
- Consells sobre postura i ergonomia en cuidar el pacient.
- Informació sobre el maneig de medicaments, nutrició i cures pal·liatives.

⁶³[Guia d'atenció a les persones cuidadores](#).

⁶⁴<https://www.san.gva.es/documents/d/assistencia-sanitaria/guiapersonascuidadorascastellano-pdf>

⁶⁵<https://www.san.gva.es/documents/d/assistencia-sanitaria/guiapersonascuidadorascastellano-pdf>

⁶⁶https://saludcomunitaria.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/08/guia_atencion_personas_cuidadoras.pdf

3. Suport emocional i psicològic: El personal d'infermeria ha de brindar suport emocional a la cuidadora, ajudant-la a gestionar les emocions i preocupacions derivades del seu rol. Les intervencions poden incloure:
 - Escolta activa: Crear un espai perquè la cuidadora expresse els seus sentiments i preocupacions sense judici.
 - Reforç positiu: Ajudar la cuidadora a reconèixer els seus assoliments i esforços, la qual cosa pot millorar-ne l'autoestima i reduir la sensació de sobrecàrrega.
 - Orientació psicològica: Quan siga necessari, remetre la cuidadora a un professional de la salut mental per a abordar problemes més profunds, com l'ansietat o la depressió.
4. Seguiment i revisió: El personal d'infermeria ha de realitzar un seguiment regular de l'estat de salut de la cuidadora, verificant que les intervencions siguen efectives i realitzant ajustos quan siga necessari. Això inclou el monitoratge dels problemes físics i psicològics identificats, així com l'ajust de les estratègies de cura segons l'evolució de la situació.
5. Accions de suport social: És important que el personal d'infermeria també ajude la cuidadora a connectar-se amb recursos comunitaris i serveis de suport, com grups de suport a cuidadors, programes de respir, assistència social i serveis de teleassistència o ajuda a domicili.

Capítol 15: L'atenció domiciliària del pacient fràgil i dependent

L'ancià fràgil en l'atenció domiciliària

La detecció i atenció de l'ancià fràgil és un aspecte fonamental dins de l'atenció a les famílies en l'àmbit de la infermeria comunitària, a causa de l'impacte directe que té en la qualitat de vida tant del pacient com de l'entorn familiar. La fragilitat en l'ancià és una síndrome caracteritzada per una disminució de les reserves fisiològiques i una major vulnerabilitat als factors estressants, la qual cosa el predisposa a presentar caigudes, dependència, hospitalització i, en casos greus, mortalitat prematura[151-154].

Identificar a temps els adults majors en situació de fragilitat permet que el personal d'infermeria comunitària intervinga amb estratègies específiques per a retardar o prevenir el deteriorament funcional, la qual cosa contribueix a mantenir la seua independència i redueix la càrrega de cures que assumeixen les famílies. A més, l'atenció integral que proporciona aquest personal no sols abasta la identificació dels factors físics, sinó també dels aspectes psicològics i socials, que són fonamentals per a garantir un benestar holístic[155].

D'altra banda, la fragilitat en l'ancià genera un impacte significatiu en la dinàmica familiar, ja que moltes vegades obliga algun membre de la família a assumir el rol de cuidador, la qual cosa pot derivar en situacions d'estrès, desgast físic i emocional, i fins i tot problemes de salut en el mateix cuidador. Des d'aquest enfocament, la labor de la infermeria comunitària no sols se centra en la persona major, sinó a oferir suport, educació i recursos a la família perquè puguin afrontar millor la situació. Això inclou ensenyar tècniques de cura, identificar senyals d'alerta i conèixer els serveis disponibles, la qual cosa redueix la càrrega familiar i promou un entorn segur i saludable per a l'ancià. Les taxes de discapacitat per edat en la població espanyola (INE, 2000) reflecteixen l'impacte de l'envelliment en la salut. La relació d'incidència entre la reserva fisiològica, la fragilitat i la incapacitat progressiva és crucial en l'atenció a la persona major.

Es considera ancià fràgil a aquella persona que presenta alguna de les següents condicions[127]:

- Edat superior a 80 anys (segons la SEGG, a partir de 75 anys).
- Viu sol.
- Manca d'un adequat suport social.
- Té deficiències econòmiques.
- Ha estat ingressat a l'hospital durant l'últim any.
- Pateix demència, una altra deterioració cognitiva o depressió.
- Ha patit una pèrdua recent de la parella (menys d'un any).
- Ha tingut caigudes prèvies o està en risc de patir-ne.
- Està polimedicat.

Valoració geriàtrica integral

La valoració geriàtrica integral (VGI) és un procés exhaustiu i sistemàtic que avalua l'estat clínic, funcional, mental i social de les persones majors. El seu propòsit és identificar i tractar els problemes de salut que afecten la qualitat de vida i la funcionalitat de l'adult major. En el context actual, en què la població anciana afronta múltiples reptes derivats de la fragilitat, l'envelliment progressiu i l'alta prevalença de malalties cròniques, la VGI es converteix en una eina essencial. Aquest procés ajuda

el personal d'infermeria a realitzar una avaluació detallada i a establir un pla de cura integral, centrat a millorar l'autonomia i la participació del pacient en la seua pròpia cura[156-160].

Els models de cures d'infermeria són fonamentals per a estructurar aquestes intervencions de manera sistemàtica i personalitzada. En aquest sentit, la infermeria comunitària i geriàtrica es basa en models com els de Virginia Henderson i Dorothea Orem, que orienten la valoració en funció de les necessitats bàsiques de l'ancià, la seua capacitat d'autocura i el seu nivell de dependència. Aquests models permeten als professionals crear un entorn d'atenció que respecta la dignitat i l'autonomia de l'adult major i promou la millora de la seua qualitat de vida[161].

Els objectius de la VGI en el marc de la infermeria s'enfoquen en:

- Identificació de necessitats de salut: Detectar les necessitats específiques de cada persona per a proporcionar cures efectives i centrades en el pacient.
- Detecció de problemes actuals i potencials: Identificar els problemes que puguin afectar la funcionalitat, la salut mental i el benestar social de l'ancià, així com els riscos de deteriorament o dependència.
- Planificació de cures per a promoure autonomia: Establir un pla de cura que fomenti la independència en la mesura que siga possible, adaptat a les capacitats i limitacions del pacient.
- Coordinació interdisciplinària: Col·laborar amb altres professionals de la salut per a garantir una atenció integral i multidimensional.
- Avaluació i ajust continu: Revisar regularment la resposta del pacient a les intervencions i ajustar el pla de cures segons els canvis en el seu estat de salut.

Els models de Virginia Henderson, Dorothea Orem i Marjory Gordon són eines valuoses per a estructurar una valoració geriàtrica integral (VGI), cadascun amb un enfocament únic que promou el benestar i l'autonomia del pacient[161-163]. El model de Virginia Henderson se centra en la satisfacció de 14 necessitats bàsiques, que inclouen dimensions físiques, emocionals, socials i espirituals. En l'àmbit geriàtric, aquest model permet que el personal d'infermeria avalue l'estat funcional del pacient ancià en àrees com mobilitat, alimentació o neteja personal, entre altres, i dissenyar intervencions específiques per a cada necessitat que puga estar compromesa. Per exemple, si un pacient presenta dificultats per a mobilitzar-se, el professional pot implementar estratègies d'assistència i fomentar exercicis que promoguen la independència en la mesura que siga possible.

D'altra banda, el model de Dorothea Orem s'enfoca en la promoció de l'autoeficàcia i l'autonomia, i resalta la capacitat del pacient per a l'autocura. Aquest model valora el nivell de dependència de l'adult major, tant física com psicològica, i proposa intervencions per a reduir la dependència en àrees en les quals l'ancià puga ser parcialment autònom. En la VGI, el model d'Orem és útil per a identificar les àrees en les quals el pacient encara pot participar activament en la cura pròpia, la qual cosa potencia la seua dignitat i autonomia, fins i tot quan té les capacitats funcionals limitades.

El model de Marjory Gordon, que també resulta fonamental en la valoració geriàtrica integral, se centra en l'avaluació de patrons funcionals de salut. A través d'un enfocament holístic, Gordon identifica 11 patrons que permeten comprendre l'estat de salut del pacient des d'una perspectiva integral, considerant-ne la salut física, mental i social. Aquest model permet que els professionals de la salut obtinguen una visió més completa del benestar del pacient, avaluant àrees com la percepció de la salut, la nutrició, l'activitat física, les relacions interpersonals i el benestar psicològic, entre altres. En la pràctica geriàtrica, l'aplicació del model de Gordon ajuda el personal d'infermeria a realitzar una

Manual de l'assignatura

valoració exhaustiva, identificant factors de risc, problemes de salut i possibles àrees d'intervenció per a millorar la qualitat de vida de l'adult major. Així, el model de Gordon complementa els enfocaments de Henderson i Orem i proporciona una base més àmplia per al desenvolupament d'un pla de cures personalitzat i centrat en el pacient.

Criteri	Model de Virginia Henderson	Model de Dorothea Orem	Model de Marjory Gordon
Enfocament principal	Satisfacció de les 14 necessitats bàsiques.	Promoció de l'autoeficàcia i l'autocura.	Avaluació de patrons funcionals de salut.
Objectiu central	Aconseguir un nivell òptim de funcionalitat en cada necessitat bàsica.	Fomentar l'autonomia del pacient mitjançant l'autocura.	Proporcionar una visió integral de la salut física, mental i social del pacient.
Mètode de valoració	Avaluació de 14 necessitats fisiològiques, psicològiques, socials i espirituals.	Avaluació de capacitats d'autocura i nivells de dependència.	Avaluació d'11 patrons funcionals que abasten diferents aspectes de la salut.
Principals components	1. Respirar adequadament. 2. Menjar i beure adequadament. 3. Eliminar residus corporals. 4. Moure's i mantenir una postura adequada. 5. Dormir i descansar 6. Triar roba adequada. 7. Mantenir temperatura corporal adequada. 8. Mantenir higiene corporal 9. Evitar perills. 10. Comunicar-se adequadament. 11. Practicar actes de fe. 12. Treballar amb realització. 13. Participar en activitats recreatives. 14. Aprendre i satisfer curiositats.	1. Equilibri entre activitat i descans. 2. Equilibri entre soledat i interacció social. 3. Prevenció de perills. 4. Promoció del desenvolupament humà en grups socials.	1. Percepció de la salut. 2. Nutrició. 3. Eliminació. 4. Activitat física. 5. Cognició. 6. Son i descans. 7. Rol i relacions interpersonals. 8. Afrontament de l'estrès. 9. Tolerància al dolor. 10. Sexualitat. 11. Valors i creences.
Àrees d'intervenció	Mobilitat, alimentació, higiene, comunicació, son, entre altres.	Autocura en activitats de la vida diària (alimentació, higiene, administració de medicaments).	Salut física, psicològica i social, incloent-hi l'activitat física, nutrició i benestar emocional.
Rol de la infermeria	Proveir cures en les necessitats bàsiques no cobertes pel pacient.	Educar i fer costat al pacient en l'autocura segons la seua capacitat.	Avaluar patrons funcionals per a identificar riscos i dissenyar intervencions adequades.
Dependència vs. autonomia	Estableix el nivell de dependència en cada necessitat bàsica i treballa per a reduir-lo.	Enfocament a reduir la dependència, promovent l'autocura en la mesura possible.	Promou un enfocament integral de salut, considerant les dimensions funcionals i socials que afecten l'autonomia del pacient.

Intervencions personalitzades	Dissenya intervencions específiques per a cada necessitat compromesa.	Desenvolupa intervencions que fomenten la independència en activitats de la vida diària.	Desenvolupa plans d'intervenció personalitzats que consideren tots els aspectes de la salut del pacient.

Valoració geriàtrica integral

- La valoració geriàtrica integral (VGI) és un conjunt de tècniques d'avaluació exhaustiva dissenyat per a identificar i abordar les necessitats específiques de les persones majors i que permet implementar intervencions terapèutiques adaptades a cada cas. Aquest instrument facilita una visió completa i precisa dels problemes de salut del pacient en àrees clau: clínica, funcional, mental i social, i promou una atenció centrada en millorar la seua qualitat de vida i autonomia. A diferència de la valoració mèdica tradicional, la VG abasta àrees no exclusivament mèdiques, considerant aspectes socials, funcionals i emocionals que afecten la vida diària del pacient, centra l'atenció en la capacitat funcional i en la qualitat de vida, la qual cosa permet un abordatge més holístic i sol ser realitzada per un equip interdisciplinari que inclou professionals de diverses àrees (infermeria, fisioteràpia, psicologia, treball social, etc.), fet que contribueix a un diagnòstic més complet i a la planificació de cures integrals[163-167]. Així, implementar la VGI des d'un model de cures d'infermeria ofereix múltiples beneficis:
 - Detecció precoç de problemes de salut que es poden prevenir o mitigar, i així reduir complicacions futures.
 - Millora de l'autonomia i qualitat de vida de l'adult major en afavorir intervencions que en prolonguen la independència.
 - Reducció d'hospitalitzacions i menor ús de recursos sanitaris mitjançant un enfocament preventiu, la qual cosa redueix els costos assistencials.
 - Suport als cuidadors per a reduir la sobrecàrrega i millorar el benestar de l'entorn familiar, fet que promou l'equilibri en la llar.
 - Precisió diagnòstica augmentada, la qual cosa facilita un tractament més ajustat a les necessitats específiques de l'ancià.
 - Disminució de la institucionalització, que permet que els majors es queden en el seu entorn habitual el màxim de temps possible.
 - Optimització de decisions sobre el lloc de cura (hospital, casa o residència) segons les condicions del pacient.
 - Millora en l'estat funcional, cognitiu i afectiu, que ajuda a conservar les capacitats mentals i físiques.
 - Reducció de la polimedicació i efectes adversos associats, en avaluar regularment la necessitat i efectes dels medicaments.
 - Augment de la supervivència i dels anys de vida saludable de l'ancià.

Els objectius fonamentals de la VGI són:

- Identificar els ancians en situació de risc per a poder intervenir de manera anticipada.
- Implementar activitats preventives i/o assistencials adequades a les condicions individuals del pacient.
- Millorar la sensibilitat diagnòstica i l'encert en la identificació de problemes de salut específics de l'envelliment.
- Optimitzar l'eficiència en el tractament mitjançant un enfocament integral i coordinat.

- Fomentar l'autonomia del pacient, promovent que mantinga el control sobre la seua vida quotidiana.
- Racionalitzar l'ús de recursos sociosanitaris reduint la necessitat d'institucionalització i hospitalització.
- Documentar exhaustivament la història clínica del pacient, garantint la continuïtat i qualitat en la cura al llarg del temps.

La VGI es divideix en quatre àrees clau que el personal d'infermeria avalua a través de diferents eines i escales de valoració:

4.1 Valoració clínica

La valoració clínica en la valoració geriàtrica integral (VGI) se centra a identificar malalties cròniques, controlar símptomes i revisar tractaments farmacològics i nutricionals. Aquesta avaluació es fa mitjançant diverses eines i escales (Instruments per a la valoració domiciliària⁶⁷) que permeten una anàlisi exhaustiva i personalitzada de l'estat de salut del pacient geriàtric. Les àrees clau en la valoració clínica són:

1. Diagnòstics mèdics actuals i antecedents: Es documenten les malalties cròniques i agudes prèvies i se n'avalua l'impacte en la capacitat funcional i l'esperança de vida del pacient. Aquesta anàlisi permet estimar els riscos de complicacions futures i ajuda a personalitzar el pla de cura.
2. Aspectes nutricionals: Inclou l'avaluació de la dieta, apetit, canvis en el pes corporal, estat dental i paràmetres bioquímics com l'albúmina i l'hemoglobina. La nutrició és fonamental en la geriatria, ja que una deficiència nutricional pot accelerar el deteriorament físic i cognitiu.
3. Revisió de medicaments: S'analitza el règim de medicaments actual, avaluant possibles efectes adversos i el risc de polifarmàcia, una condició comuna en pacients majors que pot afectar negativament el seu estat funcional i augmentar el risc de caigudes i hospitalitzacions.
4. Funció renal: S'avalua l'aclariment de creatinina per a ajustar les dosis de medicaments i detectar qualsevol insuficiència renal, una condició freqüent en adults majors.
5. Trastorns de la marxa i caigudes: L'avaluació de la mobilitat i l'equilibri és fonamental, ja que els problemes en aquesta àrea augmenten el risc de caigudes, que són una de les principals causes de morbiditat en persones majors.

Entre les eines i escales utilitzades per a la valoració clínica estan:

1. Escala de marxa i equilibri de Tinetti:

- Objectiu: Avaluar el risc de caigudes en l'any vinent.
- Indicacions: Indicada en pacients majors amb antecedents de caigudes o problemes de mobilitat.
- Forma d'administració: Consisteix en una sèrie de proves observacionals que avaluen l'equilibri (assegut, dempeus, en inclinar-se) i la marxa (longitud de pas, simetria, continuïtat).

⁶⁷https://www.san.gva.es/documents/d/qualitat/v_4963_2006_ca

- Puntuació: L'escala suma els punts de cada ítem (màxim de 28 punts). Una puntuació baixa indica un major risc de caigudes, mentre que una puntuació alta suggereix un bon equilibri i menor risc.

2. NSI (Nutrition Screening Initiative)

- Objectiu: Detectar risc de malnutrició en persones majors de 65 anys.
- Indicacions: Recomanada per a pacients majors que presenten pèrdua de pes inexplicada, falta d'apetit o canvis en l'estat de salut que puguin afectar la seua nutrició.
- Forma d'administració: Qüestionari breu que examina factors de risc nutricional, com canvis en el pes, problemes d'apetit, dificultat per a mastegar i accés a aliments.
- Puntuació: Assigna punts a cada ítem, i una puntuació elevada indica risc de malnutrició i suggereix la necessitat d'una avaluació nutricional més exhaustiva.

3. MNA (Mini Nutritional Assessment)

- Objectiu: Realitzar una avaluació detallada de l'estat nutricional en persones majors, especialment en adults majors de 80 anys.
- Indicacions: Indicada en persones majors amb malalties cròniques, baix pes o deficiències nutricionals.
- Forma d'administració: Qüestionari de 18 ítems que avalua la ingesta alimentària, el pes, l'índex de massa corporal, la mobilitat i la presència de malalties agudes o estrès psicològic.
- Puntuació: Puntuació total de 30 punts. Una puntuació baixa indica malnutrició o risc de malnutrició.

4. Escala de Braden-Bergstrom

- Objectiu: Avaluar el risc d'úlceres per pressió (UPP).
- Indicacions: Indicada en pacients amb mobilitat limitada, hospitalitzats o amb el risc d'immobilització prolongada.
- Forma d'administració: Avalua sis àrees (percepció sensorial, humitat, activitat, mobilitat, nutrició i fricció o forces de cisallament).
- Puntuació: La puntuació total oscil·la entre 6 i 23 punts. A menor puntuació, major és el risc de desenvolupar úlceres per pressió.

5. Índex de comorbiditat de Charlson

- Objectiu: Avaluar l'impacte de malalties cròniques múltiples en el pronòstic de salut del pacient.
- Indicacions: Utilitzat per a pacients amb múltiples comorbiditats.
- Forma d'administració: Assigna una puntuació a cada malaltia present, i la suma dels punts indica la gravetat de les comorbiditats.
- Puntuació: Una puntuació més alta està associada amb un pitjor pronòstic i menor esperança de vida.

6. Índex de Barthel

- Objectiu: Avaluar la capacitat per a realitzar activitats de la vida diària (AVD) de manera independent.
- Indicacions: Recomanat per a valorar la funcionalitat de pacients en rehabilitació o amb deteriorament físic.
- Forma d'administració: Avalua 10 activitats bàsiques, com banyar-se, vestir-se, anar al lavabo i mobilitzar-se.
- Puntuació: Puntuació màxima de 100 punts, amb una puntuació més alta que indica major independència.

7. Avaluació de polifarmàcia

- Objectiu: Revisar el règim de medicaments per a identificar redundàncies, interaccions i possibles efectes adversos.
- Indicacions: Indicada en pacients amb cinc o més medicaments receptats, o amb antecedents de caigudes o problemes cognitius.
- Forma d'administració: Inclou la revisió de tots els medicaments prescrits i de venda lliure, així com l'avaluació de la necessitat i efectivitat de cadascun d'ells.
- Resultats: Identifica els medicaments innecessaris o duplicats i optimitza el tractament farmacològic del pacient.

4.2 Valoració funcional

La valoració funcional en la Valoració Geriàtrica Integral (VGI) se centra a analitzar la capacitat del pacient major per a realitzar activitats de la vida diària, classificades en tres tipus: activitats bàsiques de la vida diària (ABVD), activitats instrumentals de la vida diària (AIVD) i activitats avançades de la vida diària (AAVD)[129]. Aquesta avaluació permet entendre el nivell d'independència del pacient i la seua capacitat per a adaptar-se a l'entorn. També s'inclouen proves de funció perceptiva, com audició, visió i parla, a més de l'avaluació del risc de caigudes. La valoració de la funció perceptiva inclou l'avaluació de la visió, audició i parla, elements crítics per a la comunicació i la interacció del pacient amb l'entorn. La pèrdua d'aquestes funcions pot afectar significativament l'autonomia i el benestar de l'adult major, a més d'augmentar el risc d'aïllament social. Entre les eines utilitzades es troben:

1. Índex de Katz

- Objectiu: Avaluar la capacitat del pacient per a realitzar activitats bàsiques de la vida diària (ABVD), com vestir-se, banyar-se, alimentar-se, anar al lavabo, traslladar-se i controlar esfínters.
- Indicacions: Indicada per a persones majors que puguin presentar problemes de dependència en l'autocura.
- Forma d'administració: Consisteix en una avaluació observacional o per entrevista directa, en què es qualifica si el pacient realitza cada activitat de manera independent o dependent.
- Puntuació: Es puntua cada activitat amb un valor d'1 (independent) o 0 (dependent), amb una puntuació total que varia de 0 a 6. Valors més alts indiquen major independència funcional.

2. Índex de Barthel

- Objectiu: Mesurar la dependència en les ABVD, però de forma més detallada que l'índex de Katz.
- Indicacions: Utilitzat en pacients que requereixen rehabilitació o en aquells amb deteriorament en l'autocura.
- Forma d'administració: Avaluació de 10 activitats, entre les quals s'inclouen alimentació, bany, vestimenta, higiene personal, mobilitat i control d'esfínters.
- Puntuació: La puntuació varia de 0 a 100 punts. Una puntuació més alta reflecteix major independència. Aquest índex permet classificar el nivell de dependència en lleu, moderat o greu.

3. Escala de Lawton i Brody

- Objectiu: Valorar la capacitat per a realitzar activitats instrumentals de la vida diària (AIVD), com preparar menjars, administrar medicaments, manejar finances, fer compres i usar el transport.
- Indicacions: Especialment útil en persones majors que viuen soles o que requereixen suport en la gestió d'activitats complexes.
- Forma d'administració: Entrevista o avaluació directa de l'assoliment en 8 àrees instrumentals.
- Puntuació: Cada activitat es puntua en un rang de 0 a 1, amb un màxim de 8 punts. A major puntuació, major capacitat de realitzar AIVD de manera independent.

4. Índex de Lawton

- Objectiu: Similar al de Lawton i Brody, aquesta escala s'enfoca a avaluar AIVD i s'utilitza per a monitorar canvis en la capacitat funcional de persones majors.
- Indicacions: Adequada per al seguiment en persones amb deteriorament progressiu o que viuen en el seu domicili.
- Forma d'administració: S'avaluen tasques instrumentals, com l'ús de transport, l'administració de medicaments, les compres i la preparació d'aliments.
- Puntuació: Rang de 0 a 8 punts, en què els punts més alts indiquen major independència.

5. Avaluació d'activitats avançades de la vida diària (AAVD)

- Objectiu: Valorar la participació en activitats avançades de la vida diària (AAVD), que inclouen activitats socials, laborals, recreatives i rols familiars. Aquestes activitats són un indicador del nivell d'adaptació social i psicològic del pacient.
- Indicacions: Indicada en pacients majors que encara participen activament en la seua comunitat o entorn social.
- Forma d'administració: No hi ha una escala única, però es pot valorar a través d'entrevistes i qüestionaris de participació social i qualitat de vida.
- Interpretació: La limitació en les AAVD suggereix una disminució de la integració social i pot reflectir una pèrdua d'habilitats cognitives o físiques.

6. Avaluació del risc de caigudes

Manual de l'assignatura

- Objectiu: Identificar el risc de caigudes, un problema comú en persones majors que pot tenir conseqüències greus per a la seua mobilitat i qualitat de vida.
- Indicacions: Indicada per a pacients majors que presenten problemes d'equilibri, mobilitat o antecedents de caigudes.
- Forma d'administració: Generalment s'empren escales específiques, com l'escala de Tinetti o la prova d'Alçar-se i caminar (Timed Up and Go).
- Interpretació: La puntuació permet classificar el pacient en baix, moderat o alt risc de caigudes, i guiar intervencions preventives.

Taula 2. Escales d'avaluació funcional

Escala	Objectiu	Forma d'administració	Puntuació	Interpretació
Índex de Katz	Avaluar ABVD	Observació o entrevista	0 a 6	Alta puntuació = major independència
Índex de Barthel	Mesurar dependència en ABVD	Avaluació de 10 activitats	0 a 100	Classifica dependència en lleu, moderada, greu
Escala de Lawton i Brody	Valorar AIVD	Entrevista o avaluació directa	0 a 8	Alta puntuació = major capacitat en AIVD
Índex de Lawton	Avaluar independència en AIVD	Similar a Lawton i Brody	0 a 8	Alta puntuació = major independència
Avaluació de AAVD	Valorar activitats socials i recreatives	Entrevistes/qüestionaris de participació	Variable	Limitació reflecteix menor adaptació social
Avaluació del risc de caigudes	Identificar risc de caigudes	Escala de Tinetti o Timed Up and Go	Variable	Classifica el risc com a baix, moderat o alt

4.3 Valoració mental

La valoració mental en la VGI és essencial per a avaluar l'estat cognitiu i emocional del pacient major, aspectes que influeixen directament en la seua qualitat de vida, la seua capacitat d'adaptació i el seu nivell d'independència. Aquesta valoració permet detectar de manera primerenca signes de deteriorament cognitiu, trastorns afectius i problemes d'adaptació, la qual cosa facilita intervencions preventives i un adequat suport psicosocial. A banda d'això tenir en compte que respecte a la capacitat d'adaptació, avalua com l'adult major afronta canvis i desafiaments relacionats amb la seua salut i entorn. L'escala de qualitat de vida (SF-36) és una eina útil per a aquest propòsit, i avalua com la salut afecta la seua vida diària i el benestar general. Entre les escales utilitzades per a la valoració de l'esfera mental hi ha:

1. Pfeiffer o Short Portable Mental Estatus Questionnaire (SPMSQ)

- Objectiu: Detecció de deteriorament cognitiu lleu o moderat en persones majors.
- Indicacions: S'utilitza en entorns d'atenció primària i geriàtrics per a identificar problemes de memòria, orientació i càlcul.
- Forma d'administració: Qüestionari de 10 preguntes que avalua orientació temporal i espacial, memòria i concentració. Es realitza de manera breu, en menys de 10 minuts.
- Puntuació: Cada resposta incorrecta es comptabilitza com un error; de 0 a 2 errors indiquen funció cognitiva normal, mentre que de 3 a 7 errors suggereixen deteriorament lleu a moderat, i més de 8 errors indiquen deteriorament greu.

2. Mini-Mental State Examination (MMSE)

- Objectiu: Avaluar de manera més completa l'estat cognitiu general; permet el seguiment de pacients amb deteriorament cognitiu.
- Indicacions: Ideal per a una avaluació inicial i com a eina de seguiment en pacients amb sospita de demència o problemes cognitius.
- Forma d'administració: Inclou preguntes i tasques en àrees d'orientació, memòria a curt termini, atenció, càlcul, memòria de treball i habilitats del llenguatge, en una prova d'aproximadament 10 a 15 minuts.
- Puntuació: La puntuació màxima és de 30 punts; puntuacions per davall de 24 suggereixen deteriorament cognitiu, amb nivells de deteriorament classificats com a lleu, moderat o greu segons la puntuació obtinguda.

3. Escala de depressió geriàtrica (GDS)

- Objectiu: Detectar símptomes depressius en persones majors, diferenciant entre depressió lleu i greu.
- Indicacions: Recomanada per a pacients majors que mostren canvis en l'estat d'ànim, pèrdua d'interès en activitats o retraïment social.
- Forma d'administració: Hi ha versions curta i llarga de la GDS; la curta és de 15 preguntes de tipus "sí" o "no" sobre l'estat anímic recent del pacient. L'administració és ràpida i pot aplicar-se tant en consulta com en domicilis.
- Puntuació: Cada resposta que indica simptomatologia depressiva se suma, amb una puntuació total que permet classificar el pacient en normal (0-5), depressió lleu (6-9) o depressió greu (10-15).

4. Escala d'ansietat i depressió de Goldberg

- Objectiu: Detectar trastorns d'ansietat i depressió en adults majors, identificant símptomes de les dues condicions.
- Indicacions: Utilitzada en casos en què s'observen signes d'ansietat, irritabilitat, problemes de son o símptomes depressius.
- Forma d'administració: Consta de dues subescales, una per a l'ansietat i una altra per a la depressió, amb 9 ítems cadascuna. Es realitza en forma de qüestionari autoadministrat o en entrevista.

Manual de l'assignatura

- **Puntuació:** Cada resposta afirmativa suma un punt; per a ansietat, una puntuació de 4 o més suggereix probabilitat d'ansietat, i per a depressió, una puntuació de 2 o més indica possible depressió.

Taula 3. Escales de valoració mental

Escala	Objectiu	Forma d'administració	Puntuació	Interpretació
Pfeiffer (SPMSQ)	Detectar deteriorament cognitiu lleu/moderat	10 preguntes (orientació i memòria)	0-2 normal, 3-7 deteriorament lleu/moderat, >8 greu	Identifica deteriorament en memòria i orientació
Mini-Mental State Examination (MMSE)	Avaluar l'estat cognitiu general	Qüestionari de 30 punts	≤ 23 suggereix deteriorament cognitiu	Classifica deteriorament en lleu, moderat o greu
Escala de depressió geriàtrica (GDS)	Detectar símptomes depressius	15 preguntes "sí" o "no"	0-5 normal, 6-9 depressió lleu, 10-15 greu	Diagnostica i classifica gravetat de la depressió
Escala d'ansietat i depressió de Goldberg	Detectar ansietat i depressió	18 ítems, 9 per a ansietat, 9 per a depressió	≥4 ansietat, ≥2 depressió	Identifica símptomes afectius

4.4 Valoració social

La valoració social en la valoració geriàtrica integral (VGI) és fonamental per a identificar l'entorn social i familiar del pacient ancià, així com els recursos i el suport dels quals disposa, la qual cosa influeix significativament en el seu benestar i capacitat d'adaptació. Aquesta valoració examina la xarxa de relacions, el nivell de suport social, la situació econòmica i les necessitats socials de l'ancià, i permet establir intervencions que enfortisquen la seua integració i suport comunitari. Entre les escales trobem:

1. Escala Gijón (Índex sociofamiliar)

- **Objectiu:** Avaluar la situació sociofamiliar de l'ancià per a detectar riscos d'aïllament i mancances de suport.
- **Indicacions:** Recomanat per a identificar situacions de risc social en persones majors en l'àmbit comunitari o en atenció primària.
- **Forma d'administració:** Qüestionari que avalua cinc àrees: situació familiar, econòmica, relacions socials, suport social i condicions d'habitatge.
- **Puntuació:** L'escala atorga una puntuació que va de 5 a 25 punts, en què puntuacions superiors a 15 suggereixen problemes socials significatius i riscos d'aïllament.

2. Apgar familiar

- Objectiu: Avaluar el funcionament familiar i com l'entorn familiar impacta la salut i benestar del pacient.
- Indicacions: Útil per a detectar disfunció familiar i avaluar la qualitat del suport emocional i pràctic que l'ancià rep de la seua família.
- Forma d'administració: Qüestionari de cinc preguntes, en el qual el pacient avalua el suport familiar en àrees com l'adaptabilitat, la cooperació, el creixement, l'afectivitat i la resolució.
- Puntuació: Cada ítem es puntuja de 0 a 2 (sempre, a vegades, mai), amb una puntuació total que oscil·la entre 0 i 10. Una puntuació baixa indica un baix nivell de funcionalitat familiar, mentre que una puntuació alta suggereix un bon funcionament i suport familiar.

3. Escala de sobrecàrrega del cuidador (Zarit)

- Objectiu: Mesurar el nivell de sobrecàrrega percebuda pels cuidadors de persones majors, especialment aquells amb malalties cròniques o trastorns mentals.
- Indicacions: Recomanat per a avaluar l'impacte emocional i físic del rol de cuidador; permet identificar necessitats de suport i possibles intervencions d'alleujament per als cuidadors.
- Forma d'administració: Qüestionari autoadministrat de 22 ítems, en el qual el cuidador respon en una escala de freqüència ("mai" a "quasi sempre") a afirmacions sobre la seua experiència de cura.
- Puntuació: La puntuació total varia de 0 a 88, i una puntuació més alta indica un nivell de sobrecàrrega elevat. Valors superiors a 46 punts suggereixen sobrecàrrega intensa i necessitat de suport extern.

4. Escala de suport social de Duke-UNC

- Objectiu: Mesurar el nivell de suport social percebut, considerant tant el suport confidencial com l'afectiu que l'ancià rep de la seua xarxa social.
- Indicacions: Aplicable en contextos comunitaris i assistencials per a avaluar la percepció de suport social en persones majors.
- Forma d'administració: Qüestionari d'11 ítems en el qual s'avalua la freqüència amb què el pacient percep tenir suport emocional i pràctic de les seues xarxes socials.
- Puntuació: Cada ítem es puntuja en una escala d'1 ("mai") a 5 ("sempre"). La suma de les puntuacions permet avaluar la quantitat de suport percebut, en què valors baixos poden suggerir falta de suport social i major vulnerabilitat.

5. Escala de valoració sociofamiliar de Gijón

- Objectiu: Avaluar de forma detallada la situació sociofamiliar, identificant factors de risc per a aïllament o desamparament social.
- Indicacions: Usada principalment en ancians que viuen sols o que poden presentar mancances en la xarxa de suport.
- Forma d'administració: Similar a l'escala de Gijón inicial, inclou un qüestionari que aprofundeix en àrees com relacions familiars, contactes socials, suport i condicions d'habitatge.
- Puntuació: La puntuació total determina el nivell de risc social, i s'estableixen rangs per a classificar la situació en baix, moderat o alt risc, cosa que facilita la priorització d'intervencions de suport social.

Manual de l'assignatura

Taula 4. Escales de valoració social

Escala	Objectiu	Forma d'administració	Puntuació	Interpretació
Escala Gijón	Detectar riscos d'aïllament social	Qüestionari de 5 àrees	5-25 punts; >15 suggereix alt risc social	Avalua situació sociofamiliar, econòmica i social
Apgar familiar	Avaluar el funcionament familiar	5 ítems sobre adaptabilitat i suport familiar	0-10 punts; puntuació alta indica bon suport	Mesurament de la funcionalitat familiar
Escala de sobrecàrrega del cuidador (Zarit)	Mesurar la sobrecàrrega del cuidador	Qüestionari de 22 ítems de freqüència	0-88 punts; >46 suggereix sobrecàrrega intensa	Valora la càrrega emocional i física del cuidador
Escala de suport social de Duke-UNC	Mesurar el suport social percebut	11 ítems sobre suport emocional i pràctic	11-55 punts; valors baixos indiquen baix suport	Avalua la percepció del suport social
Escala de valoració sociofamiliar de Gijón	Identificar riscos de desemparament	Qüestionari estès sobre xarxa social	Puntuació en rangs de baix a alt risc social	Aprofundeix en situació de suport i vulnerabilitat

Procés de valoració i desenvolupament del pla de cures

La valoració geriàtrica integral (VGI) en el model de Virginia Henderson implica un procés estructurat que se centra a atendre totes les àrees de la vida de la persona major i a promoure'n l'autonomia. Aquest enfocament es duu a terme en fases, des de la detecció fins a la reavaluació, per a assegurar una atenció continuada i adaptada a les necessitats de l'ancià.

5.1 Detecció i captació del pacient

La primera fase de la VGI és identificar aquells pacients que més es beneficiaran d'aquesta intervenció, típicament persones majors de 75 anys que presenten problemes crònics, deteriorament funcional o signes de fragilitat, com dependència en activitats bàsiques o alteracions cognitives i emocionals. La detecció pot ocórrer en el context d'una consulta mèdica o en un programa d'atenció comunitària.

5.2 Valoració inicial

Es fa una avaluació completa en les àrees clínica, funcional, cognitiva, emocional i social, considerant les 14 necessitats bàsiques de Henderson. Aquesta valoració identifica problemes específics de salut i funcionalitat, el grau de dependència i les necessitats de cura de cada pacient. A més, permet establir factors de risc i prioritzar els problemes més urgents.

5.3 Desenvolupament del pla de cures

Amb les dades obtingudes, el personal d'infermeria elabora un pla de cures personalitzat que abasta els següents elements:

- Objectius de cura: Establir metes clares i mesurables que se centren a millorar la qualitat de vida, l'autonomia i el benestar del pacient.

- Intervencions: Dissenyar accions específiques en cada àrea de necessitat, com promoure la mobilitat, educar en autocura i establir un adequat maneig farmacològic.
- Resultats esperats: Definir indicadors que permeten avaluar l'efectivitat de les intervencions, com ara millores en la mobilitat, reducció de caigudes, control de símptomes i major independència en la vida diària.

6. Implementació del pla de cures

El professional d'infermeria lidera la implementació del pla de cures en estreta coordinació amb l'equip multidisciplinari, que pot incloure metges, fisioterapeutes, treballadors socials i altres especialistes. Les intervencions poden abastar:

- Maneig de la medicació i supervisió d'efectes adversos.
- Educació sobre autocura i prevenció de complicacions.
- Suport en l'alimentació, hidratació i en la pràctica d'exercici físic.

7. Seguiment i revaloració

La reavaluació periòdica permet ajustar el pla de cures segons els canvis en la salut i condicions del pacient. Aquesta etapa garanteix que les intervencions continuen sent rellevants i que els objectius de cura s'adaptin a les noves necessitats. És un procés continu que avalua els assoliments aconseguits i les àrees que requereixen atenció addicional.

8. Eines i escales de valoració en la VGI

La VGI emprava diverses escales estandarditzades en cada àrea per a assegurar una avaluació objectiva i reproducible. Aquestes eines faciliten la detecció precoç de problemes, permeten el seguiment en el temps i ajuden a establir un llenguatge comú entre els professionals de salut.

9. Importància de l'enfocament multidisciplinari

L'abordament multidisciplinari és clau en l'atenció geriàtrica. Infermeria actua com a coordinador de l'atenció: serveix d'enllaç entre el pacient, la seua família i l'equip de salut, facilita la comunicació i assegura que el pla de cures siga integral.

10. Rol de la família i del cuidador principal

La família i els cuidadors principals juguen un paper fonamental en la VGI, ja que solen ser els qui proporcionen la cura diària. El personal d'infermeria ha de brindar-los suport, educació i eines perquè s'involucren en el procés de cura de manera efectiva i reduir així la sobrecàrrega emocional.

Taula 5. Pla de cures

Fase del procés	Descripció	Eines i escales
1. Detecció i captació del pacient	Identificació d'ancians amb alt risc o fragilitat	Edat, historial clínic i criteris de fragilitat
2. Valoració inicial	Avaluació completa d'àrees clíniques, funcionals, cognitives, emocionals i socials	Escales de Katz, Barthel, MMSE, Gijón, Zarit
3. Desenvolupament del pla de cures	Establiment d'objectius, intervencions i resultats esperats en cada necessitat identificada	Objectius d'autonomia i benestar

Manual de l'assignatura

4. Implementació del pla	Coordinació i realització d'intervencions al costat de l'equip multidisciplinari	Supervisió de medicació, educació en autocura
5. Seguiment i revaloració	Reavaluació regular per a ajustar el pla de cures segons el progrés i canvis en l'estat del pacient	Monitoratge continu amb escales i entrevistes
6. Eines de valoració	Ús d'eines objectives per a cada àrea (funcional, cognitiva, afectiva i social)	Tinetti, Charlson, escala de suport social de Duke-UNC

Lesions per dependència

Les lesions per dependència, anteriorment conegudes com úlceres per pressió (UPP), són un problema de salut crític en poblacions vulnerables, especialment en persones majors i pacients amb mobilitat limitada. Aquestes lesions, que inclouen danys en la pell i en teixits subjacents a conseqüència de la pressió prolongada o el freg, solen desenvolupar-se en zones òssies com talons, malucs i sacre. Són especialment freqüents en persones dependents i fràgils, la qual cosa fa necessària una atenció integral i preventiva per a evitar que apareguen i es deteriore la qualitat de vida. S'inclouen en aquest grup les úlceres per pressió (UPP), però també altres, com les lesions per fricció, cisallament i humitat. El maneig de les lesions per dependència és fonamental per a millorar la qualitat de vida i reduir complicacions en pacients dependents. Així, es poden distingir diferents tipus de lesions per dependència:

1. Úlceres per pressió (UPP): Són lesions causades per la pressió prolongada sobre àrees òssies, que restringeix el flux sanguini i danya la pell i els teixits subjacents. Comunament afecten talons, sacre, malucs i omòplats.
2. Lesions per fricció: Resulten de la fricció repetida entre la pell i una altra superfície (com un llit o cadira). Aquestes lesions solen aparèixer en l'epidermis i no necessàriament comprometen els teixits més profunds.
3. Lesions per cisallament: Ocorren quan el pacient s'esvara en el llit o cadira i provoca que els teixits més superficials de la pell es desplacen en una direcció mentre els teixits subjacents es mouen en una altra. Això pot causar dany profund en la pell i en els teixits interns, especialment en zones de prominències òssies.
4. Lesions per humitat: L'exposició contínua a la humitat (per incontinència urinària, sudoració excessiva o drenatges) pot deteriorar la barrera cutània i provocar maceració, que afavoreix el desenvolupament d'úlceres o dermatitis associades a la humitat.

A nivell mundial, la prevalença de les lesions per dependència afecta entre el 5% i el 10% dels pacients hospitalitzats, encara que aquesta xifra pot ser significativament més alta en centres de cures prolongades i unitats de vigilància intensiva, on la vulnerabilitat és major. En aquests casos, la incidència pot superar el 20% a causa de la falta de mobilitat i de les condicions de salut subjacents. L'impacte econòmic també és considerable: els costos de tractament poden oscil·lar entre 20.000 \$ i 150.000 \$ per pacient, depenent de la gravetat i duració del tractament, a causa de la necessitat de teràpies especialitzades i recursos prolongats.

Entre els factors de risc per al desenvolupament de lesions per dependència trobem:

1. Factors intrínsecs:

- Edat avançada: La fragilitat cutània i els canvis en el metabolisme incrementen la susceptibilitat dels adults majors.
- Mobilitat reduïda: Les persones amb mobilitat limitada o immobilitat prolongada no poden alleujar la pressió en àrees vulnerables.
- Malnutrició: Una dieta insuficient afecta la integritat dels teixits i alenteix la cicatrització.
- Malalties cròniques: Condicions com diabetis o insuficiència renal dificulten el flux sanguini i la regeneració cel·lular.

2. Factors extrínsecs:

- Pressió prolongada: Romandre en la mateixa posició durant llargs períodes afecta la circulació i augmenta el risc de lesions.
- Fricció i cisallament: El frec en mobilitzar al pacient pot danyar tant la pell com els teixits més profunds.
- Humitat: L'exposició a la humitat per incontinència o sudoració afebleix la barrera cutània i afavoreix la maceració.

Per a minimitzar l'impacte d'aquestes lesions, la prevenció s'ha d'abordar de manera integral a través de la valoració geriàtrica integral (VGI), que permet identificar pacients en risc i aplicar mesures específiques de cura.

1. Valoració del risc. La primera mesura preventiva és avaluar el risc mitjançant escales de valoració específiques, que permeten determinar la probabilitat de desenvolupar lesions i prioritzar les intervencions.

- Escala de Braden: Avalua factors com percepció sensorial, humitat, activitat, mobilitat, nutrició i fricció/cisallament. La puntuació varia de 6 a 23; les xifres més baixes són indicatives de més risc.
- Escala de Norton: Classifica el risc segons l'estat físic, mental, activitat, mobilitat i incontinència, amb una puntuació de 5 a 20. Una puntuació menor a 14 indica alt risc.
- Escala de Waterlow: Considera factors com l'edat, pèrdua de pes i malalties cròniques. Puntuacions elevades reflecteixen un risc major i suggereixen la necessitat de prevenció activa.

2. Cures de la pell. La cura diària de la pell és fonamental en la prevenció de lesions:

- Avaluació regular: Inspecció de prominències òssies i àrees exposades a la humitat.
- Manteniment: Mantenir la pell neta i seca i utilitzar productes hidratants suaus.
- Protecció: Usar apòsits protectors i barreres per a evitar friccions i exposició a la humitat.

3. Reducció de la pressió. Reduir la pressió en zones de risc mitjançant canvis posturals i l'ús de dispositius especialitzats és fonamental:

- Mobilització i canvis posturals: Canviar la posició cada 2-3 hores en pacients enllitats; en sedestació, cada hora.
- Superfícies de suport: Utilitzar superfícies estàtiques, com matalassos viscoelàstics, per a risc baix i dinàmiques (matalassos d'aire) per a risc alt.
- Protecció local: Aplicar apòsits en àrees de pressió i dispositius com botins per a reduir el risc de fricció.

4. Educació de pacients i cuidadors. Involucrar pacients, familiars i cuidadors en la prevenció de lesions és essencial:

- Formació en autocura: Capacitar sobre cures de la pell, ús de dispositius i mobilització.

- Protocols clars: Proveir l'equip de salut de guies i pràctiques preventives i assegurar que se seguisquen.
- Programes d'educació estructurats: La informació ha de ser clara, accessible i ajustada als cuidadors i al pacient.

Cures pal·liatives en atenció domiciliària

L'augment de l'esperança de vida, els avenços en tecnologia mèdica, diagnòstics i tractaments, juntament amb l'envelliment progressiu de la població, han provocat un increment significatiu en la prevalença de malalties cròniques invalidants i oncològiques. Aquestes condicions, en la fase avançada, condueixen a situacions terminals irreversibles i, finalment, a la mort del pacient [140, 168, 169].

En aquest context, els serveis de salut ofereixen, en les seues carteres de serveis⁶⁸, atenció especialitzada per a pacients amb necessitats de cures pal·liatives. Aquesta atenció integral, individualitzada i protocol·litzada, es brinda a persones amb malalties incurables que, segons evidència científica, no responen a tractaments específics i tenen un pronòstic de vida inferior a sis mesos. També s'estén als seus sers estimats i cuidadors. L'objectiu central de les cures pal·liatives és millorar la qualitat de vida del pacient, respectant les seues creences, preferències i valors. Per a això, es disposa del suport d'unitats d'hospitalització a domicili quan la situació ho requereix, unitats que faciliten una atenció humanitzada i personalitzada a casa del pacient.

Les accions clau en cures pal·liatives inclouen:

- Identificació de pacients en fase terminal: Segons criteris diagnòstics i la història natural de la seua malaltia.
- Valoració integral: Avaluació de les necessitats físiques, emocionals i socials tant del pacient com dels cuidadors.
- Pla de cures: Control de símptomes, suport emocional, revisió de medicació i orientació tant al pacient com als familiars en les diferents etapes del procés.
- Seguiment i derivació: Segons el curs de la malaltia i la necessitat d'intervencions específiques.
- Sedació pal·liativa: Administració controlada de sedació en símptomes refractaris, per a alleujar el sofriment sense disminuir el nivell de consciència de manera excessiva.
- Acompanyament i continuïtat assistencial: Atenció constant i gestió de casos per a assegurar la qualitat i la continuïtat de la cura.
- Suport a familiars/cuidadors principals: Assessorament i atenció a les persones pròximes al pacient, els quals també afronten el procés de malaltia terminal.

És per això que des de l'atenció comunitària es planteja un enfocament en les cures pal·liatives que promou una atenció més digna i compassiva, prioritzant el benestar i la qualitat de vida dels pacients terminals i els familiars en cada etapa del procés de fi de vida. Aquest enfocament és necessari davant del model anterior, en el qual hi havia:

⁶⁸https://www.san.gva.es/documents/d/assistencia-sanitaria/2_cartera_servicios_atencion_primaria_comunitaria_resumida_ca-pdf

- Predomini de l'enfocament exclusivament biològic: Falta de consideració dels aspectes emocionals i espirituals del pacient.
- Persistència de pràctiques terapèutiques innecessàries: Realització de procediments diagnòstics o tractaments ineficaços, que poden conduir a la distanàsia.
- Insuficiència d'atenció específica en fases terminals: Deficiències en l'abordament i cura integral de la fase terminal de la malaltia.
- Comunicació insuficient amb el pacient i la família: Falta d'informació i d'un diàleg adequat sobre l'estat terminal, la qual cosa dificulta la preparació i adaptació al procés final.

Respecte a les cures pal·liatives, s'ha de clarificar que s'entén per *malaltia en fase terminal* aquella que no disposa de tractament curatiu o terapèutic que en frene la progressió. Aquesta condició condueix inevitablement a la mort en un termini generalment inferior a sis mesos. Les malalties terminals són progressives, ocasionen símptomes intensos, multifactorials i canviants, i generen un sofriment significatiu tant per al pacient com per a la família, tant en l'aspecte físic com psicològic. En 1990, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va definir les *cures pal·liatives* com la cura activa i total de malalties que no responen al tractament curatiu. Tenen per objectiu garantir la millor qualitat de vida possible per al pacient, gestionant els símptomes físics, psicològics, socials i espirituals. El principal objectiu de l'atenció pal·liativa és *cuidar*, no curar. El focus està a proporcionar confort i assegurar la màxima qualitat de vida del pacient fins al moment de la defunció.

El domicili es presenta com l'entorn ideal per a l'atenció pal·liativa[154, 168, 170-172], amb els següents avantatges:

- Disposició familiar adequada per a la cura del pacient.
- Compromís dels professionals a acompanyar al pacient al llarg del procés.
- Més seguretat i confiança per al pacient i la família en un entorn conegut.
- Disponibilitat de mitjans diagnòstics i terapèutics que es traslladen a casa.

Taula 6. Cures pal·liatives

Característiques
Malaltia avançada, progressiva i incurable.
Falta d'opcions raonables de tractament curatiu.
Presència de símptomes intensos, complexos i canviants.
Impacte emocional significatiu en el pacient, la família i l'equip mèdic, en relació amb la proximitat de la mort.
Pronòstic de vida inferior a sis mesos.
Bases Terapèutiques

Manual de l'assignatura

1. Benestar i confort: Millorar la qualitat de vida del pacient.
2. Atenció integral: Abordar els aspectes físics, emocionals, socials i espirituals de manera individualitzada i contínua.
3. Enfocament holístic: El pacient i la família són tractats com una unitat.
4. Suport emocional i comunicació: Fomentar l'autonomia i dignitat del pacient. Col·laborar en l'establiment d'objectius al costat del pacient i la família.
5. Enfocament terapèutic actiu: Eliminar la noció que "no hi ha res més a fer".
6. Control de símptomes: Identificar, avaluar i tractar els símptomes de manera efectiva.

L'atenció pal·liativa s'ha d'integrar dins de l'atenció primària de salut, aplicant protocols adequats i promovent la formació contínua de l'equip professional. És essencial planificar les funcions específiques de cada membre de l'equip, delimitant i consensuant les intervencions necessàries, així com establint la periodicitat de les visites i els seguiments segons les necessitats de cada pacient. A més, és important dissenyar un sistema de registre eficient per a documentar les activitats realitzades i acordar objectius comuns dins de l'equip. Així mateix, s'ha de consensuar l'accés a altres nivells assistencials i garantir una atenció domiciliària de qualitat que responga de manera efectiva als requeriments del pacient en situació pal·liativa.

Facultat d'Infermeria i Podologia

Definició i objecte del servei d'ajuda a domicili⁶⁹

El servei d'ajuda a domicili està dissenyat per a fer costat a persones en situació de dependència, facilitant-ne l'autonomia i promovent que es queden a casa. Aquest servei cobreix les activitats diàries que la persona no pot fer de manera autònoma, promovent-ne el desenvolupament personal i brindant assistència tant en tasques d'atenció personal com domèstiques.

En l'àmbit de l'atenció personal, el servei inclou activitats d'higiene, neteja personal, canvis posturals, mobilitzacions i accions que fomenten l'autonomia. Quant a l'atenció domèstica, abasta tasques de neteja, manteniment i cura de la llar, combinades sempre amb l'atenció personal per a una cobertura integral. Aquest servei està proporcionat per les entitats locals, s'adapta al programa individual d'atenció (PIA) de cada persona, que determina la intensitat de l'ajuda en funció del grau de dependència reconegut, i està dirigit a a persones en situació de dependència que necessiten suport per a mantenir la seua vida personal i social en l'entorn familiar, evitant-ne la institucionalització. Per això, el PIA especifica la quantitat d'hores mensuals necessàries en funció del grau de dependència:

- Grau I: 20 hores al mes.
- Grau II: 31 hores al mes.

⁶⁹<https://inclusio.gva.es/ca/web/dependencia/servei-ajuda-domicili>

- Grau III: 56 hores al mes.

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA 

Facultat d'**I**nfermeria i **P**odologia



Facultat d'Infermeria i Podologia

LA PREVENCIÓ I EL CONTROL DE LA MALALTIA

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA 

Facultat d'Infermeria i Podologia

Capítol 16: Les malalties sotmeses a la vacunació

Introducció

L'objectiu principal de la prevenció primària és reduir la incidència de malalties infeccioses mitjançant el control dels seus factors de risc i causes [173-175]. Un exemple d'aquesta estratègia inclou la reducció d'emissions tòxiques i la substitució de productes perillosos en l'ambient.

La vacunació és un conjunt d'intervencions enfocades directament en els factors causals de les malalties amb l'objectiu de controlar-les. Aquest enfocament inclou tant la promoció de la salut (a través de campanyes i programes educatius) com la prevenció específica (com l'administració de vacunes i quimioprofilaxis).

La història de les vacunes és un recorregut d'innovació científica, dedicació i esforç global per a millorar la salut pública [176, 177]. Des dels primers intents rudimentaris d'immunització fins al desenvolupament de vacunes modernes i d'última generació, l'evolució de les vacunes ha transformat el curs de moltes malalties infeccioses.

Un dels pioners en la vacunació va ser el metge anglès Edward Jenner, qui en 1796 va desenvolupar la primera vacuna per a combatre la pigota. Jenner va observar que les persones exposades a la pigota bovina, una versió més lleu de la malaltia, semblaven immunes a la pigota humana. A partir d'aquesta observació va desenvolupar un mètode de vacunació que es considera el començament de la immunització moderna. Durant l'expansió de la vacuna contra la pigota va destacar la labor d'Isabel Zendal, una infermera espanyola que va participar en l'Expedició Balmis (1803-1806). Aquesta expedició, liderada pel metge Francisco Javier Balmis, va portar la vacuna de la pigota a les colònies espanyoles a Amèrica i Filipines. Zendal va ser reconeguda com la primera infermera en missió internacional, i el seu paper va ser fonamental per a cuidar als infants que transportaven el virus vacunal, assegurant-ne la propagació i l'èxit en el continent americà.

A finals del segle XIX, el científic francès Louis Pasteur va ampliar el concepte de vacunació. Va desenvolupar vacunes per a malalties com la ràbia i el carboncle (àntrax) basant-se en la seua teoria dels gèrmens i els seus experiments sobre atenuació de microorganismes. Pasteur no sols va avançar en el camp de la vacunació, sinó que també va establir els principis de la microbiologia i la immunologia. El seu treball va establir les bases per al desenvolupament de moltes altres vacunes.

Al llarg del segle XX es van desenvolupar vacunes per a múltiples malalties infeccioses, com la pol·ioma, la diftèria i el tètanos. Aquests avanços van fer possible que les vacunes s'integraren en els sistemes de salut pública a nivell global. En 1980 l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va declarar l'erradicació de la pigota, aconseguida gràcies a una campanya de vacunació massiva i coordinada a nivell mundial. Aquesta va ser la primera malaltia erradicada de la història i un exemple de l'impacte positiu de la vacunació.

La poliomielitis, una malaltia viral que pot causar paràlisi i mort, ha sigut quasi erradicada gràcies als esforços globals de vacunació. El virus de la pol·ioma salvatge va ser eliminat en diverses regions:

- 1990: Erradicació a la Regió de les Amèriques.
- 2000: Erradicació a la Regió del Pacífic Occidental.
- 2002: Erradicació a la Regió Europea.

De manera similar, s'han implementat campanyes de vacunació per a eliminar la pallola i la rubèola, malalties que encara persisteixen en algunes regions. Aquests programes cerquen interrompre la transmissió d'aquests virus a tot el món.

El brot de COVID-19 a finals de 2019 va representar un dels majors reptes de salut pública en el món modern. El SARS-CoV-2, el virus que causa la COVID-19, es va propagar ràpidament a nivell global, i va resultar en una pandèmia que va causar milions de morts i una crisi sanitària i econòmica sense precedents. Davant aquesta emergència, la comunitat científica i farmacèutica va desenvolupar diverses vacunes en temps rècord, una fita històrica que no sols va salvar vides, sinó que també va ajudar a reduir la pressió sobre els sistemes de salut. A diferència de moltes vacunes tradicionals que es basen en virus atenuats o inactius, les vacunes de COVID-19 van incloure noves tecnologies, com les vacunes d'ARN missatger (ARNm), usades per Pfizer-BioNTech i Moderna. Aquestes vacunes introdueixen instruccions genètiques en les cèl·lules del cos perquè produïsquen una proteïna similar a la del virus i desencadenar així una resposta immunitària sense necessitat d'usar el virus complet. Altres vacunes, com la d'AstraZeneca i Johnson & Johnson, empen vectors virals no replicants, que són versions modificades de virus que no causen malaltia, però que provoquen una resposta immunitària.

El desenvolupament i distribució de les vacunes contra la COVID-19 va ser un esforç sense precedents quant a col·laboració internacional, finançament i mobilització logística. La implementació d'aquestes vacunes va permetre reduir la gravetat dels casos de COVID-19 i va contribuir que els països començaren a controlar la pandèmia. La rapidesa amb la qual aquestes vacunes es van desenvolupar i van distribuir va marcar un nou paradigma en la vacunologia moderna i va demostrar el potencial de les noves tecnologies per a afrontar futures pandèmies.

Programes de vacunació a Espanya

A Espanya, la implementació de programes de vacunació ha sigut una de les eines clau per al control de malalties infeccioses [176, 177]. Al llarg de les dècades, el país ha seguit un pla progressiu d'introducció de vacunes que ha reduït significativament la incidència de diverses malalties.

A continuació es presenta un resum cronològic de les fites en el programa de vacunació a Espanya:

- 1963: Inici del programa de vacunació massiva amb la vacuna de la pòlio oral (VPO), un pas important en la prevenció de la poliomièlitis al país.
- 1965: Introducció de la vacuna DTP, que protegeix contra la diftèria, el tètanos i la tos ferina.
- 1978: Implementació de la vacuna contra la pallola, que va contribuir a la reducció d'aquesta malaltia infantil.
- 1981: Introducció de la vacuna triple vírica (SRP), que protegeix contra la pallola, la rubèola i les galteres.
- Dècada de 1990: Incorporació de les vacunes contra l'hepatitis B (HB) i l'*Haemophilus influenzae* tipus b (Hib).
- 2000: Introducció de la vacuna conjugada enfront del meningococ C, important per a prevenir la meningitis meningocòccica en la població infantil.
- 2005: Vacunació contra la varicel·la en adolescents susceptibles de 10 a 14 anys, amb l'objectiu de reduir la incidència de la varicel·la en aquest grup.
- 2008: Inclusió de la vacuna contra el virus del papil·loma humà (VPH) en xiquetes d'11 a 14 anys per a prevenir el càncer de coll uterí.

- 2009: Vacunació en adults majors de 65 anys amb la vacuna Td (tètanus i diftèria), que proporciona una dosi de reforç en aquest grup d'edat.
- 2021: Vacunació massiva contra la COVID-19, amb l'objectiu de protegir tota la població espanyola, especialment els grups de risc, i reduir la gravetat i transmissió de la malaltia.

Aquests esforços a Espanya han demostrat ser altament efectius en la reducció i control de malalties prevenibles per vacunació, i han beneficiat tant la població infantil com els adults majors. Els programes de vacunació són revisats i actualitzats constantment pel Ministeri de Sanitat i les autoritats autonòmiques per a adaptar-se als avanços científics i epidemiològics.

La immunització activa implica l'administració de vacunes que indueixen la producció d'anticossos i l'activació de la immunitat cel·lular específica. Això ha portat a l'èxit de l'erradicació de la pigota i al control de malalties com la pallola, la rubèola i la poliomielitis en múltiples regions del món.

La immunitat és la capacitat de l'organisme per a defensar-se contra agents patògens, com virus, bacteris i altres microorganismes invasors[178-180]. Hi ha dues grans categories d'immunitat: específica i inespecífica.

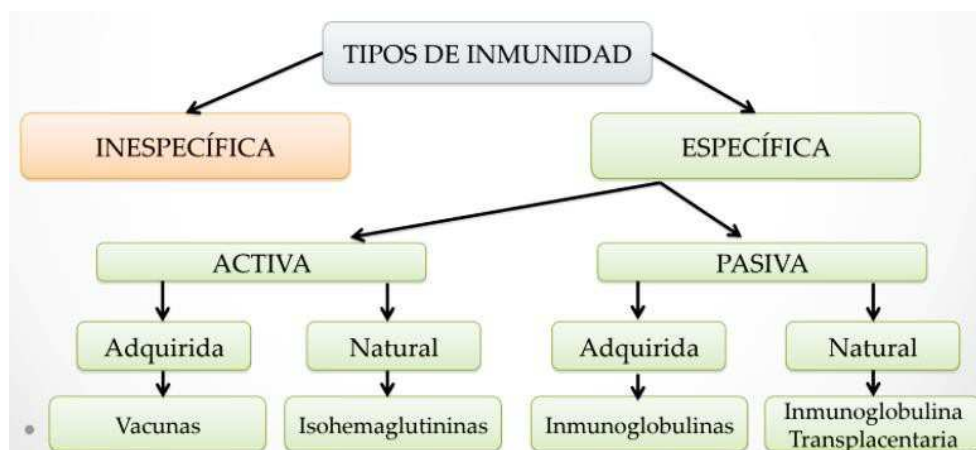
1. Immunitat inespecífica. La immunitat inespecífica, també coneguda com a immunitat innata, és la primera línia de defensa de l'organisme i no està dirigida a un patògen en particular. Actua de manera general enfront de qualsevol agent patògen que intente envair el cos.

- Natural: És la resposta immunitària bàsica que el cos té des del naixement, com les barreres físiques (pell, mucoses), cèl·lules fagocítiques (macròfags, neutròfils) i proteïnes del sistema immune (com l'interferó).
- Adquirida: Es refereix a la immunitat que el cos adquireix durant la vida a causa d'infeccions prèvies. El cos "aprèn" a defensar-se contra els patògens amb els quals ha estat en contacte.

2. Immunitat específica. La immunitat específica, també coneguda com a immunitat adquirida o adaptativa, és més especialitzada i es desenvolupa quan el cos s'enfronta a un agent patògen específic. Aquesta immunitat té la capacitat de reconèixer i recordar un patògen en particular, la qual cosa millora la resposta davant futures infeccions.

- Activa: La immunitat activa es refereix a la protecció generada quan el sistema immune del cos respon directament a l'exposició a un patògen, ja siga per infecció o per vacunació.
 - Adquirida (vacunes): Quan l'organisme entra en contacte amb una vacuna, que és una forma atenuada o inactiva del patògen, el sistema immune produeix anticossos i cèl·lules de memòria. Així, si l'organisme troba el patògen real en el futur, estarà preparat per a combatre'l de manera més eficaç.
 - Natural (isohemaglutinines): Es refereix a la resposta immune generada naturalment per l'organisme després de l'exposició a un patògen. El cos crea anticossos específics per a neutralitzar el patògen.
- Passiva: La immunitat passiva ocorre quan es rep immunitat d'una altra font. No requereix que l'organisme active el seu propi sistema immune.
 - Adquirida (immunoglobulines): Es refereix a la transferència d'anticossos preformats d'un individu a un altre. Això pot ocórrer a través de transfusions de plasma o tractaments amb immunoglobulines específiques.

- Natural (immunoglobulina transplacentària): Aquesta immunitat s'obté naturalment durant l'embaràs, quan els anticossos de la mare són transferits al fetus a través de la placenta, i brinda protecció al nou-nat fins que el seu sistema immune es desenvolupa.



La immunitat inespecífica actua com una barrera de protecció general i és ràpida però limitada en la capacitat d'adaptació. En canvi, la immunitat específica és més lenta en l'activació inicial, però pot "recordar" el patògen i respondre amb més rapidesa en futures exposicions. Aquest "record" immunològic és la base de l'efectivitat de les vacunes, ja que preparen el sistema immunitari per a reconèixer i combatre futures infeccions. Per exemple, en el cas de la COVID-19, les vacunes generen una immunitat específica activa adquirida, ja que ensenyen el sistema immunitari a identificar i atacar el virus SARS-CoV-2 de manera eficaç sense que l'individu passe per la malaltia. Aquest sistema de defensa és vital per a la supervivència i el benestar, i entendre'n els diferents tipus ens ajuda a comprendre com les vacunes i altres intervencions mèdiques contribueixen a la salut pública.

Què és una vacuna

En primer lloc, s'han de tenir en compte alguns termes com a recordatori [180]:

- Vacuna: Suspensió que conté microorganismes vius atenuats, inactivats o fragments antigènics d'ells. En introduir-se en l'organisme, provoquen una resposta immune que ajuda a prevenir malalties específiques.
- Toxoide: Toxines bacterianes que han sigut modificades per a perdre la toxicitat, encara que mantenen la capacitat d'induir la formació d'antitoxines protectores. Els toxoides s'empren en vacunes contra malalties causades per toxines bacterianes, com el tètanus.
- Immunoglobulina: Solució rica en anticossos extreta de sang humana i utilitzada tant en persones immunodeficients per a mantenir la immunitat, així com per a proporcionar immunització passiva en situacions específiques. Pot administrar-se per via intramuscular (IM) o intravenosa (IV).
- Antitoxina: Anticossos extrets del sèrum d'animals que han sigut estimulats amb antígens específics. S'utilitzen per a proporcionar immunització passiva, neutralitzant toxines bacterianes en l'organisme.

Les vacunes consisteixen en proteïnes, polisacàrids o àcids nucleics de microorganismes patògens administrats per a induir una resposta immunitària[181]. Poden estar compostes de microorganismes

complets, parts d'ells o productes derivats que no causen malaltia, però sí que entrenen el sistema immunitari per a respondre davant el patogen.

Perquè una vacuna siga eficaç, s'avaluen aspectes com:

- Immunogenicitat: Capacitat de la vacuna per a induir una resposta immune efectiva.
- Seguretat: Garantia que la vacuna no cause efectes adversos greus.
- Estabilitat: Capacitat de la vacuna per a mantenir l'efectivitat durant l'emmagatzematge i el transport.
- Eficàcia: Mesura de la resposta immune generada en condicions òptimes (assajos clínics).
- Efectivitat: Èxit de la vacuna en condicions reals, avaluant-ne l'impacte en la població.
- Eficiència: Relació entre els recursos emprats per a la vacunació i els beneficis obtinguts en termes de salut pública en condicions reals.

Classificació de les vacunes

Les vacunes es classifiquen en funció de la naturalesa, composició i mètode d'obtenció de l'antigen:

- Classificació microbiològica

- Vacunes vives atenuades: Aquestes vacunes contenen microorganismes vius que han sigut modificats en el laboratori per a reduir-ne la virulència, i permeten que l'organisme genere una resposta immune sense causar la malaltia. Exemples d'aquestes vacunes són les de la pol·lola i la rubèola.
- Vacunes inactivades: S'elaboren amb microorganismes (bacteris o virus) inactivats o parts d'ells, com polisacàrids, proteïnes, toxoides o subunitats. Algunes vacunes inclouen polisacàrids conjugats amb proteïnes per a potenciar la resposta immune, com la vacuna conjugada enfront d'*Haemophilus influenzae* tipus b i la del meningococ C.
- Mètode d'obtenció de l'antigen:
 - Vacunes clàssiques o no recombinants: Produïdes sense tècniques de recombinació genètica. Els exemples inclouen moltes vacunes convencionals contra malalties comunes.
 - Vacunes recombinants: Aquestes vacunes es desenvolupen utilitzant tecnologia d'ADN recombinant. S'introdueixen gens específics en cèl·lules hoste (com a llevats) per a produir proteïnes de l'antigen desitjat. Exemple: la vacuna contra l'hepatitis B.
 - Vacunes sintètiques: Creades a partir de pèptids que imiten la seqüència d'aminoàcids dels determinants antigènics del patogen. El seu desenvolupament ha sigut limitat a causa de la baixa immunogenicitat, que sovint requereix proteïnes transportadores per a millorar l'eficàcia.
- Composició i aplicació:
 - Vacunes monocomponents: Contenen un sol antigen d'un microorganisme específic.
 - Vacunes multicomponents: Contenen múltiples antígens del mateix patogen, com la vacuna acel·lular per a la tos ferina.
 - Vacunes polivalents: Inclouen diversos serotips d'un mateix microorganisme, com les vacunes contra meningococs A i C o les vacunes pneumocòciques 23-valent i heptavalent.

- Vacunes simultànies i combinades: Les vacunes simultànies s'administren en el mateix acte vacunal, però en llocs separats; les combinades contenen múltiples antígens en una mateixa formulació, com la triple viral (pallola, rubèola i parotiditis).

- Classificació sanitària. Segons l'objectiu de protecció, les vacunes poden classificar-se en:

- Vacunes sistemàtiques: Dirigides a protegir tant individus com comunitats, aquestes vacunes són recomanades per a tota la població i cerquen induir la immunitat de grup per a controlar o erradicar malalties. Estan incloses en els programes de salut pública i són aplicades seguint un calendari vacunal. A Espanya, les vacunes sistemàtiques inclouen les d'hepatitis B, diftèria, tètanus, tos ferina, *Haemophilus influenzae* tipus b, poliomièlitis, meningococ C, pallola, rubèola, parotiditis, varicel·la i VPH.
- Vacunes optatives o no sistemàtiques: No formen part dels programes de salut pública i s'administren segons necessitats individuals o riscos específics, com viatges o condicions laborals. Exemples d'això són, a Espanya, les vacunes contra la tuberculosi (BCG), hepatitis A, pneumococ, grip, febre tifoidal, meningococ (A, C, I, W135), còlera, ràbia, febre groga, encefalitis japonesa i paparres, carboncle, pigota i pesta.

- Classificació per via d'administració. Segons la forma en què s'administren, les vacunes es classifiquen en:

- Vacunes injectables:
 - Intradèrmiques: Administrades en la dermis, com la BCG i la vacuna antiràbica.
 - Subcutànies: Administrades sota la pell, inclouen la SRP (pallola, rubèola, parotiditis), VPI (poliomièlitis inactivada), neumocòcica i la varicel·la.
 - Intramusculars: Administrades en el múscul, inclouen vacunes com HB (hepatitis B), HA (hepatitis A), DTP (diftèria, tètanus i tos ferina) i la grip.
- Vacunes orals: Aquestes vacunes s'administren per via oral i inclouen la vacuna contra la poliomièlitis (VPO) i les vacunes contra la febre tifoidal i el còlera.
- Vacunes intranasals: Administrades a través de la via respiratòria. Un exemple és la vacuna contra la grip adaptada al fred.
- Perspectives futures: S'estan desenvolupant noves formes d'administració, com vacunes comestibles, derivades de plantes transgèniques, i vacunes percutànies, que s'apliquen mitjançant pegats transdèrmics, la qual cosa podria facilitar-ne l'aplicació en diverses circumstàncies i millorar la cobertura vacunal.

Pautes de vacunació

Les pautes de vacunació es refereixen al número de dosis necessàries i els intervals de temps entre cadascuna d'elles per a assegurar una resposta immune eficaç i duradora. La correcta adherència a aquestes pautes és essencial per a aconseguir una immunització completa i adequada.

En el cas de vacunes vives atenuades, com les utilitzades contra la pallola o la rubèola, es produeix una immunitat protectora amb una sola dosi. Aquestes vacunes contenen microorganismes afeblits, que no poden causar la malaltia però són suficients per a estimular el sistema immunològic. Per contra, les vacunes inactivades, com les contra la pòlio o l'hepatitis A, requereixen diverses dosis per a aconseguir una immunitat protectora, amb dosi de reforç periòdiques per a mantenir-ne l'efectivitat al llarg del temps.

És important respectar els intervals de temps recomanats entre dosis. Si bé en augmentar el temps entre dosis no es veu afectada l'eficàcia de la vacuna, acurtar els intervals podria interferir en la resposta immune. En situacions en les quals no es puga complir amb la data exacta de vacunació i l'interval entre dosi s'allarga, generalment no és necessari reiniciar la pauta vacunal, excepte en casos específics com la vacuna tifoidal oral, que té pautes estrictes.

Administració de les vacunes

L'acte vacunal en la consulta d'infermeria és un procés tècnic i acurat que s'ha de dur a terme amb la màxima seguretat i precisió. Per això, abans de l'administració de la vacuna, és fonamental verificar que el pacient no presenta cap contraindicació establida per a la vacunació. S'han de revisar les condicions de salut actuals del pacient, incloent-hi antecedents de reaccions al·lèrgiques greus, malalties infeccioses agudes o qualsevol altra condició que puga requerir la posposició de la vacunació. Per això s'haurà de preguntar al pacient o tutor sobre possibles situacions de salut que impedisquen la vacunació o que aconsellen una vigilància més estricta [181].

És necessari revisar l'estat vacunal del pacient en relació amb el calendari de vacunació vigent. Per als menors d'edat, això s'ha de fer a través del document infantil o targeta de vacunació, on ha de constar l'historial de vacunes administrades i la data corresponent. Això permetrà identificar si el pacient està al dia amb les dosis necessàries o si requereix alguna dosi de reforç.

Abans de procedir amb la vacunació, el professional d'infermeria ha de proporcionar una informació clara i comprensible sobre els beneficis de la vacunació i les possibles reaccions adverses que podrien sorgir. En el cas de menors d'edat, la informació haurà de ser proporcionada als pares o tutors legals. S'ha d'explicar que les reaccions adverses són generalment lleus i transitòries, i s'ha de proporcionar orientació sobre com resoldre-les a casa. A més, s'ha d'aclarir que la vacunació és essencial per a la prevenció de malalties greus.

Abans d'administrar la vacuna, s'ha de verificar que el preparat vacunal triat és el correcte. Això inclou:

- Confirmar el tipus de vacuna que s'administrarà.
- Comprovar la dosi corresponent.
- Revisar la data de caducitat del producte per a assegurar-ne l'eficàcia. És important verificar que l'envàs estiga intacte, sense danys o contaminacions visibles.

La tècnica de vacunació correcta és fonamental per a evitar complicacions. L'elecció del lloc anatòmic adequat (per exemple, el múscul deltoide en adults o la cuixa en infants) ha de ser conforme a l'edat i característiques del pacient. A més, cal:

- Usar l'agulla adequada pel que fa a calibre i longitud.
- Realitzar la injecció a un angle adequat (generalment 90 graus en la majoria dels casos intramusculars).
- Assegurar-se que s'usen tècniques asèptiques i material estèril per a evitar infeccions.

És fonamental estar preparat per a actuar davant qualsevol reacció adversa greu que puga sorgir immediatament després de la vacunació. El personal d'infermeria ha de tenir accés als medicaments adequats, com adrenalina en cas d'una reacció anafilàctica, i disposar dels coneixements i habilitats necessaris per a intervenir de manera ràpida i efectiva. A més, s'ha d'assegurar que el pacient estiga

en observació durant almenys 15-30 minuts després de la vacunació per a detectar possibles reaccions.

És obligatori registrar detalladament cada acte vacunal en el Registre Nominal de Vacunes i ha d'incloure:

- Nom del pacient.
- Edat i dades identificatives.
- Tipus de vacuna administrada.
- Data d'administració.
- Marca comercial i número de lot de la vacuna.
- Nom del professional d'infermeria que realitza la vacunació. Aquest registre s'ha de fer tant en el document de vacunació del pacient com en la fitxa individual del centre de salut, la qual cosa garanteix el seguiment i traçabilitat de les vacunes administrades.

En cas de sospita d'una reacció adversa posterior a la vacunació, s'ha de procedir a notificar-ho de manera immediata al servei de farmacovigilància o a l'autoritat sanitària corresponent. Això contribueix al monitoratge de la seguretat de les vacunes i a la identificació d'efectes secundaris poc comuns que podrien no haver sigut detectats durant els assajos clínics.

Administració simultània de vacunes

L'administració simultània de múltiples vacunes és una pràctica segura i eficient en la majoria dels casos, i és habitual en els calendaris de vacunació de salut pública[181]. No existeixen contraindicacions generals per a l'administració simultània de vacunes i, de fet, en molts casos es recomana per a millorar la cobertura immunològica i reduir el nombre de visites mèdiques. No obstant això, hi ha algunes excepcions i consideracions importants:

- Vacunes del còlera inactivada i febre groga: Aquestes dues vacunes s'han d'administrar amb un interval mínim de 3 setmanes pel fet que poden interferir entre si i reduir l'eficàcia de la immunització.
- Vacunes amb efectes adversos locals o sistèmics més marcats: En casos com la vacuna contra el còlera, la febre tifoidal o la pesta, que poden generar efectes secundaris intensos, és recomanable separar-ne l'administració per a evitar la potenciació dels efectes adversos.
- Vacunes vives atenuades: És aconsellable separar almenys 4 setmanes l'administració de dues vacunes vives atenuades, com la triple vírica (pallola, rubèola i parotiditis), la vacuna contra la varicel·la o la febre groga, per a minimitzar la possibilitat d'interferència entre elles. Aquesta recomanació cerca garantir que el sistema immune pugui respondre adequadament a cada vacuna sense que una afecte l'eficàcia de l'altra.

Reaccions adverses després de la vacunació

Les reaccions adverses a les vacunes són esdeveniments no desitjats que poden ocórrer després de l'administració de la vacuna. La majoria d'aquestes reaccions són lleus i temporals, però en alguns casos poden ser més greus. Les reaccions adverses es poden classificar en tres tipus:

- Reaccions locals: Són les més comunes i es produeixen en el lloc de la injecció. Aquestes inclouen dolor, enrogiment i inflor, i generalment ocorren al cap de poques hores de la vacunació. Encara que poden ser incòmodes, solen ser autolimitades i desapareixen en un període curt de temps. Són més freqüents amb les vacunes inactivades, especialment les que contenen adjuvants, com la vacuna DTPa (diftèria, tètanus i tos ferina acel·lular).

- Reaccions sistèmiques: Són efectes que afecten l'organisme en general i solen incloure febre, dolor muscular, cansament, mal de cap, pèrdua d'apetit i malestar general. Aquestes reaccions són més comunes amb les vacunes vives atenuades, ja que generen una resposta immune més robusta. Encara que són generalment de curta duració, poden ser incòmodes, però no són perilloses.
- Reaccions al·lèrgiques: Són rares, però poden ocórrer com a resultat d'una resposta immunitària exagerada davant l'antigen de la vacuna o algun dels seus components. Les reaccions al·lèrgiques greus, com l'anafilaxi, són excepcionals i requereixen atenció mèdica immediata. Els símptomes inclouen dificultat per a respirar, inflor de la cara i la gola i marejos. Entre aquestes reaccions destaca la reacció d'hipersensibilitat tipus Arthus, una resposta immunitària exagerada que pot ocórrer després de l'administració d'algunes vacunes, entre les quals la vacuna contra el tètanus. Aquesta reacció es classifica com una hipersensibilitat de tipus III, mediada per complexos immunes, i ocorre quan hi ha nivells elevats d'anticossos en la sang (per exemple, anticossos contra el toxoide tetànic a causa de vacunacions prèvies freqüents). Aquesta reacció és més freqüent en persones que han rebut dosis repetides de la vacuna contra el tètanus en intervals curts, la qual cosa provoca nivells elevats d'anticossos específics contra el toxoide tetànic. Això pot succeir si les persones reben dosis de reforç innecessàries de la vacuna, fet que explica la importància de seguir el calendari de vacunació recomanat.

Les contraindicacions i precaucions són consideracions importants a tenir en compte abans d'administrar una vacuna, per a assegurar-ne la seguretat i l'eficàcia.

- Contraindicacions absolutes: Són condicions en les quals no s'ha d'administrar una vacuna sota cap circumstància, ja que fer-ho podria posar en perill la salut del pacient. Algunes de les principals contraindicacions absolutes inclouen:
 - Història de reaccions al·lèrgiques greus (anafilaxi) a una dosi prèvia de la mateixa vacuna o a algun dels seus components.
 - Presència d'immunodeficiències greus, com la immunodeficiència combinada greu (SCID) en el cas de les vacunes vives atenuades.
 - Embaràs en algunes vacunes vives atenuades (com la vacuna contra la pallola o la rubèola), a causa del risc potencial per al fetus.
- Contraindicacions relatives: Són situacions en les quals la vacunació pot ser possible, però requereix una avaluació acurada del risc i benefici. En aquests casos, el metge ha de considerar l'estat de salut del pacient abans d'administrar la vacuna. Alguns exemples inclouen:
 - Malalties febrilment agudes o greus: en aquests casos, es recomana posposar la vacunació fins que el pacient es recupere completament. Les malalties lleus, com refredats sense febre, no solen contraindicar la vacunació.
 - Antecedents de reaccions adverses no greus a dosis prèvies de la mateixa vacuna, en què es pot considerar la possibilitat de continuar amb l'esquema vacunal després d'una avaluació de riscos.

Conservació i maneig de vacunes: la cadena de fred

El maneig adequat de les vacunes, des de la recepció fins a l'administració, depèn en gran manera del respecte estricte de la cadena de fred, el control de la temperatura i la protecció enfront de la llum. La implementació d'aquests protocols garantirà que les vacunes mantinguin l'eficàcia immunitzant i que els programes de vacunació siguin segurs i eficaços[181-183].

La conservació adequada de les vacunes és un aspecte fonamental per a assegurar-ne l'eficàcia i la seguretat. Les vacunes s'han de mantenir en condicions òptimes des de la fabricació fins a l'aplicació, seguint un procés rigorós conegut com a cadena de fred. Aquest sistema de transport i emmagatzematge garanteix que les vacunes es mantinguin a la temperatura adequada, generalment entre +2 °C i +8 °C, evitant tant el sobrecalfament com la congelació, que podrien comprometre la potència immunitzant.

1. Cadena de fred

La cadena de fred és un conjunt de procediments que inclouen el transport, l'emmagatzematge i la distribució de les vacunes sota les condicions tèrmiques recomanades. La integritat de la cadena de fred s'ha de mantenir en cada etapa, des del moment en què les vacunes ixen de la fàbrica fins a l'administració en el centre de vacunació. Qualsevol interrupció en la cadena de fred pot afectar l'eficàcia de la vacuna i comprometre la salut pública.

Les vacunes s'han d'emmagatzemar en neveres organitzades, preferiblement en prestatges de circulació d'aire, per a assegurar que les temperatures es mantinguin estables. S'han de seguir les següents consideracions clau per a l'emmagatzematge adequat de les vacunes:

- Temperatura adequada: Les vacunes s'han d'emmagatzemar a temperatures entre +2 °C i +8 °C. Les temperatures per davall d'aquest rang poden congelar les vacunes, la qual cosa en destruiria les propietats immunitzants. Per tant, les vacunes no s'han de congelar en cap cas.
- Evitar la porta de la nevera: No s'han d'emmagatzemar vacunes a la porta del frigorífic, ja que allí la temperatura és menys estable a causa de les freqüents obertures i tancaments de la porta. Tampoc s'han de mesclar les vacunes amb aliments o begudes en la nevera, ja que això pot interferir en el manteniment de les temperatures adequades.
- Circulació de l'aire: És essencial que les vacunes estiguen emmagatzemades de manera que es permeti la circulació de l'aire dins del frigorífic. Es recomana l'ús de safates de malla metàl·lica i l'emmagatzematge de botelles d'aigua congelada o sèrum fisiològic per a mantenir la temperatura adequada en cas d'un tall d'energia.

Algunes vacunes són fotosensibles, cosa que significa que s'han d'emmagatzemar en llocs foscos per a evitar la pèrdua d'eficàcia a causa de l'exposició a la llum. Les vacunes més sensibles a la llum inclouen les de pallola, la varicel·la, i BCG (tuberculosi). Altres vacunes que s'han de preservar de la llum són la VPI (vacuna contra la pòlio inactivada), SRP (vacuna triple vírica: pallola, rubèola, parotiditis), Hib (Haemophilus influenzae tipus b), hepatitis A, grip, pneumococ i meningococ C. S'han d'emmagatzemar les vacunes en llocs foscos, com en caixes opaques, per a protegir-les de la llum directa. Les vacunes no fotosensibles, com la DTPa (diftèria, tètanus, tos ferina acel·lular) i l'hepatitis B no requereixen aquesta protecció especial.

El transport de vacunes també s'ha de realitzar sota estrictes condicions de temperatura. Per al transport de curta duració s'empren neveres portàtils i caixes isotèrmiques que inclouen acumuladors

de fred. Aquests dispositius ajuden a mantenir les vacunes a la temperatura recomanada durant el trasllat entre diferents punts de distribució, com hospitals o centres de salut.

És fonamental que el personal encarregat del transport de les vacunes segueixca protocols estrictes per a assegurar que les condicions de la cadena de fred no es veguen alterades. En cas de transport prolongat es recomana utilitzar dispositius amb termòmetres integrats o indicadors de temperatura que alerten sobre possibles fluctuacions tèrmiques.

En rebre una comanda de vacunes, és necessari realitzar una comprovació exhaustiva de les condicions en les quals han arribat. S'han de verificar els següents punts:

- Tipus i quantitat de vacunes sol·licitades.
- Integritat de l'envàs de les vacunes. Cal assegurar-se que no estiguen danyades.
- Temperatura durant el transport: Verificar que les vacunes no hagen sigut exposades a temperatures inadequades durant el transport. Això es pot fer utilitzant indicadors de temperatura com l'indicador de temps i temperatura (ITT), que ajuda a detectar si les vacunes han estat fora del rang de temperatura recomanat.
- Termòmetre màxim-mínim: És recomanable utilitzar un termòmetre màxim-mínim per a registrar les temperatures màximes i mínimes aconseguides en la nevera durant el dia. Aquest termòmetre ha de ser revisat almenys dues vegades al dia (al principi i al final de la jornada) per a assegurar el manteniment adequat de les condicions d'emmagatzematge.

Per a assegurar l'emmagatzematge adequat de les vacunes és fonamental seguir algunes normes generals:

- No sobrecarregar la nevera: El volum total de les vacunes i altres elements, com botelles d'aigua, no ha d'ocupar més del 50% de l'espai disponible en la nevera per a permetre la circulació adequada de l'aire.
- Descongelació del congelador: Si la capa de gel del congelador supera els 5 mm de gruix, s'ha de descongelar per a assegurar un funcionament eficient del sistema de refrigeració.
- Esquema d'ubicació: És recomanable tenir un esquema d'ubicació de les vacunes en la part exterior de la nevera per a facilitar la localització ràpida i minimitzar el temps d'obertura de la porta.

El seguiment constant de l'estat de conservació de les vacunes és crucial. A més de registrar les temperatures en els termòmetres màxim-mínim, s'ha de portar un control diari de les condicions tèrmiques amb registres que puguin ser revisats posteriorment en cas d'auditoria.

Calendari de vacunació^{70,71}

Un calendari de vacunació és una seqüència organitzada de les vacunes recomanades per a tota la població en una àrea geogràfica o país, amb l'objectiu de garantir la prevenció de malalties infeccioses. A Espanya, el calendari comú de vacunació al llarg de tota la vida, aprovat pel Consell

⁷⁰<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/home.htm>

⁷¹Calendari de vacunació al llarg de tota la vida. Disponible a:
https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/docs/CalendarioVacunacion_Todalavida.pdf

Interterritorial del Sistema Nacional de Salut (CISNS)⁷², estableix les vacunes recomanades segons l'edat [184]. Aquest calendari és una eina de salut pública que protegeix tant els vacunats com els qui no ho estan, en promoure la immunitat col·lectiva.

El CISNS, que agrupa el Ministeri de Sanitat i les comunitats autònomes, pren decisions basades en avaluacions científiques i tècniques. La Ponència de Programa i Registre de Vacunacions, dependent d'aquest organisme, assessora sobre els programes de vacunació, basant-se en l'epidemiologia i l'evidència científica de les malalties prevenibles.

Per a la inclusió o modificació de vacunes en el calendari, es consideren cinc criteris fonamentals:

1. Càrrega de malaltia.
2. Efectivitat i seguretat de la vacuna.
3. Repercussions del canvi en el programa.
4. Aspectes ètics.
5. Avaluació econòmica.

Les decisions del CISNS, preses per consens, cerquen assegurar que les modificacions en el calendari siguin beneficioses per a la salut pública, i respecten tant la viabilitat econòmica com la justícia social. La implementació i avaluació del calendari en cada comunitat autònoma correspon a les autoritats sanitàries locals.

[Calendari vacunal espanyol](#)⁷³

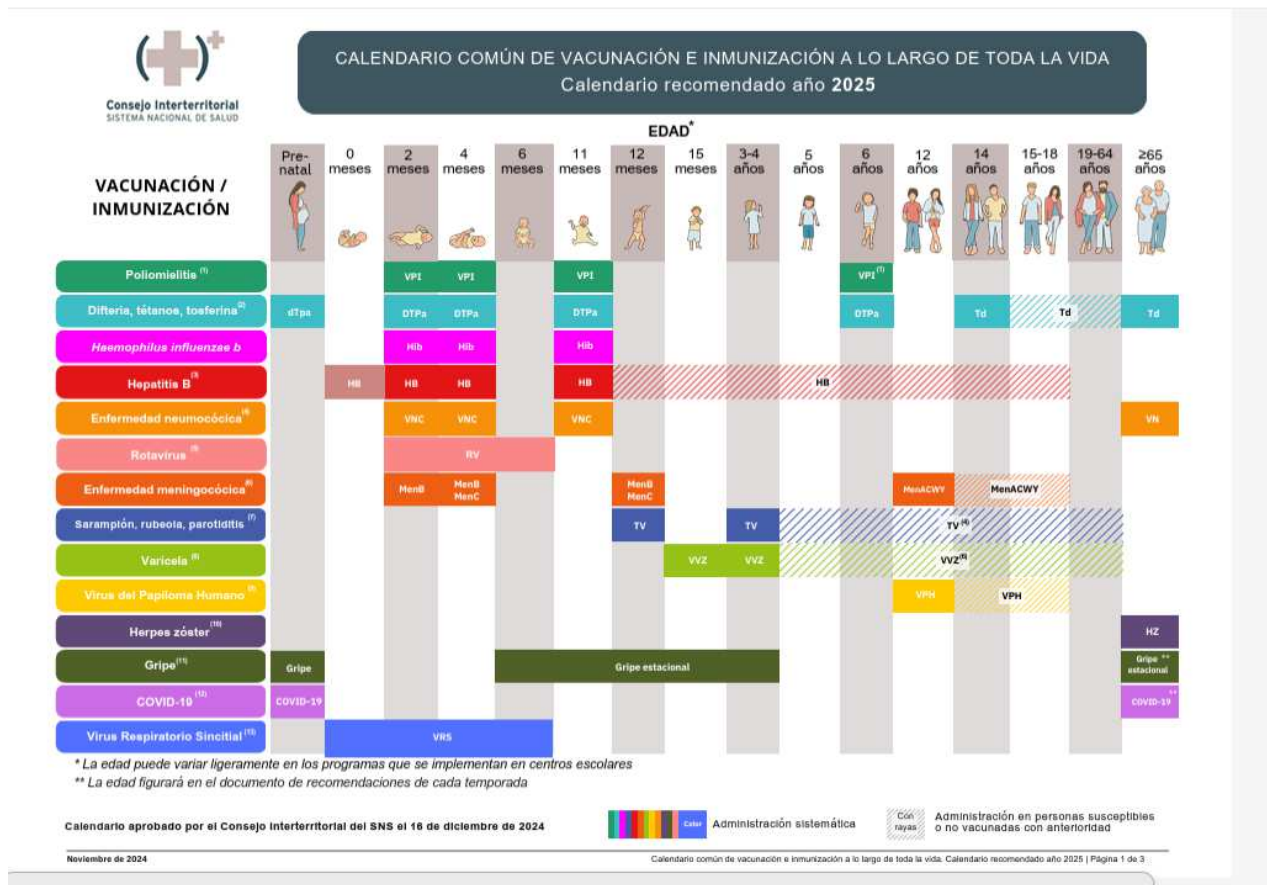
El Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut va establir un calendari de vacunació, actualitzat per a l'any 2024, que recomana una sèrie de vacunes essencials que s'administren al llarg de les diferents etapes de la vida, amb l'objectiu de protegir la salut i prevenir malalties. La vacunació és un dret fonamental i una eina clau per a la salut pública, per la qual cosa s'insta la població a seguir aquestes pautes de manera rigorosa. El compliment d'aquest calendari contribueix a la immunització de la comunitat i redueix el risc de brots de malalties infeccioses. Cada vacuna està dissenyada per a protegir de patologies greus i reduir l'impacte de complicacions, hospitalitzacions i mortalitat en tots els grups d'edat. És aconsellable conèixer les diferents fonts on poder consultar les modificacions del calendari, com el Ministeri de Sanitat⁷⁴ o recursos com els del Comitè Assessor de Vacunes i Immunitzacions (<https://vacunasaep.org/profesionales/calendario-vacunas/comunidad-valenciana>).

Així, l'esquema actualitzat indica:

⁷²<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/home.htm>

⁷³<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/home.htm>

⁷⁴<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTraballamos/documentos-tecnicos.htm>



Facultat d'Infermeria i Podologia

Il·lustració

https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionprevencion/vacunaciones/calendario/docs/calendariovacunacion_todalavida.pdf

Respecte a les diferents moments del cicle vital, podem trobar:

Taula 7. Recomanacions de vacunació

Grup d'edat	Edat	Vacunes recomanades
Nounats i lactants	En naixer	Hepatitis B i BCG (tuberculosi)
	2, 4 i 6 mesos	DTPa (difteria, tètanus i tos ferina acel·lular), Poliomielitis, Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> tipus b), pneumococ i rotavirus

34376 Infermeria comunitària

Primera infància	12-24 mesos	Triple viral (pallola, rubèola i galteres) i vacuna contra el meningococ
Infants en edat escolar	4-6 anys	Reforç de DTPa (diftèria, tètanus i tos ferina acel·lular) i vacuna contra la pòlio
Adolescents	11-12 anys	Vacuna contra el virus del papil·loma humà (VPH) i reforç de la triple bacteriana (diftèria, tètanus i tos ferina)
Adults i majors	A partir dels 18 anys	Reforç de la vacuna antitetànica (Td) cada 10 anys
	Majors de 65 anys	Vacuna contra la grip i vacuna contra el pneumococ per a prevenir complicacions relacionades amb l'edat

Respecte a les diferents vacunes en el Calendari Vacunal, s'ha de tenir en compte:

Poliomielitis (VPI)

- Vacunació als 6 anys:
 - S'administrarà la vacuna combinada DTPa/VPI a aquells infants vacunats prèviament als 2, 4 i 11 mesos.
 - Els infants que hagen rebut les dosis als 2, 4, 6 i 18 mesos (4 dosis en total) rebran únicament dTpa sense VPI als 6 anys.

Diftèria, tètanus i tos ferina (DTPa, dTpa, Td)

- Prenatal (dTpa):
 - Una dosi de dTpa en cada embaràs a partir de la setmana 27 de gestació, preferiblement en les setmanes 27 o 28.
- Infància (DTPa/VPI/Hib/HB):
 - Vacunació als 2, 4 i 11 mesos. És fonamental administrar aquestes dosis en el temps indicat.
- Vacunació als 6 anys (DTPa/VPI):
 - Per als vacunats als 2, 4 i 11 mesos. Aquells vacunats als 2, 4, 6 i 18 mesos rebran una dosi de dTpa sense VPI.
- Adults (Td):
 - Es verificarà l'estat de vacunació i es completarà, si és necessari, la pauta de primovacunació amb Td, aprofitant qualsevol contacte amb els serveis sanitaris. Es recomana una dosi de Td al voltant dels 65 anys per als qui van rebre 5 dosis en la infància i adolescència.

Hepatitis B (HB)

- Infància:
 - Es vacunarà als 2, 4 i 11 mesos, assegurant una alta cobertura de cribratge prenatal. Per a fills de mares amb AgHBs positiu o sense cribratge previ, la pauta serà de 0, 2,

Manual de l'assignatura

4 i 11 mesos, administrant la primera dosi en les primeres 24 hores de vida juntament amb immunoglobulina anti-HB.

- Adolescents i joves:
 - A persones no vacunades prèviament, fins als 18 anys, s'administraran 3 dosis en pauta 0, 1 i 6 mesos.

Pallola, rubèola i parotiditis (Triple vírica, TV)

- Es revisarà l'estat de vacunació en cada contacte amb els serveis sanitaris. Es recomana vacunar qui no tinga vacunació documentada, nascuts a Espanya des de 1978, amb 2 dosis de TV separades per almenys 4 setmanes. En qui ja haja rebut una dosi, s'administrarà una sola dosi de reforç. La vacunació està contraindicada en embarassades i persones immunodeprimides.

Malaltia neningocòccica (MenB, MenC, MenACWY)

- MenB:
 - Vacunació als 2, 4 i 12 mesos. És essencial que les dosis dels 2 i 4 mesos s'administren en el temps adequat.
- MenACWY:
 - S'administra una dosi als 12 anys. Per a adolescents entre 12 i 18 anys no vacunats prèviament, es realitzarà la captació per a rebre una dosi de MenACWY.

Varicel·la (VVZ)

- Adolescents sense antecedents de malaltia o vacunació:
 - S'administraran 2 dosis de VVZ separades per un interval mínim de 4 setmanes (preferiblement 8 setmanes).
- Adults sense immunitat:
 - Es realitzarà una anàlisi serològica i, si és negativa, s'administraran 2 dosis de vacuna amb un interval mínim de 4 setmanes. La vacunació està contraindicada en embarassades i persones immunodeprimides.

Virus del papil·loma humà (VPH)

- Als 12 anys:
 - S'administraran 2 dosis a xiquets i xiquetes, amb una separació mínima de 6 mesos.
- Entre els 12 i 18 anys:
 - Es vacunaran dones no vacunades o parcialment vacunades, i homes des de la introducció de la vacuna en el calendari, amb 2 dosis en pauta 0 i 6 mesos.

Malaltia pneumocòccica (VN)

- Recomanació per a persones majors de 65 anys:
 - Es recomana la vacunació enfront de pneumococ a partir dels 65 anys.

Herpes zòster (HZ)

- Als 65 anys (nascuts en 1959):
 - S'administraran 2 dosis separades per un interval mínim de 8 setmanes. La vacunació s'incorporarà en totes les comunitats autònomes abans de finalitzar el 2024.

Grip

- Prenatal:
 - Es recomana la vacunació en qualsevol trimestre de gestació durant la temporada de grip.
- Infància (6 a 59 mesos):
 - S'administrarà una dosi anual durant la temporada de grip, prioritzant als infants més petits.
- Persones majors:
 - Es recomana una dosi anual per a les persones a partir dels 60 anys.

Rotavirus (RV)

- Lactants:
 - S'administrarà la vacunació enfront de RV a partir de les 6 setmanes de vida. La vacunació s'incorporarà en totes les comunitats autònomes abans de fi de 2025.

En la Comunitat Valenciana, la Resolució de la Conselleria de Sanitat de l'11 d'octubre de 2023 va incorporar canvis importants en el calendari de vacunació infantil. Entre aquests es va incloure la vacunació sistemàtica contra la grip per a infants, a més de la regulació de la immunització enfront del virus respiratori sincicial per a la temporada 2023-2024.

Posteriorment, el 15 de febrer de 2024 la Comissió de Salut Pública va aprovar el calendari comú de vacunacions i immunitzacions al llarg de tota la vida corresponent a l'any 2024. Aquest calendari incloïa, per primera vegada, la recomanació d'administrar la vacuna contra el rotavirus a la població infantil des de les sis setmanes de vida, seguint les pautes establides en la fitxa tècnica de les vacunes disponibles. El rotavirus és una de les principals causes de gastroenteritis en la infància i pot provocar quadres greus de deshidratació. Les vacunes disponibles han demostrat la seua seguretat i efectivitat en la prevenció d'aquesta infecció. Per aquestes raons, es va decidir adaptar el calendari de vacunacions de la Comunitat Valenciana a les recomanacions nacionals, i això es reflecteix en la Resolució de 25 de febrer de 2024, del conseller de Sanitat, per la qual s'aprova el calendari de vacunació sistemàtica infantil de la Comunitat Valenciana [2024/1855]⁷⁵, que pretén establir un calendari actualitzat de vacunació sistemàtica infantil aquesta comunitat d'acord amb les últimes recomanacions nacionals, i per això s'introdueix de manera gratuïta, igual que la resta de les incloses en el calendari, la vacuna contra el rotavirus per a tots els nascuts a partir de l'1 de gener de 2024.

Les vacunes incloses en el calendari, així com les edats i dosis recomanades, són:

⁷⁵https://dogv.gva.es/datos/2024/03/04/pdf/2024_1855.pdf

Manual de l'assignatura

ANEXO

EDAD	Recién nacidos	2 meses	4 meses	6 meses	11 meses	12 meses	15 meses	2 años	3-4 años	5-6 años	12 años	14 años
HEPATITIS B (HB) ¹	Hijos de madres portadoras	HB	HB		HB				3 dosis (0-1-6) Si no hay antecedentes			
DIFTERIA, TETANOS, TOSFERINA ^{2,3}		DTPa	DTPa		DTPa					DTPa ²		Td ⁴
POLIOMIELITIS		VPI	VPI		VPI					VPI		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B		Hib	Hib		Hib							
NEUMOCOCCO ⁵		VNC	VNC		VNC							
MENINGOCOCCO ⁶		MenB	MenB MenC		MenB MenC					MenACWY		
SARAMPION, RUBIOLA, PAROTIDITIS (SRP)					SRP			SRP		2 dosis en susceptibles		
VARICELA (VVZ)						VVZ		VVZ		2 dosis en susceptibles ⁷		
VIRES DEL PAPELOMA HUMANO ⁸										VPH	3 dosis (0-1-6)	
GRIPES ⁹												Condiciones de riesgo
ROTAVIRUS ⁹				Rotavirus								

1. Los hijos e hijas de madres portadoras del HBsAg recibirán la 1ª dosis en las primeras 24 horas (preferentemente primeras 12) después de nacer junto con la inmunoglobulina HB. En todos ellos siempre se continuará con el esquema estándar de vacuna hepatito: 2, 4 y 11 meses. En otros menores, por tanto, se realizará una pauta final con 4 dosis de hepatitis B.

2. Los niños y niñas nacidos a partir del 1 de enero de 2017 recibirán la 4ª dosis como vacuna DTPa (difteria, tétano, pertusis acelular) de alta carga.

3. A los 14 años se administrará la vacuna Tétanos difteria para adultos. A partir de los 14 años, si ha recibido 5 o más dosis de tétanos revacunar a los 65 años.

4. Los lactantes de alto riesgo recibirán una pauta de 4 dosis (2, 4, 11 y 15 meses).

5. Vacunación a los 2, 4 y 12 meses con meningococo B (MenB). A los 2 y 4 meses de edad es importante que la vacuna se administre en tiempo, evitando demoras. Vacunación con meningococo C (MenC), para la primera y segunda dosis a los 4 meses y 12 meses y vacunación con meningococo tetraavalente (MenACWY) 3ª dosis a los 12 años.

6. Se completará la vacunación hasta dos dosis en adolescentes sin antecedentes previos de enfermedad o vacunación.

7. Vacunación al cumplir los 12 años de edad (ambos sexos, en los niños nacidos a partir de 2010). Vacunación después de los 12 años y hasta los 18 años de las mujeres no vacunadas, o vacunadas parcialmente con anterioridad, y de los hombres no vacunados a partir de la fecha de introducción en el calendario de vacunación. Pauta de dos dosis separadas al menos 6 meses.

8. Se recomienda la vacunación con una dosis durante la campaña anual a partir de los 6 meses hasta los 59 meses en niños sanos y «i» hay condiciones de riesgo hasta los 14 años.

9. Se administrará 2 dosis (2 y 4 meses) o 3 dosis (2-4-6 meses) de acuerdo con la pauta recogida en la ficha técnica de la vacuna utilizada.

1 / 04/03/2024

DIARICUAL
DE LA COMUNITAT VALENCIANA

Il·lustració 5. Obtingut de: https://dogv.gva.es/datos/2024/03/04/pdf/2024_1855.pdf

No obstant això, s'han de tenir en compte unes consideracions generals per a la vacunació infantil:

- Els infants amb calendaris de vacunació incomplets s'hauran de posar al dia segons les recomanacions oficials.
- Els infants empadronats en la Comunitat Valenciana rebran les vacunes seguint els criteris establits per la Direcció General de Salut Pública.
- Els que tinguen factors de risc específics rebran immunitzacions addicionals d'acord amb les recomanacions de Salut Pública.
- Els infants que realitzen viatges internacionals hauran de rebre les vacunes necessàries per a protegir-se de riscos específics de la destinació.
- S'aprofitarà qualsevol visita al sistema de salut, especialment en el marc del programa de salut infantil, per a revisar i actualitzar el calendari de vacunació de cada infant.

Respecte a la prescripció, administració i registre de vacunes, les vacunes incloses en el calendari infantil s'administraran sense necessitat de prescripció mèdica individualitzada sempre que es complisquen els criteris establits. A més, hauran de ser registrades en el Sistema d'Informació Vacunal (SIV) de la Comunitat Valenciana.

Vacunació en grups i situacions de risc⁷⁶

La vacunació en grups de risc és essencial per a protegir individus amb més susceptibilitat a malalties infeccioses. Aquesta estratègia de vacunació dirigida a grups de risc i situacions específiques contribueix significativament a la prevenció de malalties infeccioses greus, protegeix les persones més vulnerables i redueix la propagació de malalties prevenibles. Aquests grups inclouen persones amb immunodeficiències, malalties cròniques (com diabetis, afeccions cardiovasculars i respiratòries) i persones en institucions. A més, hi ha situacions de risc en certs entorns laborals, com el personal

⁷⁶<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/riesgo/home.htm>

sanitari o el que està exposat a materials infecciosos, així com conductes de risc, com el consum de drogues intravenoses o la prostitució. Les dones embarassades, el personal sanitari i els nadons prematurs requereixen pautes de vacunació específiques per a una millor protecció contra malalties prevenibles.

Entre els grups de risc trobem:

1. Immunodeficiències: Persones amb alteracions del sistema immune, ja siga per condicions primàries, com immunodeficiències congènites o malalties subjacents (per exemple, VIH) o a causa de tractaments immunosupressors (quimioteràpia, trasplantaments, etc.). Aquestes persones tenen més risc d'infeccions greus, que poden prevenir-se amb vacunes.
2. Malalties cròniques: Individus amb condicions com diabetis, malalties cardiovasculars, respiratòries cròniques, malalties hepàtiques, hemofília, malalties renals, obesitat mòrbida o trastorns neurològics. Aquestes persones són més susceptibles a complicacions per infeccions i solen tenir una resposta immune més feble, la qual cosa pot requerir estudis per a verificar-ne la immunitat.
3. Persones institucionalitzades: Residents en centres sociosanitaris, hospitals psiquiàtrics, geriàtrics i centres de dia, així com els que estan en institucions penitenciàries. L'alta densitat de persones i l'atenció mèdica bàsica en aquestes institucions augmenta el risc de transmissió d'infeccions.
4. Altres grups de risc: Persones amb implants coclears, fístules de LCR, tractament amb anticoagulants o síndrome de Down. A més, les dones que han tingut tractaments excisionals de cèrvix són vulnerables a certes infeccions.

D'altra banda, respecte a les situacions de risc trobem:

1. Entorn laboral:
 1. Personal sanitari (metges i infermers, fisioterapeutes, tècnics, personal administratiu, voluntaris) exposat a pacients i materials infecciosos.
 2. Personal en institucions penitenciàries i educació infantil.
 3. Serveis públics essencials, com forces de seguretat, bombers i personal d'emergències.
 4. Aplicadors de tatuatges/pírcings i persones exposades a aus o porcs.
2. Persones amb conductes de risc, com a homes que practiquen sexe amb homes (HSH), persones que s'injecten drogues o en situació de prostitució, a causa de la major exposició a infeccions transmissibles.
3. Dones en edat fèrtil, embarassades i en puerperi: Les dones embarassades i en el període postpart requereixen vacunacions especials per a protegir tant la seua salut com la dels fills.
4. Prematurs: Els nounats prematurs tenen pautes específiques de vacunació per a reduir la seua vulnerabilitat a infeccions greus, donada la seua immunitat encara en desenvolupament.

Manual de l'assignatura

Taula 8. Resum de grups de risc i vacunació. Font:

<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionprevencion/vacunaciones/programasdevacunacion/riesgo/home.htm>

Grup de risc	Descripció	Enllaços
Immunodeficiències	Alteració del sistema immune per causes primàries, malalties subjacents o tractaments immunosupressors. Risc elevat d'infeccions greus prevenibles per vacunes.	
Primàries/congènites	Immunodeficiències humorals, cel·lulars, combinades, defectes d'immunitat innata i del sistema del complement.	Immunodeficiències congènites, defectes del sistema del complement
Secundàries/adquirides	Tractament immunosupressor, trasplantament de progenitors hematopoètics, tractament amb eculizumab, VIH, asplènia, càncer/hemopaties malignes, trasplantament d'òrgan sòlid.	Tractament amb immunosupressors, trasplantament de progenitors hematopoètics, tractament amb eculizumab, VIH, asplènia, càncer/hemopaties malignes, trasplantament d'òrgan sòlid
Malalties cròniques	Major susceptibilitat a malalties immunoprevenibles a causa de la malaltia base, evolució clínica o tractaments.	
Cardiovasculars i respiratòries	Malalties cròniques del cor o pulmons.	Cardiovasculars i respiratòries cròniques
Hemofília i hemoderivats	Trastorns hemorràgics, transfusions múltiples.	Hemofília i hemoderivats
Neurològiques i neuromusculars	Malalties greus del sistema nerviós.	Malalties neurològiques i neuromusculars greus
Hemoglobinopaties i anèmies	Trastorns hematològics crònics.	Hemoglobinopaties i anèmies
Renals i hepàtiques	Malaltia renal crònica, síndrome nefròtica, cirrosi i alcoholisme crònic.	Malaltia renal crònica i síndrome nefròtica, malaltia hepàtica crònica
Obesitat mòrbida	Excés de pes greu amb implicacions en la salut.	Obesitat mòrbida
Tabaquisme	Consum crònic de tabac.	Tabaquisme
Diabetis mellitus	Malaltia metabòlica que afecta la resposta immune.	Diabetis mellitus
Malalties inflamatòries i celíaca	Trastorns inflamatoris crònics i malaltia celíaca.	Malalties inflamatòries, malaltia celíaca
Persones institucionalitzades	Persones en residències socials, hospitals de llarga estada o penitenciaris.	Residents en centres sociosanitaris, residents en institucions penitenciàries
Altres grups de risc	Persones amb condicions especials que eleven el risc davant infeccions.	Implant coclear, fístula LCR, tractament crònic amb AAS o anticoagulants, síndrome de Down, dones amb tractament excisional de cèrvix

Taula 9. Resum de grups de risc, entorn laboral i conducta

Grup de risc	Descripció	Enllaços
Risc en l'entorn laboral	Persones amb més exposició a agents infecciosos a causa de la seua ocupació.	
Educació infantil (0 a 3 anys)	Personal de centres educatius amb infants petits.	Personal de centres d'educació infantil
Institucions penitenciàries i immigrants	Personal que treballa en presons i centres d'acolliment d'immigrants.	Personal d'institucions penitenciàries i centres d'immigrants
Personal sanitari	Inclou professionals de salut, estudiants, voluntaris i personal de suport (neteja, seguretat, manteniment) en contacte amb pacients o material infecciós.	Personal sanitari
Cuidadors d'alt risc o majors	Persones que atenen pacients vulnerables o majors.	Persones que cuiden o atenen pacients d'alt risc o persones majors
Serveis públics essencials	Forces de seguretat, bombers, protecció civil, serveis d'emergència i personal en centres d'internament judicial.	Serveis públics essencials
Tatuatges i pírcing	Aplicadors de tatuatges i perforacions.	Aplicadors de tatuatges i pírcing
Exposició a aus i porcs	Treballadors amb contacte directe amb aus i porcs en granges o en el medi silvestre.	Personal exposat a aus i porcs
Persones amb conducta de risc	Individus amb pràctiques que eleven la seua vulnerabilitat a infeccions prevenibles per vacunes.	
HSH (Homes que practiquen sexe amb homes)	Major risc de transmissió d'infeccions.	Homes que practiquen sexe amb homes (HSH)
Consum de drogues injectables	Persones que s'injecten drogues, amb exposició a materials contaminats.	Persones que s'injecten drogues
Prostitució	Persones en situació de prostitució, amb major exposició a infeccions.	Persones en situació de prostitució
Dones en edat fèrtil, embarassades i puerperi	Dones en període fèrtil, embaràs o postpart, per la major vulnerabilitat davant certes infeccions.	Dones en edat fèrtil, embarassades i puerperi
Prematurs	Recomanacions específiques de vacunació per a nadons nascuts abans de terme.	Taula de recomanacions de vacunació en prematurs

Capítol 17: Les malalties no transmissibles

Les malalties no transmissibles

La transició epidemiològica reflecteix els canvis en els patrons de salut i malaltia associats al desenvolupament socioeconòmic. S'observa una reducció de les malalties infeccioses i de les epidèmies a causa d'avenços mèdics, vacunació i millores en el sanejament, acompanyada d'un descens en la mortalitat i la natalitat. Això ha incrementat l'esperança de vida i ha generat un envelliment poblacional, que al seu torn ha afavorit la prevalença de malalties cròniques no transmissibles com les principals causes de morbiditat i mortalitat [185-187].

En termes de tendència secular, els patrons de salut als països estan estretament vinculats al seu nivell de desenvolupament. En etapes inicials predominen les malalties transmissibles agudes i epidèmiques. Posteriorment, amb el progrés industrial i urbà, aquestes afeccions són reemplaçades per malalties transmissibles de curs crònic, com la tuberculosi. Finalment, en estadis més avançats, les ENT es converteixen en les principals responsables de la càrrega de malaltia.

Actualment, les ENT representen un desafiament global significatiu a causa de la complexa prevenció i tractament que tenen. L'etiologia multifactorial, sovint desconeguda, l'inici insidiós i la l'evolució prolongada en compliquen el diagnòstic i el maneig efectiu. A més, el seu impacte en els sistemes de salut és notable, ja que incrementa la demanda de serveis assistencials i genera alts costos econòmics. Les ENT són responsables del 60% de les morts globals, així com la principal causa de discapacitat i càrrega assistencial als països desenvolupats i en vies de desenvolupament.

Entre les característiques epidemiològiques de les ENT destaquen l'etiologia multifacètica, amb factors de risc genètics, ambientals i conductuals que interactuen entre si, prolongats períodes d'exposició i xarxes causals complexes. Aquestes malalties tenen un curs prolongat amb freqüents recaigudes, no generen immunitat i deixen seqüeles persistents després de la fase de patogènesi. Per la seua naturalesa, presenten desafiaments en el control, com la falta de coneixement sobre els efectes de les mesures preventives i terapèutiques a llarg termini, així com barreres econòmiques, socioculturals i polítiques que dificulten les intervencions efectives.

Les ENT es defineixen com un seguit de trastorns orgànics o funcionals de curs prolongat que obliguen a una modificació de l'estil de vida i poques vegades es curen per complet. Aquestes afeccions, que persisteixen durant anys o de manera indefinida, afecten significativament la qualitat de vida i requereixen atenció constant. En 2015, dels 64 milions de morts globals, 41 milions van ser atribuïbles a ENT, i més del 80% van ocórrer en països d'ingressos baixos i mitjans. Aquesta càrrega desproporcionada afecta especialment les poblacions més pobres i amplifica les desigualtats en salut [187-189].

El desenvolupament econòmic i social també influeix en la prevalença de les ENT. Factors com la globalització, la urbanització accelerada, el sedentarisme i el consum d'aliments ultraprocessats han exacerbat aquesta epidèmia. A més, la comercialització agressiva de productes com tabac, alcohol i menjar hipercalòric n'agreuja els riscos, particularment en països amb recursos limitats per a combatre aquestes tendències. Durant la dècada vinent, mentre les morts per malalties infeccioses i condicions nutricionals disminuiran un 3%, la mortalitat atribuïble a ENT augmentarà un 17%, fet que marca una amenaça creixent per a la salut pública.

Les ENT, com la diabetis, les malalties cardiovasculars, el càncer, la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i els trastorns respiratoris, plantegen preguntes crucials sobre les seues causes, maneig i prevenció. Aquestes malalties requereixen estratègies integrals que incloguen la promoció d'estils de vida saludables, polítiques públiques sostenibles i un enfocament equitatiu per a reduir-ne l'impacte en les poblacions més vulnerables. La prevenció i el control són essencials per a disminuir la càrrega global de malaltia i millorar la qualitat de vida a nivell mundial.

Estratègia Mundial per a la Prevenció i el Control de les ENT

L'Estratègia Mundial per a la Prevenció i el Control de les Malalties No Transmissibles (ENT) va ser adoptada originalment en 2000 per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i s'ha actualitzat en diverses ocasions per a adaptar-se als nous desafiaments. L'última revisió significativa es va fer en el marc del Pla d'Acció Mundial per a les ENT 2013-2030, aprovat per l'Assemblea Mundial de la Salut el maig de 2013, amb actualitzacions posteriors alineades amb els Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS).

Més recentment, el maig de 2022, durant la 75a Assemblea Mundial de la Salut, es van aprovar noves metes i compromisos per a enfortir aquesta estratègia i accelerar la reducció de la càrrega de les ENT a nivell global. Això va incloure la renovació de l'enfocament en les intervencions rendibles i en la implementació de polítiques específiques per als països.

L'Estratègia Mundial per a la Prevenció i el Control de les Malalties No Transmissibles de l'OMS va ser aprovada el maig de 2023 durant la 76a Assemblea Mundial de la Salut. Aquesta actualització té com a objectiu enfortir les accions globals en el combat contra les ENT i complir amb els compromisos dels Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS), especialment els que fan referència a reduir les morts prematures per ENT per a 2030 [190-192].

L'estratègia se centra en diversos aspectes clau:

1. Cartografia de les ENT i les seues causes: Les ENT, com malalties cardiovasculars, diabetis, càncer i malalties respiratòries cròniques, estan vinculades a factors genètics, fisiològics, ambientals i de comportament. La majoria de les morts prematures ocorren en països d'ingressos baixos i mitjans a causa d'exposicions com el consum de tabac, l'alcohol, la inactivitat física i la mala alimentació. A més, factors ambientals com la contaminació també agreugen la situació.
2. Objectius: Reduir la mortalitat prematura per ENT en un terç per a 2030, i així alinear-se amb els Objectius de Desenvolupament Sostenible. Es pretén integrar la prevenció, tractament i cura pal·liativa en sistemes sanitaris resilents.
3. Factors de risc i canvis metabòlics: Inclouen comportaments com el tabaquisme, una dieta poc saludable i falta d'activitat física, a més de riscos metabòlics, com hipertensió, obesitat i hiperglucèmia. Aquests estan vinculats amb la majoria de les morts relacionades amb ENT.
4. Intervencions prioritàries: L'OMS promou intervencions rendibles per a reduir els factors de risc i garantir accés a atenció bàsica. Es destaquen mesures com la promoció de dietes saludables, reducció del tabaquisme i control de l'alcohol.
5. Vigilància i monitoratge: Es proposa millorar la recopilació de dades sobre exposicions, resultats de salut i respostes dels sistemes d'atenció. Això inclou informes periòdics per a mesurar avenços i detectar àrees de millora.

L'estratègia emfatitza enfocaments intersectorials i la inclusió de totes les parts interessades, considerant els efectes socials i econòmics de les ENT. També ressalta la necessitat d'enfortir els sistemes de salut per a mitigar els impactes desproporcionats que aquestes malalties tenen en poblacions vulnerables i en situacions d'emergència.

Estratègies preventives

Les estratègies preventives en malalties no transmissibles (ENT) són intervencions sistemàtiques que cerquen disminuir la incidència, progressió i complicacions d'aquestes malalties, responsables de la majoria de les morts a nivell mundial. Segons la definició de la Canadian Task Force (1980), la prevenció inclou "qualsevol mesura que permeti reduir la probabilitat d'aparició d'una afecció o malaltia, o bé interrompre'n o minorar-ne la progressió" [190, 191]. Això abasta intervencions aplicades a nivell poblacional i individual, adaptades a les característiques i riscos específics.

Estratègies preventives per abast

1. Estratègia poblacional: L'estratègia poblacional aborda els factors determinants que incrementen el risc d'ENT en tota la comunitat. El seu objectiu és reduir els nivells mitjans de factors de risc, com el consum de tabac, la ingesta de sal i greixos trans o l'exposició al sedentarisme. Les intervencions inclouen:
 - Promoció de lleis que prohibisquen fumar en espais públics.
 - Regulació de la publicitat de tabac i alcohol.
 - Campanyes massives de conscienciació sobre hàbits saludables.
 - Creació d'entorns urbans que promoguen l'activitat física.
2. Estratègia d'alt risc o individual: Aquesta estratègia identifica i protegeix individus amb major susceptibilitat, ja siga per predisposició genètica o factors conductuals. Inclou el diagnòstic primerenc en població asimptomàtica a través d'avaluacions de salut regulars i el tractament dirigit. Per exemple el cribratge oportunista en consultes mèdiques o les intervencions personalitzades, com el control de la pressió arterial i el colesterol en persones d'alt risc cardiovascular.

Respecte als tipus de prevenció, podem trobar:

1. Prevenció primordial: Se centra a evitar l'aparició de condicions socials, econòmiques i culturals que afavorisquen el desenvolupament d'ENT. Exemples d'això inclouen la implementació de polítiques contra el tabaquisme o la promoció de transport sostenible.
2. Prevenció primària: El seu objectiu és limitar la incidència de malalties mitjançant el control directe dels factors causals o riscos. Les accions inclouen la vacunació contra el virus del papil·loma humà (VPH) i l'hepatitis B o les regulacions per a reduir el contingut de sal en aliments processats.
3. Prevenció secundària: Busca identificar malalties en etapes primerenques, quan són asimptomàtiques, i tractar-les oportunament per a evitar complicacions greus. Això inclou programes de cribratge sistemàtic per a càncer (mama, còlon, cèrvix) i la detecció i maneig precoç de malalties cròniques, com la diabetis o malalties respiratòries.
4. Prevenció terciària: Se centra a reduir les complicacions, seqüeles i discapacitats derivades de malalties ja establides, i així millorar la qualitat de vida dels pacients i facilitar-ne la reintegració social. Per exemple, en persones amb accidents cerebrovasculars, aquesta prevenció inclou la rehabilitació física i teràpies ocupacionals per a recuperar funcions motores,

o en pacients amb malalties cardiovasculars, l'ús de programes d'exercici supervisat per a prevenir recaigudes i millorar la capacitat funcional.

5. Prevenció quaternària: Pretén evitar intervencions mèdiques innecessàries que puguin causar dany, especialment en contextos de sobrediagnòstic o sobretractament. Un exemple clar és la limitació de proves excessives o tractaments agressius en pacients terminals, prioritzant les cures pal·liatives, que enfoquen l'alleujament del dolor i el benestar emocional. Un altre exemple és evitar l'ús d'antibiòtics en infeccions virals lleus, i protegir així els pacients d'efectes secundaris i de la resistència bacteriana.

La prevenció primordial i la promoció de la salut comparteixen l'objectiu de prevenir malalties, però es diferencien en l'enfocament, l'abast i els mecanismes d'acció. Així, la prevenció primordial actua abans que hi haja factors de risc o conductes perjudicials en una població intervenint en les condicions socials, econòmiques i ambientals que afavoreixen el desenvolupament de malalties, i està dirigida a modificar les estructures que generen riscos per a la salut, com les polítiques públiques i les condicions de vida. Per exemple, prohibir l'ús de greixos trans en aliments processats, promoure lleis contra el tabaquisme en espais públics o fomentar sistemes de transport sostenible per a reduir la contaminació i el sedentarisme. D'altra banda, la promoció de la salut cerca enfortir la capacitat de les persones i comunitats per a controlar i millorar la seua pròpia salut. Se centra a millorar el benestar general i no únicament a prevenir malalties específiques. Així, aplica estratègies educatives, culturals i d'empoderament perquè els individus adopten estils de vida saludables. Un exemple seria l'elaboració de campanyes de conscienciació sobre la importància d'una alimentació equilibrada, l'activitat física regular o la realització de revisions mèdiques preventives.

En resum, la prevenció primordial intervé en les causes estructurals dels factors de risc, mentre que la promoció de la salut treballa directament amb les persones i comunitats per a fomentar canvis conductuals i culturals positius. Ambdues són complementàries i fonamentals per a estratègies de salut pública integrals.

La semFYC (Societat Espanyola de Medicina de Família i Comunitària)⁷⁷ actualitza les recomanacions de prevenció i promoció que són referència en atenció primària per a fer front als nous reptes sanitaris. Per exemple, respecte a les activitats preventives en les persones majors [193] es recomana:

1. Avaluar símptomes d'alarma: Realitzar estudis en casos de fallades cognitives o pèrdua d'autonomia funcional assenyalats pel pacient, familiars o professionals sanitaris.
2. Vigilància de grups de risc: Monitorar pacients amb major risc de deterioració cognitiva (DC) o demència, com persones fràgils, d'edat avançada, amb malaltia de Parkinson, antecedents d'ictus o símptomes depressius tardans.
3. Seguiment periòdic: Controlar regularment persones amb deterioració cognitiva lleu (DCL) o símptomes neuropsiquiàtrics, donada l'alta probabilitat de desenvolupar demència.
4. Diagnòstic primerenc: Identificar de manera precoç la demència per a planificar cures, minimitzar riscos i permetre que el pacient i la família prenguen decisions informades sobre el futur.
5. Fomentar hàbits saludables: Promoure l'activitat física, una alimentació equilibrada i la prevenció de factors de risc cardiovascular, com deixar de fumar, reduir el consum d'alcohol,

⁷⁷<https://papps.es/resumen-recomendaciones-2022/>

Manual de l'assignatura

mantenir un pes saludable; controlar la hipertensió arterial en edats mitjanes; gestionar adequadament malalties cròniques; aconsellar la prevenció de l'exposició al soroll i l'ús d'audiòfons quan siga necessari, així com participar en activitats socials per a evitar l'aïllament.

6. Evitar medicació anticolinèrgica: Reduir l'ús de medicaments amb efectes anticolinèrgics acumulatius a llarg termini.
7. Mantenir mesures preventives en demència lleu o moderada: Continuar amb el control de factors de risc cardiovascular (FRCV), prevenció d'ictus i vigilància de medicaments que puguen agreujar la deterioració cognitiva.

I no es recomana:

1. Cribratge cognitiu en majors asimptomàtics: No fer proves cognitives rutinàries en persones majors de 65 anys asimptomàtiques que viuen en la comunitat.
2. Ús de fàrmacs i suplementes per a prevenir DC o demència: Evitar l'ús d'inhibidors d'acetilcolinesterasa, estatines, antiinflamatoris no esteroïdals (AINE), *Ginkgo biloba*, àcids grassos o vitamines (B o C) per a prevenir o frenar el progrés del deteriorament cognitiu.
3. Neurolèptics amb símptomes neuropsiquiàtrics: No utilitzar neurolèptics per a tractar símptomes neuropsiquiàtrics en persones amb demència, excepte en situacions on hi haja un risc significatiu per al pacient o per a la seua família.

Així, en la següent taula es resumeix de manera succinta les recomanacions de què fer i què no fer en els programes del PAPPS2022:

Temàtica	Principals continguts	Què fer	Què no fer	Referència i enllaç
Prevenió cardiovascular	Control de factors de risc, com hipertensió, dislipèmies i diabetis. Promoció d'activitat física.	Mesurar regularment pressió arterial, colesterol i glucosa. Promoure dieta mediterrània i exercici regular.	No realitzar cribatges cardiovasculars massius en població de baix risc.	Orozco-Beltrán D., et al. <i>Atención primaria</i> . 2022;54 Supl 1:102444. Open access .
Estil de vida	Hàbits saludables: exercici, dieta equilibrada, no fumar ni beure en excés.	Fomentar activitat física regular, dieta equilibrada i cessació tabàquica. Reduir estrès.	No trivialitzar els riscos del tabaquisme, l'alcohol o el sedentarisme.	Córdoba García R., et al. <i>Atención primaria</i> . 2022;54 Supl 1:102442.
Prevenió del càncer	Cribratge per a càncer de mama, colorectal i cèrvix. Vacunació contra el VPH.	Realitzar cribatges segons edat i risc. Vacunar contra el VPH i l'hepatitis B.	No iniciar cribatges fora dels rangs d'edat establits ni usar proves ineficaces.	Marzo-Castillejo M., et al. <i>Atención primaria</i> . 2022;54 Supl 1:102440. Open access .
Vacunes i malalties infeccioses	Actualització del calendari vacunal. Prevenció de malalties com grip i pneumònia.	Vacunar segons les recomanacions específiques per edat i condicions de risc.	No retardar vacunes per mites infundats ni excloure grups vulnerables de programes de vacunació.	Martín Martín S., et al. <i>Atención primaria</i> . 2022;54 Supl 1:102462. Open access .

Salut mental - Monoparentalitat	Identificació de l'impacte psicològic en fills de famílies monoparentals.	Oferir suport psicològic i social. Avaluar símptomes d'estrès o ansietat en els fills.	No estigmatitzar ni ignorar les necessitats d'aquestes famílies.	Buitrago Ramírez F., et al. <i>Atención primaria</i> 2022;54 Supl 1:102445. <i>Open access.</i>
Salut mental - Embaràs adolescent	Prevenió i suport en adolescents embarassades.	Proporcionar suport psicològic i mèdic integral. Promoure l'accés a programes educatius i socials.	No jutjar ni limitar l'accés a serveis de suport i orientació.	Buitrago Ramírez F., et al. <i>Atención primaria</i> 2022;54 Supl 1:102494. <i>Open access.</i>
Prevenió en persones majors	Activitats per a prevenir malalties cròniques i mantenir la funcionalitat.	Avaluar risc de caigudes, realitzar vacunació antigripal i pneumocòcica, i fomentar activitat física.	No sobrediagnosticar ni medicar en excés.	Acosta Benito M.A., et al. <i>Atención primaria</i> 2022;54 Supl 1:102438. <i>Open access.</i>
Prevenió en dones	Cribatge de malalties específiques com càncer de mama i cervix.	Realitzar cribatges segons rangs d'edat. Promoure l'accés a anticoncepció segura i educació sexual.	No realitzar cribatges innecessaris ni promoure intervencions sense evidència científica.	López García-Franco A., et al. <i>Atención primaria</i> 2022;54 Supl 1:102471. <i>Open access.</i>
Infància i adolescència	Promoció del desenvolupament saludable i prevenció de malalties.	Promoure vacunació, alimentació adequada i activitat física. Detectar precoçment trastorns del desenvolupament.	No ignorar signes de trastorns de desenvolupament o descuidar la vacunació.	Cortés Rico O., et al. <i>Atención primaria</i> 2022;54 Supl 1:102441. <i>Open access.</i>

Detecció sistemàtica o cribatge:

Segons Moss *et al.* (2006), el cribatge és un "examen de persones asimptomàtiques per a distingir les que probablement estan malaltes i les que probablement no ho estan". Aquest procés utilitza eines com qüestionaris, proves diagnòstiques o exàmens físics per a identificar malalties en fases preclíniques. Els beneficis del cribatge inclouen la reducció de mortalitat i la millora de la qualitat de vida mitjançant tractaments primerencs i efectius. No obstant això, també comporta riscos, com falsos positius, que poden generar ansietat i procediments innecessaris, i falsos negatius, que podrien retardar diagnòstics crítics.

Cada malaltia té un punt crític en l'evolució, més enllà del qual les opcions terapèutiques perden efectivitat clínica significativa. La prevenció secundària cerca actuar abans que s'assolisca aquest llindar i, per tant, millorar el pronòstic dels pacients. Per exemple, en el cas del càncer, el diagnòstic primerenc durant la fase asimptomàtica pot resultar en tractaments menys agressius i més efectius[194-196].

La combinació d'estratègies poblacionals i individuals permet un abordament integral de les MNT. Mentre que les estratègies poblacionals cerquen disminuir la càrrega de la malaltia en conjunt, les estratègies d'alt risc ofereixen una atenció focalitzada. Aquestes accions coordinades són essencials per a reduir la incidència, morbiditat i mortalitat de les MNT, de manera que milloren la qualitat de vida de les persones i optimitzen els recursos dels sistemes de salut.

El cribratge és una estratègia clau en la salut pública per a la detecció precoç de malalties, i s'ha d'entendre com un procés continu més que com una prova puntual, segons Wilson *et al.* (1968). Hi ha dos tipus principals de cribratge: el cribratge oportunista i el cribratge poblacional. El primer es duu a terme de manera no sistemàtica, generalment durant consultes mèdiques per altres motius o a petició del pacient. Un exemple de cribratge oportunista podria ser la detecció d'hipertensió en una consulta general. En canvi, el cribratge poblacional és un programa organitzat i sistemàtic dirigit a tota una població diana, amb l'objectiu de reduir la mortalitat i morbiditat associades a malalties específiques. Aquest tipus de cribratge està usualment promogut per les autoritats sanitàries i es duu a terme d'acord amb protocols establits, com els programes de mamografies per a detectar càncer de mama[195, 196].

Perquè un programa de cribratge siga efectiu s'han de tenir en compte diversos factors clau, com la periodicitat de les proves, que dependrà de la prevalença de la malaltia i la duració de la seua fase de latència. A més, se n'ha d'avaluar la rendibilitat considerant els recursos disponibles, i garantir que l'acceptaran tant la població com els professionals sanitaris. Un cribratge eficaç ha de demostrar una efectivitat tangible, preferiblement en termes de reducció de la mortalitat o morbiditat associades.

Els problemes de salut als quals s'aplica el cribratge han de complir uns certs requisits. D'una banda, la malaltia ha de ser un problema de salut pública significatiu, amb una alta càrrega de mortalitat i morbiditat. A més, ha de ser possible identificar-la en una fase preclínica o asimptomàtica utilitzant mètodes menys invasius i més eficaços, la qual cosa permet millorar significativament el pronòstic en comparació amb un diagnòstic en fases més avançades. Les proves utilitzades han de ser simples, segures, reproduïbles i vàlides, amb una alta sensibilitat i especificitat, la qual cosa permetrà que els resultats siguen de confiança i acceptats per tots els implicats.

Categoria	Criteris/característiques	Exemple
Processos	La malaltia ha de ser un problema significatiu de salut pública.	-
	Ha de ser possible identificar-la en una fase preclínica mitjançant mètodes menys invasius i efectius.	
	El diagnòstic primerenc ha de millorar el pronòstic en comparació amb el diagnòstic tardà.	
Proves	Han de ser segures, simples i reproduïbles.	Ús de proves de sang oculta en femta per a detectar càncer de còlon.
	Han de tenir alta sensibilitat i especificitat.	

	L'aplicació ha de minimitzar molèsties, riscos i costos.	
Programes	Han de garantir la derivació adequada per a confirmació diagnòstica i tractament.	
	Requereixen una avaluació contínua de resultats i qualitat.	
	Han de prioritzar malalties d'alta càrrega social i sanitària.	

Respecte als programes de cribratge, s'han de garantir mecanismes per a derivar a les persones amb resultats positius cap a sistemes adequats de confirmació diagnòstica i tractament. A més, és essencial que es duga a terme una avaluació contínua dels resultats per a optimitzar els programes segons siga necessari, especialment en contextos amb recursos limitats. A mesura que els programes de cribratge s'implementen, és important mesurar-ne la fiabilitat (és a dir, la consistència dels resultats sota les mateixes condicions) i la validesa (que indique que les proves mesuren el que realment han de mesurar) [197, 198].

Un exemple d'eina de cribratge és el test de CAGE, utilitzat per a detectar problemes relacionats amb el consum d'alcohol [199, 200]. Aquest test consta de quatre preguntes simples, i si s'obtenen dues o més respostes afirmatives pot indicar dependència alcohòlica. A través d'eines com aquesta, el cribratge pot oferir beneficis significatius en termes de detecció precoç d'afeccions i de prevenció de complicacions greus. No obstant això, també hi ha riscos, com el sobrediagnòstic, que podria portar a tractaments innecessaris, o els falsos positius, que podrien causar ansietat i generar proves complementàries, algunes de les quals poden ser invasives. En alguns casos, els falsos negatius també poden retardar el diagnòstic i tractament, la qual cosa subratlla la necessitat d'una avaluació contínua dels programes de cribratge.

Al nostre país, el "Document marc sobre cribratge poblacional"⁷⁸ és un marc guia sobre els programes de cribratge poblacional en el sistema sanitari, elaborat per un grup de treball de la Ponència de Cribratge de la Comissió de Salut Pública a Espanya. Es justifica en què el cribratge permet detectar malalties en persones asimptomàtiques amb el propòsit de reduir-ne l'impacte, i s'enfoca en criteris ètics, tècnics i de rendibilitat per a garantir beneficis sobre els riscos associats. Així, els requisits per al cribratge són:

- Malalties amb una càrrega important de salut pública i períodes de latència detectables.
- Proves inicials segures, simples i acceptades per la població.
- Diagnòstic i tractaments efectius en fases primerenques.

Aquest marc permet garantir l'equitat en l'accés i minimitzar riscos psicològics i socials, així com avaluar l'impacte econòmic i assegurar que el programa siga sostenible dins del sistema de salut.

⁷⁸https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/documentosTecnicos/docs/Cribado_poblacional.pdf

Alhora, ajuda a dissenyar sistemes d'informació per a seguiment i resultats, a capacitar professionals i a educar a la població sobre beneficis i limitacions. El document subratlla la importància de basar els programes en evidència científica, respectant principis de justícia i autonomia.

Programes de cribratge a Espanya

Els programes de cribratge poblacional són fonamentals en l'àmbit preventiu-assistencial del Sistema Nacional de Salut (SNS)⁷⁹. S'enfoquen a detectar precoçment malalties en persones asimptomàtiques per a facilitar un diagnòstic primerenc i tractament adequat. Aquestes iniciatives es dirigeixen a grups específics o a tota la població susceptible, fins i tot si no presenten símptomes o no han sol·licitat atenció mèdica. Els objectius d'aquests programes són:

- Millorar el pronòstic detectant malalties en etapes inicials per a prevenir complicacions.
- Reduir mortalitat prematura actuant abans que els símptomes avancen.
- Prevenir discapacitats físiques i psíquiques associades a les malalties detectades.
- Augmentar la qualitat de vida a través de tractaments oportuns.

Principals Programes de l'SNS

- Neonatal: Malalties endocrinometabòliques, hipoacúsia i cardiopaties congènites crítiques (en fase normativa).
- Prenatal: Cromosomopaties i malalties infeccioses.
- Càncer: Colorectal, cèrvix i mama.

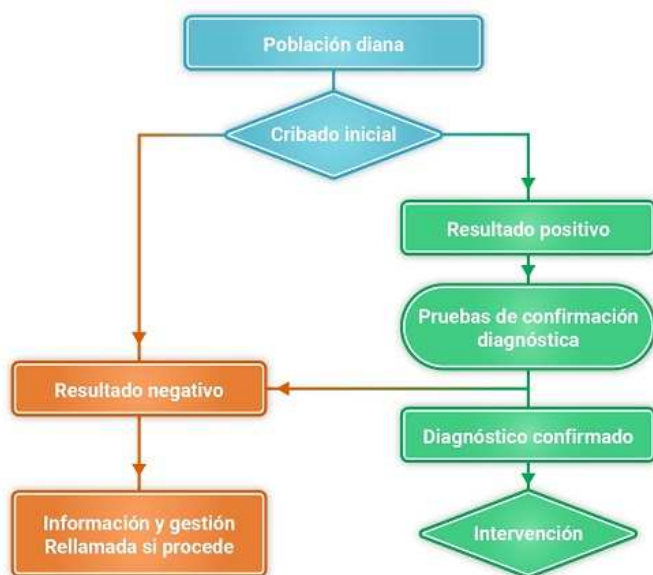
L'avaluació segueix protocols basats en evidència científica i factibilitat. Els criteris inclouen:

1. Problema de salut: Magnitud i rellevància.
2. Prova inicial: Seguretat, precisió i validesa.
3. Diagnòstic i tractament: Procediments efectius i acceptats.
4. Equitat: Accés universal, informació adequada, protecció de dades i avaluació contínua.

El procediment per a implantació de nous programes s'estructura en els següents passos:

1. Revisió científica: El Ministeri de Sanitat col·labora amb la Xarxa Espanyola d'Agències d'Avaluació de Tecnologies Sanitàries per a avaluar l'evidència i la rendibilitat.
2. Criteris tècnics: Avaluació per la Ponència de Cribratge Poblacional.
3. Aprovació: Presentació davant la Comissió de Salut Pública i altres òrgans decisoris.
4. Implantació: Desenvolupament normatiu i creació de documents tècnics consensuats.

⁷⁹<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/infoGeneral/home.htm>



Il·lustració 6. Imatge obtinguda del "Document marc sobre cribatge poblacional", de la Ponència de Cribatge Poblacional de la Comissió de Salut Pública, 2010.

El cribatge presenta el benefici d'un diagnòstic primerenc, una millora en la qualitat de vida i la reducció de la càrrega sanitària a llarg termini, encara que comporta el risc per sobrediagnòstic i sobretractament, l'ansietat per falsos positius i l'impacte psicològic per coneixement prematur en casos sense benefici clínic. El cribatge no es limita a realitzar proves, sinó que integra diagnòstic, derivació i tractament. Requereix:

- Coordinació entre nivells assistencials.
- Seguiment en unitats clíniques especialitzades.
- Avaluació periòdica per a garantir-ne qualitat i eficiència.

Entre els errors freqüents en l'aplicació d'un programa de cribatge podem trobar:

- Biaix del voluntari. En general els participants d'un cribatge solen ser els que més bon estat de salut tenen, amb estils de vida més saludables: en aquest cas, les proves de cribatge semblaran ser més eficaces del que són realment.
- Biaix del temps d'avançament (*lead-time bias*). El diagnòstic precoç d'una malaltia produeix un allargament aparent de la duració d'aquesta, sense necessitat que millori la supervivència. Simplement hem posat en marxa el cronòmetre abans.
- Biaix de duració de la malaltia (*length bias*). El temps en el qual pot detectar-se un pacient asimptomàtic és més curt en casos de malaltia agressiva que en els més lleus. Per tant, els casos detectats en un programa de cribatge tendeixen a ser els més lleus, amb una sobreestimació aparent de l'eficàcia.
- Excés de diagnòstic (sobrediagnòstic). La variabilitat entre pacients en la duració de la fase clínica també es reflecteix en la fase preclínica. Per tant, es dona la possibilitat de casos que per l'evolució tan lenta que tenen no hagueren arribat mai a la fase clínica. Per exemple, la PSA en el càncer de pròstata detecta possibles casos que haurien mort sense haver-se assabentat que el tenien.
- Presència de resultats falsos, positius i negatius. Són inherents a proves amb sensibilitat i especificitat no perfectes.

No obstant això, aquests programes són eines essencials per a garantir la salut pública, sempre amb un enfocament basat en l'evidència científica, l'equitat i l'eficiència. Així, com s'ha comentat abans, el propòsit principal de la detecció precoç d'una malaltia és millorar-ne el pronòstic, reduir el risc de mortalitat prematura i prevenir discapacitats físiques i psíquiques, amb l'objectiu d'incrementar la qualitat de vida de les persones afectades. Els programes de cribratge han de ser accessibles per a les poblacions a les quals estan dirigits i garantir els màxims estàndards de qualitat en la planificació, gestió i avaluació [194, 201].

Aquests programes formen part de la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut (SNS)⁸⁰, d'acord amb el Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre, que regula aquesta cartera i la seua actualització. Actualment els principals programes són:

1. Programa de cribratge neonatal: Inclou la detecció de malalties endocrinometabòliques, hipoacúsia i, pròximament, cardiopaties congènites crítiques, la tramitació normativa de les quals està en curs.
2. Programa de cribratge prenatal: Enfocat en la detecció de cromosomopaties i malalties infeccioses durant l'embaràs.
3. Programes de cribratge de càncer: Comprenen la detecció precoç de càncer colorectal, de cèrvix i de mama.

Programa de cribratge	Descripció	Enllaç
Cribratge neonatal de malalties endocrinometabòliques	Detecció de malalties metabòliques congènites	Enllaç
Cribratge neonatal (prova del taló)	Anàlisi en nounats per a detectar patologies	Enllaç
Cribratge neonatal d'hipoacúsia	Identificació primerenca de problemes auditius	Enllaç
Cribratge de càncer	Prevenió i detecció de càncer en general	Enllaç
Cribratge de càncer de cèrvix	Detecció precoç de càncer cervical	Enllaç
Cribratge de càncer de mama	Detecció precoç del càncer de mama	Enllaç
Cribratge de càncer colorectal	Diagnòstic precoç del càncer de còlon i recte	Enllaç
Cribratge prenatal	Avaluació durant l'embaràs de condicions fetals	Enllaç
Cribratge prenatal de cromosomopaties	Detecció d'anomalies cromosòmiques en el fetus	Enllaç

⁸⁰<https://catedradecronicidad.es/wp-content/uploads/2020/06/V.2792-2014.pdf>

Cribatge prenatal de malalties transmissibles	Identificació d'infeccions en dones embarassades	Enllaç

Estratègies per a l'atenció de pacients crònics en la C. Valenciana⁸¹.

L'envelliment progressiu de la població i l'augment de malalties cròniques han portat els sistemes de salut a afrontar reptes significatius. En la Comunitat Valenciana, aquestes condicions afecten principalment persones majors amb comorbiditats, dependència i problemes de mobilitat, la qual cosa en dificulta l'accés als centres d'atenció sanitària. A més, la càrrega social i emocional dels seus cuidadors requereix suport específic.

La necessitat creixent d'atenció pal·liativa en les etapes finals de la vida afegeix una dimensió crítica a aquest panorama. No obstant això, els sistemes de salut actuals estan dissenyats per a abordar principalment condicions agudes (curació), deixant de costat el maneig integral de la cronicitat (compte), l'atenció sociosanitària (ajuda) i l'alleujament en el final de la vida. [129, 142, 153, 154, 202]

Aquest context exigeix un canvi de paradigma en el sistema sanitari, que oriente els recursos cap a un enfocament proactiu, integral i centrat en les necessitats del pacient, i promoga l'equitat i la sostenibilitat.

Així, aquest programa pretén desenvolupar un model d'atenció al pacient crònic en la Comunitat Valenciana que ofereisca una atenció adaptada a les seues necessitats de salut, garantint qualitat, equitat i eficiència. El model presenta els següents principis:

- Centrat en el pacient i els seus cuidadors: Posant l'individu en el centre de la presa de decisions i les cures.
- Basat en evidència: Aplicació de pràctiques basades en la ciència i resultats comprovats.
- Personalitzat: Ajustament segons nivell de complexitat i necessitats individuals.
- Comunitari: Enfortiment del rol de l'atenció primària.
- Proactiu: Enfocament en la prevenció i la detecció precoç.
- Integrat: Coordinació entre atenció primària, hospitalària i sociosanitària.
- Avaluatiu: Ús d'indicadors clínics per a garantir una millora contínua.

Per a això es plantegen cinc punts clau:

1. Reorientació del sistema sanitari
 - Lideratge institucional: Promoció d'aliances entre sectors i compromís per a superar barreres organitzatives.
 - Segmentació de la població: Classificació segons nivells de complexitat utilitzant eines com els Clinical Risk Groups (CRG).
 - Continuitat assistencial: Coordinació entre hospitals, atenció primària i recursos sociosanitaris.
2. Model centrat en el pacient
 - Valoració integral: Avaluació biopsicosocial per a identificar necessitats.

⁸¹<https://catedradecronicidad.es/wp-content/uploads/2020/06/V.2792-2014.pdf>

Manual de l'assignatura

- Plans personalitzats d'atenció (PAI): Elaboració d'estratègies adaptades al context de cada pacient.
 - Participació activa: Empoderament del pacient i cuidadors en la presa de decisions.
3. Promoció de la salut i prevenció
 - Estils de vida saludables: Foment de la dieta equilibrada, l'exercici físic i el control de factors de risc.
 - Envelliment actiu: Desenvolupament de polítiques públiques que afavorisquen l'autonomia i el benestar.
 4. Gestió del coneixement
 - Formació professional: Capacitació contínua en el maneig de pacients crònics.
 - Investigació i innovació: Foment de pràctiques basades en evidència i noves tecnologies.
 5. Tecnologies d'informació
 - Integració de dades: Implementació de la història clínica digital i eines de suport per a decisions clíniques.
 - Sistemes d'estratificació: Ús de CRG per a categoritzar pacients i prioritzar intervencions.

El desplegament del model inclou:

- Equips multidisciplinaris: Integració de professionals de diferents àrees per a un enfocament col·laboratiu.
- Circuits assistencials: Creació de fluxos organitzats per a garantir continuïtat.
- Indicadors de qualitat: Seguiment de l'impacte de les intervencions.

I per això es plantegen com a projectes clau en l'estratègia:

- Hospital a domicili (HAD): Atenció integral a l'entorn del pacient, reduint ingressos hospitalaris innecessaris.
- VALCRONIC i GECHRONIC: Monitoratge remot i predicció de descompensacions mitjançant tecnologia avançada.
- REFAR: Revisió i racionalització de la polimedicació.

L'estratègia promou la col·laboració entre salut i benestar social per a abordar problemes com la dependència i l'atenció en residències assistides. Això inclou:

- Protocols conjunts: Ingrés i derivació entre recursos sanitaris i socials.
- Sistemes compatibles: Integració d'informació sanitària i social.

L'Estratègia per a l'Atenció a Pacients Crònics en la Comunitat Valenciana estableix un model d'atenció integral, sostenible i centrat en el pacient. A través de la reorganització del sistema, l'enfortiment de l'atenció primària, l'adopció de tecnologies innovadores i la promoció de la col·laboració intersectorial, aquest enfocament cerca garantir qualitat, equitat i sostenibilitat, i millorar significativament la qualitat de vida de les persones amb malalties cròniques.

Com hem vist, és necessària la classificació dels pacients amb la finalitat d'estratificar. La implementació d'un sistema d'estratificació, com el SCP-cv i el model de Kaiser Permanent, és

fonamental en el context de la cronicitat, ja que permet identificar els pacients amb major risc, assignar-los els recursos adequats i gestionar la seua atenció de manera proactiva. Els dos models tenen com a objectiu millorar la qualitat de vida dels pacients crònics, reduir hospitalitzacions innecessàries i maximitzar l'eficiència del sistema de salut, establint una atenció centrada en les necessitats individuals de cada pacient.

- Sistema de Classificació de Pacients de la Comunitat Valenciana (SCP-cv): El SCP-cv és una eina desenvolupada específicament per a la gestió de la població en la Comunitat Valenciana, amb l'objectiu de fer una estratificació eficient dels pacients. Aquest sistema classifica la població en grups que reflecteixen les seues característiques clíniques i el risc de deteriorament de la salut, de manera que permet als professionals de la salut assignar els recursos de manera més adequada segons la necessitat del pacient. L'estratificació en el SCP-cv no sols ajuda a prioritzar els pacients més vulnerables, sinó que també facilita la personalització dels plans d'atenció, promou l'eficàcia dels tractaments i redueix les hospitalitzacions innecessàries. Dins d'aquest model, cal destacar l'ús de l'agrupador Clinical Risk Groups (CRG): L'agrupador CRG és una eina clau dins del SCP-cv, usada per a classificar als pacients en categories basades en la morbiditat (presència de malalties) i el risc clínic. Aquest sistema està dissenyat per a reflectir de manera precisa l'estat de salut dels pacients, utilitzant dades clíniques, demogràfiques i d'ús dels serveis sanitaris. El CRG divideix la població en categories mútuament excloents, cosa que significa que cada pacient es troba en un grup determinat segons el grau de complexitat de la seua condició mèdica. Els pacients amb malalties cròniques greus o múltiples s'agrupen en categories d'alt risc, fet que permet implementar intervencions més intensives i un seguiment més pròxim. Aquest enfocament afavoreix una gestió proactiva i personalitzada dels pacients crònics, redueix el risc de complicacions i millora la seua qualitat de vida.
- Model poblacional de Kaiser Permanent: El model poblacional de Kaiser Permanent és un sistema que ha sigut utilitzat amb èxit en la gestió de malalties cròniques, especialment en grans poblacions. Aquest model es basa en la idea que un enfocament integrat i preventiu és fonamental per al maneig adequat dels pacients crònics. Se centra en un model d'atenció primària que involucra personal mèdic, d'infermeria i altres professionals de la salut, que treballen de manera conjunta per a gestionar les malalties al llarg del temps. En el model de Kaiser Permanent, l'estratificació dels pacients és essencial per a prioritzar els que tinguen un major risc de complicacions. A més, es fa un ús intensiu de la tecnologia per al monitoratge remot de pacients, la recopilació de dades i la presa de decisions clíniques informades. Aquesta gestió basada en el risc i la intervenció primerenca permet no sols millorar la salut dels pacients, sinó també optimitzar els recursos del sistema sanitari en centrar els esforços en qui més els necessita.

Tots dos models comparteixen el principi fonamental de l'estratificació poblacional per al maneig de malalties cròniques. Mentre que el SCP-cv s'enfoca en la classificació de pacients dins de la Comunitat Valenciana, el model de Kaiser Permanent ofereix un enfocament més global i flexible per a l'atenció de pacients crònics. Els dos sistemes, però, cerquen reduir la càrrega de malalties cròniques a través d'un maneig eficaç i personalitzat que millore la salut de la població i optimitze els recursos disponibles.

Model d'atenció integrada de casos complexos en la Comunitat Valenciana⁸²

L'atenció integrada de casos complexos constitueix una estratègia fonamental per a abordar les necessitats dels pacients que presenten múltiples condicions cròniques i/o factors de vulnerabilitat en el context de l'atenció sanitària pública. En la Comunitat Valenciana, aquest enfocament cerca millorar la qualitat de la cura, reduir la fragmentació en els serveis de salut i optimitzar els recursos disponibles per a oferir una atenció més eficient i centrada en el pacient. Aquest model està orientat a promoure una atenció contínua i coordinada entre els diferents nivells assistencials i professionals involucrats en la cura del pacient, afavorir-ne el benestar i millorar els resultats de salut.

El model d'atenció integrada de casos complexos (AICC) en la Comunitat Valenciana està dissenyat per a oferir una atenció integral a aquells pacients que, a causa de les seues múltiples patologies, condicions cròniques o factors socials i psicològics, requereixen un seguiment especialitzat i coordinat. Aquest model es basa en la idea que els casos complexos no han de ser atesos de forma aïllada o fragmentada, sinó que han d'involucrar un equip multidisciplinari que treballa de manera coordinada per a oferir el millor tractament possible.

L'atenció integrada s'entén com un procés continu i personalitzat en què tots els aspectes de la salut de la persona són atesos de manera conjunta i coherent. Això inclou la prevenció, el diagnòstic, el tractament, el seguiment i la rehabilitació, considerant-ne tant els aspectes mèdics com socials, psicològics i emocionals. La clau d'aquest model radica en la coordinació dels diferents professionals i serveis que intervenen en l'atenció dels pacients, per a garantir una transició fluida entre l'atenció primària, hospitalària i altres recursos comunitaris en funció de les necessitats individuals de cada pacient.

La necessitat d'implementar un model d'atenció integrada en la Comunitat Valenciana sorgeix davant la creixent prevalença de malalties cròniques i complexitat en els casos clínics. En les últimes dècades, la població ha experimentat un augment en l'esperança de vida, la qual cosa ha provocat una major càrrega de malalties cròniques, com la diabetis, la hipertensió, malalties cardiovasculars, malalties respiratòries i trastorns mentals, entre altres. Aquesta situació ha incrementat la demanda d'atenció sanitària i ha generat una sèrie de reptes tant en termes de qualitat de l'atenció com de sostenibilitat del sistema de salut.

A més, molts d'aquests pacients crònics solen presentar factors socials i econòmics que compliquen encara més la seua situació, com la pobresa, l'aïllament social, la falta de recursos educatius i l'escassa adherència als tractaments. En aquest context, és fonamental una estratègia que vaja més enllà del tractament de les malalties i promoga un enfocament holístic que també contemple les necessitats socials, emocionals i psicològiques dels pacients.

Un altre factor que impulsa la implementació de l'atenció integrada és la fragmentació de l'atenció sanitària. Tradicionalment, l'atenció als pacients amb casos complexos ha estat organitzada en compartiments estancs, amb serveis especialitzats en àrees concretes (cardiologia, endocrinologia, salut mental, etc.), la qual cosa genera una falta de coordinació entre els professionals i pot portar a

⁸²https://www.san.gva.es/documents/d/assistencia-sanitaria/proyecto_regional_integral_cv_es

situacions de duplicació de serveis, retards en l'atenció i desatenció d'aspectes crucials per a la salut del pacient.

El model d'atenció integrada de casos complexos en la Comunitat Valenciana es basa en diversos components clau que garanteixen una atenció eficaç i centrada en el pacient. Aquests components inclouen:

1. Coordinació multidisciplinària. La coordinació entre distints professionals de la salut (personal mèdic d'atenció primària i especialista, personal d'infermeria, de treball social, de psicologia, entre altres) és fonamental per a oferir un tractament integral i coherent. Cadascun d'aquests professionals aporta la seua visió i coneixement especialitzat, però l'èxit radica a treballar de manera conjunta per al disseny de plans d'atenció personalitzats. A més, la gestió de casos a través d'equips multidisciplinaris permet fer un seguiment més detallat i continu del pacient.
2. Estratificació de la població. L'estratificació de la població és una eina fonamental per a la implementació del model d'atenció integrada. Aquesta estratificació consisteix a classificar els pacients en diferents grups segons el risc i les necessitats d'atenció. D'aquesta manera, els pacients amb major complexitat i risc reben una atenció més intensiva i personalitzada, mentre que els pacients de menor risc poden ser atesos amb estratègies preventives i de seguiment més generals. En la Comunitat Valenciana s'usa el Sistema de Classificació de Pacients (SCP-cv) per a categoritzar els pacients i assignar els recursos de manera eficient.
3. Atenció continuada. El model d'atenció integrada es caracteritza per una atenció que transcendeix les fronteres del temps i els diferents nivells assistencials. Els pacients amb casos complexos no han de ser atesos de manera aïllada en el moment de la consulta, sinó que han de tenir un seguiment continu que garantisca l'evolució positiva de la seua salut. Aquest component implica la gestió de la transició entre l'atenció hospitalària i primària, una gestió que garantisca que els pacients siguen derivats de manera fluida i que les seues cures no es veguen interrompudes pel canvi d'un nivell assistencial a un altre.
4. Ús de tecnologia i sistemes d'informació. L'ús de la tecnologia és essencial per a la implementació efectiva de l'atenció integrada. L'ús de sistemes electrònics d'història clínica, plataformes de telemedicina i aplicacions mòbils permet la comunicació constant entre els diferents professionals, així com un seguiment remot dels pacients. La recopilació de dades a través d'aquests sistemes ajuda a detectar possibles complicacions a temps i a ajustar els tractaments de manera dinàmica.
5. Focalització en l'atenció centrada en el pacient. Un dels pilars del model d'atenció integrada és l'atenció centrada en el pacient. Aquest enfocament posa el pacient en el centre del procés d'atenció, reconeixent-ne les necessitats, preferències i valors. Implica oferir una atenció respectuosa i personalitzada que no sols tracte les malalties, sinó que també considere el context familiar, social i emocional del pacient.
6. Promoció de la salut i prevenció. El model no sols s'enfoca en el tractament de les malalties, sinó que també promou la prevenció i l'educació per a la salut. Això inclou la identificació primerenca dels factors de risc i la implementació d'intervencions preventives, com l'educació en hàbits saludables, el control de l'obesitat o la prevenció del tabaquisme, entre altres accions.

La implementació del model d'atenció integrada de casos complexos en la Comunitat Valenciana ofereix diversos avantatges tant per als pacients com per al sistema de salut en general. Entre els principals avantatges es troben:

- Millora de la qualitat de vida dels pacients, en rebre un seguiment integral i continu que aborda totes les seues necessitats.
- Reducció d'hospitalitzacions innecessàries en gestionar de manera més eficient les malalties cròniques i les seues complicacions, i evitant la descompensació de les condicions de salut.
- Optimització dels recursos del sistema de salut, en reduir la duplicació de proves i procediments i permetre una distribució més eficaç dels recursos.
- Millora en la satisfacció dels pacients, que perceben una atenció més personalitzada i adaptada a les seues necessitats.
- Millora en l'eficiència dels professionals de la salut, en treballar en equip i coordinar-se en les cures, fet que redueix el temps de treball repetitiu i millora els resultats.

Encara que el model d'atenció integrada de casos complexos ofereix nombrosos beneficis, també presenta diversos reptes. Entre els més importants s'inclouen:

- La resistència al canvi per part d'alguns professionals, que poden estar acostumats a treballar en compartiments estancs i no estar disposats a adoptar models de treball més col·laboratius.
- La falta de recursos, tant humans com financers, per a implementar de manera efectiva aquest model en tots els nivells del sistema de salut.
- La integració de les tecnologies, que requereix una infraestructura sòlida i la capacitat adequada dels professionals.
- La complexitat de la gestió de casos, que exigeix un nivell elevat de coordinació i planificació, i la capacitat per a gestionar pacients amb necessitats múltiples i diverses.

El model d'atenció integrada de casos complexos en la Comunitat Valenciana constitueix un enfocament innovador i necessari per a abordar les demandes creixents del sistema de salut, especialment en el context de malalties cròniques i la complexitat també creixent dels casos. A través de la coordinació multidisciplinària, l'estratificació poblacional, l'ús de tecnologia i l'atenció centrada en el pacient es busca millorar els resultats de salut, optimitzar els recursos i garantir una atenció contínua i de qualitat. No obstant això, una implementació exitosa depèn de la superació de diversos reptes, com la resistència al canvi i la necessitat de recursos, que hauran de ser abordats per a garantir que aquest model aconseguisca el màxim potencial en benefici dels pacients i del sistema sanitari en general.

Les infermeres gestores de casos complexos

Dins d'aquest model és fonamental el rol de les infermeres gestores de casos complexos. Les infermeres gestores de casos complexos (IGC)⁸³ són un equip departamental que treballa tant en atenció primària com a l'hospital [203]. Es divideixen en infermeres gestores de casos comunitaris (IGCC) i infermeres gestores de casos hospitalaris (IGCH), i actuen com a facilitadores en l'atenció a

⁸³ <https://doctorpeset.san.gva.es/ca/gestoras-de-casos>

pacients amb múltiples patologies, fragilitat i grans necessitats de coordinació i atenció. Aquest equip s'enfoca a persones que es troben en el vèrtex superior de la piràmide de la cronicitat i els seus cuidadors, i garanteix una atenció contínua i d'alta qualitat [204].

L'atenció dels casos complexos abasta tant el pacient com els seus cuidadors i entorn. Les IGCC i IGCH no són figures aïllades, sinó que formen part d'un model integrat. Una de les seues contribucions més importants és aglutinar l'acció de tots els agents implicats per a garantir una atenció personalitzada, integral, coordinada i contínua, responent ràpidament davant possibles canvis en la situació clínica i organitzant les transicions entre diferents ubicacions assistencials [205, 206].

Els casos complexos presenten característiques que combinen múltiples factors, com:

- Edat avançada, generalment ≥ 65 anys.
- Condicions cròniques avançades o necessitat d'atenció pal·liativa.
- Pluripatològics i polimedicats.
- Usuaris de tecnologia per a compensar funcions vitals.
- Dependència funcional, generalment domiciliaris.
- Requereixen l'administració de procediments complexos.
- Problemes cognitius, com deterioració o demència.
- Fragilitat en l'estructura de cuidadors.
- Presència de problemes socials afegits.
- Ús freqüent d'urgències i múltiples ingressos hospitalaris.
- Requereixen seguiment en consultes externes de diverses especialitats.

Les activitats i intervencions de les infermeres gestores de casos complexos inclouen:

1. Captació i identificació: Cerca activa de casos complexos per a la inclusió en el sistema d'atenció integral.
2. Valoració integral i personalitzada: Avaluació exhaustiva del pacient en funció de les seues condicions clíniques, socials i funcionals.
3. Identificació del cuidador: Provisió de suport i atenció tant al cuidador com a grups de cuidadors, enfortint el suport emocional i la capacitat.
4. Continuitat de cures: Planificació de l'alta hospitalària, assegurant la continuïtat de la cura en diferents nivells assistencials (UHD, HACLE).
5. Compartir informació: Establir una comunicació fluida amb equips de treball com el servei social, l'atenció primària, l'hospital i psicologia per a una atenció integral.
6. Enllaç: Servir com a nexa entre diferents nivells assistencials (hospital, centre de salut, OSM, residència, treball social, urgències, altres departaments).
7. Seguiment telefònic i/o presencial: Garantir el seguiment programat presencial i a distància (telefònic o telemàtic), controlant els símptomes i ajustant els tractaments segons siga necessari.
8. Consultoria: Brindar suport a infermeres dels equips d'atenció primària i de l'hospital en l'atenció de casos complexos i els seus cuidadors.
9. Gestió d'aliances i millora de circuits: Crear i millorar els circuits assistencials i informatius entre els recursos disponibles, establint xarxes de col·laboració que beneficien l'atenció integral dels casos complexos.

10. Gestió departamental: Constituir l'equip de gestió de casos del departament i participar en comitès i comissions per a assegurar una atenció organitzada i efectiva.
11. Gestió del coneixement: Crear, adquirir, difondre i normalitzar el coneixement d'infermeria en àrees específiques relacionades amb l'atenció de casos complexos i persones cuidadores. Això inclou la promoció de la pràctica basada en evidència i la reducció de la variabilitat assistencial a través de la protocol·lització.

El model d'atenció integra diferents nivells i actors del sistema sanitari i garanteix una atenció contínua i coordinada. Les infermeres gestores de casos complexos (IGCC i IGCH) són un element clau dins d'aquest marc, perquè contribueixen al desenvolupament d'una atenció centrada en el pacient i a l'enfortiment dels recursos disponibles per a millorar la qualitat i continuïtat de la cura. La integració de les tecnologies de la informació i la comunicació permet una major eficiència i control sobre els casos, ja que ofereix seguiment constant i personalitzat.

El model d'atenció de casos complexos i pal·liatius en la Comunitat Valenciana cerca respondre a les necessitats dels pacients crònics i millorar-ne la qualitat de vida. Les infermeres gestores de casos complexos (IGC) tenen un paper fonamental en coordinar les cures i contribuir al desenvolupament d'estratègies que afavoreixen una atenció integral i contínua. A través de la identificació primerenca, la intervenció multidisciplinària i l'ús de tecnologies i aliances, s'optimitzen els recursos i s'ofereix una atenció personalitzada, que busca reduir la fragmentació del sistema i millorar els resultats de salut dels pacients i els seus cuidadors.

UNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

Facultat d'Infermeria i Podologia

Capítol 18: La consulta d'infermeria

La consulta d'infermeria

La consulta d'infermeria en atenció primària es fonamenta legalment en l'Article 7.2.a de la Llei d'Ordenació de les Professions Sanitàries (LOPS)⁸⁴, que estableix: "Correspon als Diplomats Universitaris en Infermeria [actualment, Graduats] la direcció, avaluació i prestació de les cures d'infermeria orientats a la promoció, manteniment i recuperació de la salut, així com a la prevenció de malalties i discapacitats."

Aquesta disposició subratlla el paper crucial del personal d'infermeria com a professionals autònoms, responsables de proporcionar una atenció integral que inclou aspectes clínics, preventius i educatius. La consulta d'infermeria no es limita a tractar problemes de salut específics; el seu veritable valor radica a fomentar l'autonomia dels pacients, prevenir malalties i abordar les necessitats de salut des d'una perspectiva biopsicosocial.

La consulta d'infermeria en atenció primària constitueix un element essencial del sistema de salut per diverses raons clau:

1. **Integralitat en l'atenció:** En aquest espai s'abasten tots els aspectes relacionats amb la cura: la promoció de la salut, la prevenció de malalties, l'assistència en la recuperació i el suport en situacions cròniques o terminals.
2. **Accessibilitat i continuïtat:** La consulta d'infermeria és una porta d'entrada fàcil i pròxima per als pacients. L'enfocament longitudinal permet la construcció de relacions de confiança, la qual cosa contribueix a una atenció més efectiva i humanitzada.
3. **Humanització de les cures:** La infermeria valora el pacient com un tot, incloent-hi dimensions físiques, psicològiques, emocionals i socials. Aquest enfocament integral no sols millora la qualitat de vida, sinó que també redueix la càrrega del sistema sanitari en prevenir complicacions i hospitalitzacions innecessàries.
4. **Educació i empoderament:** El personal d'infermeria exerceix un rol central a educar els pacients sobre la seua salut i fomentar canvis positius i sostenibles en els seus estils de vida.

En els últims anys, la pràctica infermera ha experimentat transformacions significatives a Espanya, especialment en atenció primària i comunitària. Això és degut a:

1. **Desenvolupament acadèmic i professional:** La formació universitària de Grau i les especialitats en Infermeria han elevat el nivell tècnic i científic, que al seu torn ha permès un major protagonisme en l'atenció primària.
2. **Incorporació de metodologies estandarditzades:** L'ús de taxonomies internacionals com NANDA (diagnòstics infermers), NIC (intervencions d'infermeria) i NOC (resultats d'infermeria) permet planificar, executar i avaluar cures de manera sistemàtica i efectiva. Aquestes eines, combinades amb models com els patrons funcionals de salut de Gordon, han optimitzat la valoració integral de les necessitats de cura.

⁸⁴Llei 44/2003, del 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries. BOE núm. 280, de 22/11/2003. Disponible a: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>

3. Mesurament de resultats: Els diagnòstics infermers i els seus indicadors associats faciliten l'avaluació de l'impacte real de les intervencions d'infermeria i demostren l'efectivitat del sistema sanitari.

Funcions i responsabilitats del personal infermer en consulta

El personal d'infermeria en atenció primària exerceix un conjunt ampli de responsabilitats centrades en el pacient, la família i la comunitat. Entre elles destaquen:

1. Promoció de la salut: Orientar les persones cap a l'autocura i l'adopció d'hàbits saludables, augmentant la seua responsabilitat en el maneig de la seua pròpia salut.
2. Prevenció de malalties: Identificar factors de risc i planificar intervencions per a evitar el desenvolupament o la complicació de malalties.
 - Manteniment i recuperació de la salut: Oferir cures directes per a tractar problemes específics, supervisar l'adherència a tractaments i prevenir recaigudes, tant amb el suport a l'autocura facilitant eines i estratègies perquè el pacient manege de manera autònoma la seua malaltia o condició, com ajudant a superar limitacions temporals o permanents en l'autocura, i complementant aquestes accions quan siga necessari.
3. Atenció a persones dependents: Proporcionar cures directes a persones en situació de dependència i guiar els seus cuidadors en l'aprenentatge de tècniques segures i eficaces.
4. Supervisió i seguretat: Assegurar que les accions de cura siguen realitzades correctament, garantint la seguretat del pacient.
5. Acompanyament: Ser presents de manera activa i empàtica durant processos crítics, com malalties terminals, cures pal·liatives o l'acompanyament al final de la vida.

La consulta d'infermeria segueix un enfocament estructurat basat en el procés d'atenció d'infermeria (PAI), que inclou les següents etapes:

1. Valoració: Recopilar informació exhaustiva sobre l'estat de salut del pacient, utilitzant instruments validats i tècniques d'observació, entrevista i exploració física.
2. Diagnòstic infermer: Identificar problemes de salut reals o potencials mitjançant eines estandarditzades com la NANDA.
3. Planificació: Establir objectius de salut específics i dissenyar un pla de cures individualitzat basat en intervencions NIC i resultats esperats NOC.
4. Execució: Implementar les intervencions planificades, des d'educació sanitària fins a tècniques d'infermeria.
5. Avaluació: Mesurar els resultats obtinguts i ajustar el pla de cures segons les necessitats del pacient.

L'autonomia és un component fonamental de l'exercici infermer, especialment en la consulta d'atenció primària. La capacitat per a prendre decisions independents i liderar la cura integral permet al personal infermer:

- Actuar amb eficàcia en la prevenció i el tractament de problemes de salut.
- Reduir la càrrega del sistema sanitari en prevenir complicacions.
- Fomentar l'equitat en l'accés a l'atenció.

La consulta d'infermeria en atenció primària és molt més que un espai per a resoldre problemes de salut puntuals: representa un eix transformador dins del sistema sanitari. Sustentada per un marc legal sòlid i metodologies científiques avançades, la infermeria en aquest àmbit s'erigeix com un agent de canvi que promou la salut, prevé malalties i empodera els pacients [203, 205-210].

En comprendre la importància de la seua autonomia i responsabilitat, el personal d'infermeria no sols contribueix a la millora de la qualitat de vida dels individus, sinó també a l'enfortiment i sostenibilitat del sistema sanitari en conjunt.

Les consultes d'infermeria en atenció primària tenen les següents característiques principals:

1. Integralitat: S'aborden aspectes preventius, educatius, terapèutics i rehabilitadors.
2. Continuitat: El professional es converteix en un referent per al pacient al llarg del temps, la qual cosa fomenta una relació de confiança.
3. Accessibilitat: La disponibilitat en els centres de salut permet un accés ràpid i directe per als pacients.
4. Enfocament personalitzat: Cada consulta s'adapta a les necessitats específiques del pacient, considerant el seu context social i cultural.
5. Interdisciplinarietat: Es treballa en col·laboració amb altres professionals de l'equip d'atenció primària, com metges, treballadors socials i psicòlegs.

En atenció primària, les consultes d'infermeria poden classificar-se segons el propòsit i la forma en què s'organitzen [207, 208]:

1. Consulta a demanda: Es realitza a petició del pacient, generalment per a resoldre problemes aguts, realitzar curacions, administrar medicaments o respondre a dubtes específics.
2. Consulta programada: Es planifica amb antelació i sol estar dirigida a activitats preventives i de seguiment, com:
 - Control de malalties cròniques (diabetis, hipertensió, dislipèmia).
 - Revisions pediàtriques o del nounat.
 - Control de l'embaràs en col·laboració amb matrones.
 - Revisions de salut en adults majors.
 - Activitats d'educació per a la salut.
3. Consulta urgent: S'atenen casos que requereixen intervenció immediata, com ferides, cremades o descompensacions agudes.
4. Consulta domiciliària assistencial: Dirigida a pacients amb mobilitat reduïda o dependents, on el professional es desplaça a la llar del pacient per a brindar atenció.
5. Consulta grupal: Espais educatius o terapèutics on s'aborden temes comuns entre diversos pacients, com tallers d'alimentació saludable, maneig de l'estrès o cessació tabàquica.

Així, les funcions del personal d'infermeria en aquest àmbit són variades i abasten:

- Assistencial: Realització de tècniques i procediments, com cures, injeccions, control de constants vitals i seguiment de malalties cròniques, així com valoracions de salut (pediàtrica, adulta, geriàtrica).
- Educativa: Promoció d'hàbits saludables a través de l'educació sanitària, tant individual com grupal, juntament amb educació per a l'autocura en pacients amb malalties cròniques i el desenvolupament de programes de salut pública, com tallers d'alimentació, exercici i cessació tabàquica.

1. Preventiva: Detecció precoç de factors de risc i vacunació.
2. Investigadora: Generació de coneixement a través de la investigació per a millorar la pràctica clínica.
3. Gestora: Organització i coordinació de recursos per a garantir una atenció eficient.

Prescripció infermera en la consulta d'atenció primària

En els sistemes de salut moderns, el personal d'infermeria exerceix un paper fonamental no sols en la prestació de cures, sinó també en l'optimització dels processos assistencials, inclosa la indicació i l'ús de medicaments. En el marc de la seua creixent autonomia professional, la prescripció infermera, entesa com la capacitat per a indicar, usar i autoritzar la dispensació de medicaments subjectes a prescripció mèdica, s'ha consolidat com una eina clau per a millorar l'eficiència i accessibilitat en l'atenció sanitària. La prescripció infermera està regulada per lleis i normatives específiques que varien entre països. A Espanya, el Reial decret 954/2015, que regula la indicació, ús i autorització de dispensació de medicaments i productes sanitaris per part del personal d'infermeria, estableix que:

1. Requisits per a exercir la prescripció infermera:
 - Posseir el títol oficial de Graduat/da en Infermeria o equivalent.
 - Haver adquirit formació addicional acreditada per a la prescripció, en cas de medicaments subjectes a prescripció mèdica.
2. Medicaments i productes sanitaris inclosos:
 - Sense recepta mèdica: El personal infermer pot indicar i autoritzar la dispensació de medicaments no subjectes a prescripció mèdica de manera autònoma.
 - Amb recepta mèdica: En situacions específiques, i sota protocols o guies clíniques aprovades, el personal infermer pot indicar i autoritzar la dispensació de medicaments subjectes a prescripció mèdica.
3. Autorització:

L'autorització de dispensació implica la responsabilitat del professional en la validació i justificació de l'ús del medicament indicat, sempre en el marc de la seua competència.

El desenvolupament de la prescripció infermera persegueix diversos objectius estratègics en el sistema sanitari:

1. Millorar l'accessibilitat: Facilitar l'atenció immediata i directa, especialment en situacions en què la intervenció infermera pot resoldre problemes comuns de salut.
2. Reduir la càrrega assistencial: En permetre al personal infermer gestionar directament certs tractaments, s'alleuja la pressió sobre altres professionals, com metges d'atenció primària i especialistes.
3. Incrementar l'eficiència: S'agilitzen processos en situacions com el control de malalties cròniques, l'administració de vacunes o el maneig de ferides complexes.
4. Promoure l'autocura: La prescripció infermera, acompanyada d'educació sanitària, fomenta que els pacients gestionen millor la salut pròpia.

La capacitat del personal infermer per a indicar, usar i autoritzar medicaments abasta diferents àrees d'intervenció: en atenció primària, destaquen les indicacions relacionades amb malalties cròniques com diabetis, hipertensió i dislipèmies, la vacunació i administració de profilaxi i el tractament de ferides, entre altres.

Quan es tracta de medicaments que requereixen recepta mèdica, el personal infermer ha de complir uns protocols i directrius específics. Així, les guies per a la indicació, ús i autorització de dispensació de medicaments subjectes a prescripció mèdica per als professionals de la infermeria⁸⁵ constitueixen eines fonamentals per a ajudar la pràctica professional en diverses àrees d'atenció sanitària.

Les guies elaborades pel Ministeri de Sanitat són eines essencials que permeten al personal infermer exercir les seues competències en el maneig de medicaments subjectes a prescripció mèdica de manera segura i efectiva. Aquestes guies estan dissenyades per a millorar la qualitat assistencial i fomentar un abordament col·laboratiu i integral de les necessitats del pacient, i incorporen evidència científica actualitzada. Cada guia aborda situacions clíniques específiques, com infeccions, control de malalties cròniques, maneig del dolor, cures en ferides i cremades, entre altres, sempre amb un enfocament centrat en el pacient. Les guies no sols promouen l'autonomia professional del personal d'infermeria, sinó que també asseguren la qualitat i seguretat en l'atenció al pacient. Implementar-les és clau per a enfortir la pràctica infermera, millorar l'accessibilitat a tractaments i optimitzar els recursos sanitaris en benefici del sistema de salut i dels usuaris.

Taula 10. Guies de prescripció publicades a data de novembre de 2024

Guia	Resolució	Enllaç PDF
Infecció de tracte urinari inferior no complicada en dones adultes	9 d'agost de 2024	Ministeri de Sanitat
Deshabitució tabàquica	22 de març de 2024	Ministeri de Sanitat
Procediments diagnòstics o terapèutics que requereixen l'ús d'anestèsics locals	22 de març de 2024	Ministeri de Sanitat
Febre	26 d'octubre de 2023	Ministeri de Sanitat
Anticoagulació oral	13 de juny de 2023	Ministeri de Sanitat
Ostomies	22 de desembre de 2022	Ministeri de Sanitat
Cremades	8 de juliol de 2022	Ministeri de Sanitat
Hipertensió i Diabetis mellitus tipus 1 i 2	30 de juny de 2022	Ministeri de Sanitat
Ferides	20 d'octubre de 2020	Ministeri de Sanitat

⁸⁵<https://www.sanidad.gob.es/areas/farmacia/publicaciones/guiaUA/home.htm>

La implementació de la prescripció infermera aporta múltiples beneficis tant per als pacients com per al sistema de salut:

1. Per als pacients:
 - Major rapidesa en l'accés a tractaments.
 - Atenció més pròxima i personalitzada.
 - Continuitat assistencial més fluida.
2. Per al sistema sanitari:
 - Reducció de temps d'espera.
 - Optimització de recursos humans i econòmics.
 - Disminució d'errors en l'administració de medicaments.
3. Per al personal d'infermeria:
 - Increment de l'autonomia professional.
 - Reconeixement del rol estratègic en el sistema sanitari.

Malgrat els avenços, la prescripció infermera s'enfronta a uns certs reptes:

1. Desigualtat en la implementació: En alguns contextos, la normativa i els protocols encara no estan plenament desenvolupats o aplicats, la qual cosa genera desigualtat en la pràctica.
2. Formació contínua: És imprescindible garantir que tota la plantilla d'infermeria tinga accés a programes de formació que l'habilite per a exercir aquesta competència amb seguretat.
3. Canvi cultural: Encara que la prescripció infermera està reconeguda legalment, encara hi ha la necessitat de consolidar la confiança en aquesta pràctica entre pacients i altres professionals sanitaris.
4. Actualització de protocols: L'evolució de la ciència i la pràctica clínica exigeix la revisió constant de guies i protocols per a adaptar-los a noves evidències.

D'altra banda, la "Guia en processos aguts: Intervenció infermera"⁸⁶ aborda l'atenció d'urgències en l'àmbit de la infermeria d'atenció primària, proporcionant eines per a l'avaluació i tractament de diverses afeccions agudes. Té per objectiu garantir una atenció eficaç, accessible i basada en protocols d'actuació clars i estandarditzats. L'atenció en infermeria es basa en un enfocament accessible, integral, continu i col·laboratiu. L'estructura organitzativa es divideix en tres nivells: l'equip de consulta, conformat per metge i infermer, els equips d'una mateixa categoria professional i el conjunt del centre sanitari. Aquest model facilita una millor coordinació i distribució de la càrrega assistencial.

El lideratge dins de l'equip d'infermeria es distingeix en dos nivells: formal i informal. El lideratge formal recau en el coordinador d'infermeria, mentre que el lideratge informal és exercit per professionals amb influència en la dinàmica de l'equip. Es promou un lideratge participatiu i integrador

⁸⁶ Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria Proyecto Regional Integral (PRI) 2022/2023. Generalitat Valenciana. Disponible en: <https://www.san.gva.es/es/web/assistencia-sanitaria/pla-d-accio-cv-pri->

basat en la comunicació efectiva i la confiança interprofessional, fet que enforteix la presa de decisions compartida.

S'implementen models organitzatius que afavoreixen l'autogestió dels equips, la qual cosa permet una resposta més àgil i eficient davant la demanda d'urgències. Aquests models cerquen millorar la presa de decisions i optimitzar els recursos disponibles per a oferir una atenció de qualitat en el menor temps possible.

La guia inclou protocols d'actuació per a diverses afeccions agudes, els quals assegurin una intervenció estandarditzada i efectiva:

- Aftes orals. L'objectiu és alleujar el dolor i prevenir infeccions secundàries. Procediment: Es recomana mantenir una higiene bucal adequada, realitzar esbandides amb solucions antisèptiques i, si cal, aplicar corticoides tòpics per a reduir la inflamació.
- Cremades. Objectiu: Afavorir la cicatrització i evitar infeccions. Procediment: Es classifica la cremada segons el grau i extensió. S'indica refredament immediat amb aigua temperada, aplicació d'apòsits estèrils i, en casos greus, derivació a un centre especialitzat.
- Diarrea. Objectiu: Prevenir la deshidratació i controlar-ne els símptomes. Procediment: S'avalua la gravetat, es recomana rehidratació oral amb sals i una dieta progressiva. En alguns casos s'indica tractament farmacològic.
- Hipertensió arterial. Objectiu: Controlar la pressió arterial i evitar complicacions cardiovasculars. Procediment: Es realitza un mesurament correcte, s'aconsellen canvis en l'estil de vida i, si cal, s'indica tractament farmacològic i seguiment mèdic.
- Epistaxi (sagnat nasal). Objectiu: Aturar el sagnat i prevenir recurrències. Procediment: Es recomana compressió digital, inclinació cap avant i, en casos persistents, aplicació d'agents hemostàtics o taponament nasal.
- Mal de gola. Objectiu: Identificar-ne la causa i alleujar-ne els símptomes. Procediment: S'inspecciona la gola, es valora la presència de febre i s'indica tractament amb antiinflamatoris o antibiòtics si hi ha infecció bacteriana.
- Ferides i lesions a la pell. Objectiu: Promoure una cicatrització adequada i evitar infeccions. Procediment: Es neteja la ferida amb solució salina, es desinfecta i s'aplica un apòsit adequat. En alguns casos es requereix sutura o derivació.
- Trastorns de parpelles i oculars. Objectiu: Preservar la salut ocular i prevenir complicacions. Procediment: Es valora l'estat de l'ull, s'administra lubricació ocular o antibiòtics en cas d'infecció i es deriva a oftalmologia si és necessari.
- Símptomes respiratoris. Objectiu: Identificar signes d'alarma i millorar la funció respiratòria. Procediment: S'avalua la saturació d'oxigen, s'indica hidratació, broncodilatadors o antibiòtics segons el diagnòstic i es deriva en casos greus.
- Traumatismes. Objectiu: Prevenir seqüeles i reduir el dolor. Procediment: S'immobilitza la zona afectada, es controla el dolor amb analgèsia i, si hi ha signes de fractura o lesió greus, es deriva al servei d'urgències.
- Tap de cerumen. Objectiu: Restaurar l'audició i prevenir complicacions. Procediment: Es valora l'obstrucció, es recomana reblaniment amb gotes òtiques i, si cal, es realitza irrigació amb solució salina o extracció manual.

Amb aquests protocols, la guia proporciona un marc de referència clar i efectiu per a la intervenció infermera en processos aguts dins de l'àmbit d'atenció primària.

Motivació i tècniques motivacionals per al canvi de conductes

La motivació és un element central en la promoció del canvi de comportament, especialment en l'àmbit de l'atenció primària. Perquè el pacient modifiqui hàbits o adopte noves conductes saludables, cal fomentar el seu interès i compromís amb el procés de canvi. La consulta d'infermeria es converteix en un espai idoni per a treballar la motivació, gràcies a la proximitat i l'enfocament personalitzat que ofereixen els professionals d'infermeria.

El canvi de conducta és un procés complex que es pot entendre i abordar millor a través de diferents teories i models psicològics. Aquestes teories proporcionen un marc per a dissenyar estratègies d'intervenció efectives en àrees com la salut, l'educació i el benestar. Entre les teories i models destaquen:

1. Model transteòric de canvi (Prochaska i DiClemente, 1983). Aquest model descriu el canvi de conducta com un procés dinàmic que ocorre en etapes successives. És àmpliament usat en la promoció de la salut i en la intervenció en conductes com el tabaquisme, el sedentarisme o l'adherència a tractaments mèdics. S'estableix una sèrie d'etapes del canvi:

1. Precontemplació:
 - L'individu no considera canviar la conducta en el futur pròxim (6 mesos).
 - Estratègia: Augmentar la consciència sobre els riscos i beneficis del canvi.
2. Contemplació:
 - La persona comença a considerar el canvi, però encara no està compromesa.
 - Estratègia: Treballar per a resoldre l'ambivalència, explorant pros i contres.
3. Preparació:
 - S'han pres decisions concretes per a canviar en un futur pròxim (1 mes).
 - Estratègia: Establir metes clares i dissenyar un pla d'acció.
4. Acció:
 - El canvi de conducta ja s'està implementant activament.
 - Estratègia: Reforçar el compromís i proporcionar suport continu.
5. Manteniment:
 - La conducta desitjada s'ha mantingut almenys 6 mesos.
 - Estratègia: Identificar possibles desencadenants de recaigudes i reforçar els assoliments.
6. Recaiguda (opcional):
 - En alguns casos es pot retornar a conductes anteriors, cosa que forma part del procés.
 - Estratègia: Evitar la culpa i replantejar el compromís amb el canvi.

2. Teoria de l'aprenentatge social (Albert Bandura, 1977). Aquesta teoria emfatitza el paper de l'autoeficàcia (la creença en la capacitat de realitzar una acció) i l'aprenentatge a través de l'observació. Presenta aspectes clau com el modelament (les persones aprenen veient el comportament dels altres i les seues conseqüències), l'autoeficàcia (com més confiança en la capacitat personal, més probabilitat d'èxit en el canvi de conducta) i el reforçament (els incentius i les recompenses enforteixen la conducta desitjada). En la consulta d'infermeria es pot usar aquesta teoria per a fomentar el canvi, mostrant exemples de persones que han aconseguit l'objectiu i reforçant les creences del pacient sobre la seua capacitat per a canviar.

3. Teoria de la conducta planificada (Ajzen, 1985). Aquesta teoria es basa en la relació entre intencions i conductes, i destaca tres factors que influeixen en les intencions: actituds cap al comportament (percepcions sobre els resultats esperats i la seua valoració), normes subjectives (influència de les creences i expectatives socials) i el control percebut (grau en què la persona percep que té el control sobre el canvi). El model ajuda a identificar barreres i facilitadors en el procés de canvi, i permet dissenyar intervencions específiques per a cada pacient.

4. Model de creences de salut (Rosenstock, 1974). Aquest model se centra en els factors que motiven les persones a adoptar conductes saludables: percepció de susceptibilitat, percepció de gravetat, beneficis percebuts, barreres, estímuls per al canvi i autoeficàcia. És útil per a dissenyar campanyes educatives i motivacionals que ajuden els pacients a comprendre la importància de prevenir riscos i a superar obstacles.

5. Model d'autodeterminació (Deci i Ryan, 1985). Aquest model ressalta la importància de la motivació intrínseca per al canvi. Les persones estan més motivades quan senten que tenen control sobre la seua conducta (autonomia), poden fer el canvi (competència) i se senten connectades amb altres persones que donen suport al canvi (relació). En la consulta d'infermeria, es pot reforçar la motivació intrínseca ajudant el pacient a identificar com els canvis s'alineen amb els seus valors i metes personals.

El personal d'infermeria empra diverses tècniques basades en principis psicològics i comunicatius per a incrementar la motivació del pacient:

1. Reforç positiu. Reconèixer i celebrar els assoliments, per petits que siguin, per a reforçar la percepció d'autoeficàcia del pacient.
2. Establiment de metes realistes. Dividir l'objectiu principal en metes assolibles a curt termini que siguin específiques, mesurables, assolibles, rellevants i amb límit de temps (SMART).
3. Ús de models de canvi. Aplicar teories com el model transteòric de canvi per a identificar l'etapa en la qual es troba el pacient (precontemplació, contemplació, preparació, acció, manteniment).
4. Educació personalitzada. Brindar informació adaptada al nivell de coneixement, habilitats i context cultural del pacient.
5. Foment de l'autonomia. Reforçar la capacitat del pacient per a prendre decisions sobre la seua salut, brindant suport i eines, però respectant-ne la llibertat d'elecció.
6. Visualització de beneficis a llarg termini. Ajudar el pacient a imaginar com la seua vida millorarà si aconsegueix el canvi desitjat.

Estratègia	Exemple	Impacte
Reforç positiu	Si un pacient fumador redueix la quantitat de cigarrets diaris, el professional el felicita pel seu esforç.	Augmenta l'autoestima i la confiança del pacient per a continuar amb el canvi.
Establiment de metes realistes	En compte de dir "perd pes", establir com a meta caminar 30 minuts tres vegades per setmana.	Manté el pacient motivat en experimentar èxits immediats que l'acosten l'objectiu final.

Manual de l'assignatura

Ús de models de canvi	Un pacient en l'etapa de contemplació pot explorar els avantatges de canviar un hàbit; en preparació, necessita estratègies concretes.	Permet personalitzar les intervencions d'acord amb el nivell de disposició del pacient.
Educació personalitzada	Explicar a un pacient hipertens els beneficis de reduir el consum de sal usant termes clars i rellevants per a la seua vida diària.	Facilita la comprensió i l'adopció de mesures pràctiques pel pacient.
Foment de l'autonomia	Preguntar: "Quins passos et sents llest per a fer en aquest moment?" en compte d'imposar canvis.	Millora el compromís del pacient en sentir-se protagonista del procés.
Visualització de beneficis a llarg termini	"Imagina't poder jugar amb els nets sense cansar-te tant; reduir el colesterol ho pot fer possible."	Reforça el desig intrínsec del pacient de millorar la seua qualitat de vida.

A més de les estratègies esmentades, és fonamental que el personal d'infermeria combine tècniques motivacionals amb un enfocament integral. Això inclou identificar barreres externes i internes, treballar en la construcció de confiança i emprar eines com la entrevista motivacional [211], que fomenta el diàleg col·laboratiu.

La motivació en la consulta d'infermeria no sols potencia l'adherència a tractaments, sinó que també millora la relació entre professional i pacient, en crear un entorn de confiança i respecte. Mitjançant l'ús d'estratègies específiques, el personal infermer pot influir positivament en els comportaments de salut del pacient i contribuir a l'èxit del procés terapèutic i a la prevenció de malalties a llarg termini.

Facultat d'Infermeria i Podologia

L'entrevista motivacional en la consulta d'infermeria

L'entrevista motivacional és una eina clau en la consulta d'infermeria, ja que permet abordar conductes relacionades amb el tabaquisme, l'alimentació, el sedentarisme i l'adherència al tractament de manera efectiva i personalitzada. L'enfocament respectuós i empàtic no sols potencia el canvi, sinó que també enforteix el vincle terapèutic i, per tant, millora l'experiència del pacient i els resultats de salut a llarg termini.

L'entrevista motivacional és una tècnica de comunicació centrada en el pacient que cerca augmentar-ne la motivació intrínseca per al canvi d'hàbits mitjançant l'exploració dels seus valors, preocupacions i ambivalències. Es basa en un estil col·laboratiu, no confrontatiu, que respecta l'autonomia del pacient (es respecta la capacitat del pacient per a prendre decisions sobre la seua pròpia vida) i usa l'empatia com a eina principal del professional per a fomentar el diàleg, adoptant una actitud comprensiva, sense jutjar el pacient, i realitzant una exploració d'ambivalències en la qual es treballa a identificar els pros i contres que el pacient percep en relació amb el canvi.

Té com a objectius:

- Promoure el canvi de conducta: Ajudar el pacient a identificar i superar barreres internes per a modificar hàbits perjudicials per a la seua salut.

- Augmentar l'adherència a tractaments: Enfortir la motivació per a seguir recomanacions mèdiques i terapèutiques.
- Identificar i resoldre ambivalències: Explorar els sentiments oposats del pacient respecte al canvi.
- Empoderar el pacient: Desenvolupar la seua confiança i habilitats per a prendre decisions que milloren la seua salut.

L'entrevista motivacional segueix principis i estratègies específics, que inclouen:

1. Establiment d'una relació terapèutica:
 - Usar una comunicació empàtica i respectuosa.
 - Escoltar activament, reflectint les preocupacions i emocions del pacient.
 2. Exploració de l'ambivalència:
 - Ajudar el pacient a identificar els avantatges i desavantatges del seu comportament actual enfront del canvi desitjat.
 - Facilitar el descobriment dels seus propis motius per al canvi.
 3. Reforç de l'autonomia:
 - Evitar imposar judicis o solucions.
 - Reforçar la idea que el canvi depèn del pacient.
 4. Estratègies específiques:
 - Preguntes obertes: Fomentar respostes elaborades que conviden a la reflexió.
 - Reflexos: Parafrasejar les paraules del pacient per a demostrar comprensió i facilitar l'anàlisi.
 - Afirmacions: Reconèixer els esforços i assoliments del pacient.
 - Resums: Recapitular la conversa per a emfatitzar punts clau i preparar la transició cap a l'acció.
- Humanització de la cura: Se centra en el pacient com un individu únic amb necessitats i experiències pròpies.
 - Major efectivitat en el canvi de conductes: Es basa en els valors i motivacions del pacient, cosa que fa el canvi més sostenible.
 - Prevenció de recaigudes: Ajuda el pacient a anticipar i superar obstacles potencials.
 - Millora de la relació professional-pacient: Fomenta una comunicació oberta i col·laborativa.+

L'entrevista motivacional en la consulta d'infermeria permet personalitzar l'enfocament segons les necessitats i metes del pacient [203, 205-211]. A través de preguntes obertes, reflexions i afirmacions, el professional d'infermeria pot explorar barreres, ambivalències i motivacions intrínseques, i aconseguir així que el canvi d'hàbits siga significatiu i sostenible. Com es veuen en els exemples de la taula, cada situació requereix empatia, escolta activa i estratègies adaptades, com connectar el canvi amb valors personals o ressaltar beneficis tangibles. En implementar aquestes eines, el professional no sols fomenta el canvi conductual, sinó que també enforteix l'autonomia i el compromís del pacient amb la seua salut.

Manual de l'assignatura

Exemples pràctics de l'entrevista motivacional en infermeria

Àmbit	Pregunta o reflexió	Estratègia usada
Maneig del tabaquisme	"Quins canvis positius notaries en la vida si deixares de fumar?"	Explorar els beneficis percebuts i resoldre l'ambivalència.
Promoció de l'activitat física	"Entenc que després d'un dia de treball és difícil trobar energia per a fer exercici, però has esmentat que vols sentir-te més actiu."	Vincular els desitjos personals del pacient amb l'activitat física.
Adherència al tractament	"Què és el que més et preocupa sobre prendre aquest medicament cada dia?"	Identificar barreres i reforçar la importància del tractament.
Alimentació saludable	"Si inclogueres més fruites i verdures en la dieta, com creus que afectaria la teua energia diària?"	Enfocar la conversa en els beneficis immediats i tangibles del canvi.
Control de l'estrès	"Sembla que el teu estrès diari t'afecta molt. Quines activitats t'han ajudat a relaxar-te en el passat?"	Identificar recursos previs del pacient i plantejar estratègies viables per a gestionar l'estrès.
Consum d'alcohol	"Quins canvis en la salut podries notar si decideixes reduir el consum d'alcohol?"	Ajudar el pacient a visualitzar millores físiques i emocionals associades al canvi.
Millora del son	"Has esmentat que et costa dormir a les nits. Què creus que podries fer per a millorar la rutina abans de ficar-te al llit?"	Facilitar la creació d'un pla personalitzat per a adoptar hàbits de somni saludables.
Control de pes	"Quins beneficis et motivarien a mantenir un pes més saludable?"	Identificar metes personals que siguin significatives per al pacient i que fomenten l'adherència al canvi.
Sedentarisme en persones majors	"Sé que no és fàcil començar una nova rutina, però quina activitat t'agrada que podríem incorporar en el teu dia?"	Dissenyar activitats adaptades i agradables que fomenten el moviment gradual.

LA PROMOCIÓ DE LA SALUT: ESTRATÈGIES D'ACCIÓ

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA 

Facultat d'Infermeria i Podologia

Capítol 19: Promoció de la salut

Concepte de promoció de la salut (PS)

Els pilars d'un enfocament integral en la promoció de la salut [212], orientat no sols a la prevenció de malalties, sinó també a l'empoderament de les persones i de les comunitats per a una vida saludable i el desenvolupament d'entorns que faciliten el benestar de tota la societat, han de tenir en compte una sèrie de definicions que venen donades en el Glossari de Promoció de la Salut de l'OMS⁸⁷:

- **Prevenció de la malaltia:** Conjunt de mesures orientades a disminuir el risc d'aparició de malalties o afeccions en la població. Això inclou accions preventives individuals i col·lectives, com la vacunació, el diagnòstic primerenc i la promoció d'estils de vida saludables.
- **Advocacia per la salut:** Impuls d'accions individuals i socials que cerquen el compromís polític, el suport a polítiques de salut, l'acceptació social i el suport de sistemes de salut per a aconseguir objectius específics o implementar programes de salut.
- **Equitat en salut:** Assegurar que totes les persones, sense que importen la seua posició social o condicionants socials, tinguen l'oportunitat d'aconseguir el seu màxim nivell de salut.
- **Aliança per a la salut:** Col·laboració entre entitats compromeses amb millorar les condicions de salut en països en vies de desenvolupament mitjançant projectes conjunts i recursos compartits.
- **Alfabetització en salut [213]:** Conjunt d'habilitats socials i cognitives que determinen el nivell de motivació i la capacitat de les persones per a accedir, comprendre i utilitzar informació de salut de manera que els permeta promoure i mantenir un bon estat de salut.
- **Guany en salut:** Indicador dels avenços en els resultats de salut. Permet avaluar l'efectivitat d'una intervenció sanitària en comparació amb una altra, identificant quina genera una major millora en la salut de la població.

Al costat d'això, la Llei 10/2014 de Salut de la Comunitat Valenciana⁸⁸ inclou definicions addicionals d'importància en l'àmbit de la salut pública:

- **Salut pública:** Conjunt d'activitats organitzades per les administracions públiques, amb la participació activa de la societat, per a prevenir malalties i promoure, protegir i recuperar la salut, tant a nivell individual com col·lectiu. Aquestes accions són transversals i abasten sectors sanitaris i no sanitaris.
- **Promoció de la salut:** Procés que permet que les persones incrementen el control sobre els determinants de la seua salut. Aquest procés inclou tant l'enfortiment d'habilitats individuals i comunitàries com la modificació de condicions socials, ambientals i econòmiques que afecten la salut. La promoció de la salut requereix el desenvolupament de polítiques públiques que fomenten la salut en tots els àmbits de la vida.
- **Prevenció de la malaltia:** Conjunt d'intervencions i serveis destinats a reduir la incidència (aparició de nous casos) i la prevalença (casos existents) de malalties, lesions i discapacitats, així com a mitigar-ne les conseqüències negatives. Aquestes accions inclouen des de la

⁸⁷https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf

⁸⁸<https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-1239-consolidado.pdf>

vacunació i el consell genètic fins al diagnòstic i tractament precoç en les diferents etapes de la vida.

Antecedents de promoció de la salut

Actualment la promoció de la salut s'entén com un procés ampli que aborda el cicle salut-malaltia des d'una perspectiva integral. Això inclou l'estudi dels seus determinants i promou la integració de coneixements tècnics i populars. Així mateix, fomenta la mobilització de recursos tant institucionals com comunitaris, públics i privats, per a millorar les condicions de salut en tots els nivells de la societat [214-216]. El concepte de *promoció de la salut* va ser introduït en 1945 per l'historiador mèdic Henry E. Sigerist, qui va identificar quatre tasques essencials en l'àmbit de la medicina:

- Promoció de la salut.
- Prevenció de la malaltia.
- Restabliment dels malalts.
- Rehabilitació.

Sigerist va assenyalar que "la salut es promou proporcionant condicions de vida dignes, bones condicions de treball, educació, cultura física i espais de recreació i descans". Per això, va ressaltar la importància d'un esforç coordinat entre polítics, sectors laboral i industrial, educadors i metges. A més, va subratllar la necessitat de "mesures protectores especials", com sistemes de sanejament, control de malalties transmissibles i protecció de la salut maternoinfantil i laboral.

La promoció de la salut va ser concebuda inicialment com una estratègia de prevenció general, enfocada a modificar estils de vida (com l'alimentació, l'ús de tabac, consum d'alcohol i drogues, i pràctiques sexuals). Amb el temps, aquest enfocament va evolucionar per a abastar un espectre més ampli integrant els factors socials, ambientals i econòmics que afecten el procés salut-malaltia.

A partir de la segona meitat del segle XX es van observar importants canvis en els problemes de salut pública:

L'esperança de vida va passar del voltant de 40 anys a inicis del segle a prop de 80 anys, juntament amb un fenomen anomenat "compressió de la morbiditat", en el qual la càrrega de malaltia es concentra en edats avançades, la qual cosa permet una vida més prolongada i saludable en les primeres etapes.

Les malalties infeccioses van disminuir, mentre que les malalties cròniques van augmentar en prevalença. La investigació en els anys setanta es va enfocar a identificar factors de risc relacionats amb el comportament individual, i van iniciar l'educació sanitària com una mesura preventiva.

No obstant això, l'educació sanitària va generar l'efecte secundari de culpabilització dels individus en atribuir-los la responsabilitat dels seus problemes de salut sense considerar factors estructurals, com els entorns físics, socials i econòmics.

Durant aquesta època van sorgir crítiques al model mèdic predominant, entre elles:

- Ivan Illich: El filòsof i crític social Ivan Illich va introduir els conceptes de *iatrogènia* i *medicalització*. Illich argumentava que el sistema mèdic patològitzava situacions naturals de

la vida: les convertia en "problemes de salut" i les sotmetia al control de professionals mèdics, la qual cosa limitava l'autonomia i la justícia social.

- Thomas McKeown: Metge i epidemiòleg, McKeown va formular la coneguda "tesi de McKeown", en la qual afirmava que l'augment de la població a partir del segle XVIII es devia principalment a millores en la nutrició i les condicions econòmiques, més que als avenços mèdics o les intervencions sanitàries.
- Marc Lalonde: Polític canadenc, Lalonde va presentar un informe que assenyalava que el 90% de la despesa sanitària al Canadà es destinava a l'atenció sanitària, a pesar que la majoria de les morts s'atribuïen a altres factors, com estils de vida (43%), biologia humana (27%) i l'entorn (19%). Aquest informe va emfatitzar la necessitat d'una redistribució dels recursos cap a la prevenció i promoció de la salut.
- OMS i UNICEF (1978): En la Conferència d'Alma-Ata, l'OMS i UNICEF van promoure la estratègia de "Salut per a Tothom", que proposava reformes en els sistemes de salut fent èmfasi en l'atenció primària, la participació comunitària i la col·laboració intersectorial. [170, 171, 217, 218]

A finals del segle XX, el concepte de promoció de la salut es va consolidar a través de conferències internacionals com:

- Conferència d'Ottawa (Canadà, 1986): Va introduir la Carta d'Ottawa, que va establir un marc global per a la promoció de la salut, emfatitzant l'enfortiment d'habilitats personals i la creació de polítiques públiques saludables.
- Conferència d'Adelaide (Austràlia, 1988): Va posar el focus en l'intersectorialitat i en l'acció conjunta de diferents sectors socials.
- Conferència de Sundsvall (Suècia, 1991): Va aprofundir en la necessitat d'entorns saludables que faciliten una vida saludable per a tothom.

Característiques de la promoció de la salut

La promoció de la salut es basa en un enfocament holístic de la salut, que abasta més enllà de l'àmbit mèdic. El seu propòsit no és imposar un model de conducta, sinó habilitar opcions informades i autònomes perquè individus i comunitats desenvolupen estils de vida saludables. Per això es caracteritza per:

- Enfocament d'empoderament i equitat: La promoció de la salut cerca empoderar tant individus com comunitats per a aconseguir una major equitat en salut i reduir desigualtats a nivell local i global.
- Visió positiva de la salut: A diferència de la prevenció de malalties, la promoció de la salut adopta una perspectiva positiva, entenent la salut no sols com a absència de malaltia, sinó com a benestar integral.
- Desenvolupament de capacitats individuals i col·lectives: La promoció de la salut fomenta accions que ajuden les persones a adoptar estils de vida que incrementen el seu benestar. Aquest enfocament ha sigut denominat la "tercera revolució en salut pública", posterior a les revolucions contra les malalties infeccioses i cròniques.

Respecte a les diferències entre la promoció de la salut i la prevenció de malalties, la promoció de la salut se centra en fomentar la salut i el benestar general, cercant entendre on es genera la salut,

quines inversions i estratègies són més efectives per a millorar-la i reduir desigualtats, i la prevenció de malalties s'enfoca a reduir la incidència de malalties mitjançant la identificació i reducció de factors de risc, generalment a través d'intervencions puntuals i científicament fonamentades en el marc de l'atenció primària.

Així, segons la Carta d'Ottawa (1986) la promoció de la salut és el procés que permet a les persones incrementar el control sobre els determinants de la salut [215]. L'OMS la defineix com un esforç polític i social global que enforteix les habilitats dels individus i modifica les condicions socials, ambientals i econòmiques que impacten en la salut⁸⁹. La participació comunitària i la responsabilitat social són essencials per a sostenir les accions de promoció de la salut i construir una cultura de salut.

Es considera la importància de la promoció de la salut perquè:

- Construeix una cultura de salut: Promou l'autocura i estils de vida saludables en la població.
- Fomenta l'equitat: Garanteix l'accés just i equitatiu a oportunitats de salut.
- Empodera la comunitat: Proporciona a les persones la capacitat de controlar els factors determinants de la seua salut.
- Estableix polítiques de salut: Desenvolupa polítiques i estratègies orientades a millorar les condicions de vida i salut.
- Impulsa la responsabilitat social en la salut: Amb polítiques i entorns saludables, mitjançant la participació i col·laboració entre governs, sectors socials i comunitat.

La salut és un dret humà que l'Estat ha de garantir, i està vinculada a altres drets humans. Està influenciada per factors històrics, socials, econòmics, polítics i culturals, així com per les desigualtats socials i les inequitats en salut. La promoció de la salut treballa per a mitigar aquestes inequitats i satisfer les necessitats bàsiques de la població (segons els Objectius de Desenvolupament Sostenible de les Nacions Unides).

- Interculturalitat: Considera les concepcions de salut i els costums de diferents cultures.
- Equitat i drets en salut: Advoca per l'absència de desigualtats en l'accés a la salut.
- Perspectiva de gènere: Cerca major equitat en l'atenció de salut entre dones i homes.
- Curs de vida: Reconeix les particularitats i necessitats de cada etapa de vida (infància, adolescència, adultesa i vellesa).

La promoció de la salut permet un enfocament individual i/o col·lectiu. Així, a nivell individual se centra a canviar comportaments individuals cap a estils de vida saludables. Es promou l'autocura, la reducció de factors de risc i l'educació en salut, abordant temes com la nutrició, l'exercici i l'abandó del tabac. Aquest enfocament considera la salut-malaltia com un equilibri dinàmic influït per factors de risc individuals. Algunes accions a nivell individual poden ser l'educació sobre els beneficis d'hàbits saludables, el foment de l'activitat física i l'autocura.

A nivell col·lectiu, treballa sobre els determinants socials de la salut que impacten en les condicions de vida de la població, com l'educació, l'ocupació i els ingressos. Les accions cerquen reduir desigualtats injustes i evitables, ja que els contextos socials, econòmics i polítics influeixen directament en la salut. Algunes accions són la identificació dels determinants socials per a reduir inequitats, i la promoció de polítiques públiques inclusives. La meta és que els ciutadans

⁸⁹Carta d'Ottawa. Disponible a: <https://www.famp.es/export/sites/famp/.galleries/documentos-obs-salud/CARTA-DE-OTTAWA.pdf>

aconseguisquen el seu empoderament en conferir-los major autoconfiança i proporcionar-los capacitats i entorns adequats.

La meta principal és aconseguir l'empoderament de la ciutadania, augmentant-ne l'autoconfiança i proporcionant els recursos i entorns necessaris per a fer fàcils i accessibles les eleccions saludables. Aquest és el nucli de "fer fàcils les eleccions sanes", missatge clau en la promoció de la salut.

Per a aconseguir una salut òptima hi ha uns certs prerequisits bàsics essencials:

- Condicions necessàries: Pau, habitatge adequat, educació, alimentació nutritiva, ingressos econòmics suficients, un ecosistema saludable, recursos sostenibles, justícia social i equitat.
- Objectiu de la promoció de la salut: La promoció de la salut cerca crear i defensar aquestes condicions mitjançant l'advocacia per la salut i la reducció de desigualtats, facilitant que totes les persones aconseguisquen el seu màxim potencial de salut.
- Abordament intersectorial: És fonamental la col·laboració entre diferents sectors, ja que el sector salut no pot garantir per si sol tots els prerequisits necessaris per a la salut. Es requereix un enfocament intersectorial adaptat a les necessitats i contextos locals.

La promoció de la salut és un enfocament que combina ciència i acció per a ajudar la població a identificar els beneficis d'una salut òptima, animant-ne la motivació per a aconseguir un estat de benestar equilibrat en els aspectes físic, emocional, social, espiritual i intel·lectual. Segons l'*American Journal of Health Promotion*, la promoció de la salut implica donar suport a canvis d'estil de vida que afavorisquen aquest equilibri dinàmic. La promoció de la salut representa un component clau dins de l'atenció integral de salut, que inclou:

1. Assistència sanitària: Atenció primària i especialitzada.
2. Prevenció de malalties: En els nivells primari, secundari i terciari.
3. Adaptació social a problemes crònics: Rehabilitació, cures i integració.
4. Promoció de la salut: Fomentar la participació dels individus en el desenvolupament i gaudi de la seua salut.

Basats en experiències internacionals des dels anys setanta, l'OMS va definir a Copenhaguen (1984) cinc principis per a la promoció de la salut:

1. Participació activa de la comunitat: Involucrar la població en les decisions de salut.
2. Rellevància per a la vida quotidiana: Abordar problemes de salut quotidians que impacten en la població general, en compte de centrar-se només en grups de risc.
3. Atenció als determinants de salut: Enfocar les accions cap als factors que influeixen en la pèrdua de salut, com els socioeconòmics i ambientals.
4. Metodologia multidisciplinària: Integrar estratègies d'educació, desenvolupament comunitari, defensa de la salut i legislació.
5. Rol d'atenció primària: Ressaltar el paper dels professionals d'atenció primària, que faciliten els processos de promoció de la salut.

Els 4 elements clau en promoció de la salut (4 C):

1. Concepte: La salut com a recurs per a la vida.
2. Condició: Les opcions més saludables han de ser les més accessibles, eliminant barreres.

3. Contingut: Enfortir capacitats i habilitats personals i comunitàries que afavoreixen estils de vida saludables.
4. Context: Crear entorns que donen suport a la salut i fomenten l'apropiació i participació comunitària.

La Carta d'Ottawa (1986) identifica tres estratègies bàsiques essencials per a la promoció de la salut:

1. Advocacia per la salut: Crear i defensar condicions essencials de salut com les descrites anteriorment.
2. Equitat en salut: Facilitar que tothom puga desenvolupar el seu màxim potencial de salut.
3. Mediació entre interessos socials: Gestionar els interessos diversos i a vegades oposats de la societat per a aconseguir una perspectiva comuna de salut.

A més, la Carta d'Ottawa proposa cinc accions concretes per a la promoció de la salut:

1. Establir polítiques públiques saludables: Crear polítiques que afavorisquen el benestar i la salut equitativa.
2. Crear entorns saludables: Fomentar condicions ambientals, laborals i socials que afavorisquen la salut.
3. Enfortir l'acció comunitària: Promoure la participació activa de la comunitat en iniciatives de salut.
4. Desenvolupar habilitats personals: Oferir eines i coneixements per a fomentar estils de vida saludables i autocura.
5. Reorientar els Serveis Sanitaris: Adaptar els serveis de salut per a respondre a les necessitats preventives i de benestar integral de la població.

La promoció de la salut és, per tant, un procés integral que cerca atorgar a les persones més control sobre la seua salut, promovent entorns i polítiques que faciliten decisions saludables i milloren la qualitat de vida de tota la comunitat.



Conferències de promoció de la salut

Les conferències internacionals de promoció de la salut, organitzades per l'Organització Mundial de la Salut (OMS), són fites clau en el desenvolupament de polítiques de salut global que promouen un enfocament holístic i preventiu. Aquestes conferències han establert conceptes, estratègies i marcs fonamentals, adaptant-se a les necessitats de salut globals i promovent polítiques integrals per a reduir les desigualtats. Cada conferència ha contribuït al desenvolupament d'un enfocament integral per a la salut pública que va més enllà del tractament mèdic. Aquest enfocament considera els determinants socials, econòmics i ambientals de la salut, fomenta l'equitat i destaca la importància d'una acció intersectorial. Aquestes trobades internacionals han aconseguit posar al centre de la política de salut la importància de la prevenció i l'empoderament de les persones per a millorar-ne la qualitat de vida [219].

La seqüència de conferències ha sigut fonamental per a construir l'actual marc global de la promoció de la salut, adaptant-lo a les noves realitats de cada època i establint una agenda de salut mundial enfocada en l'equitat, la sostenibilitat i la col·laboració entre sectors [220]. La promoció de la salut continua evolucionant i es consolida com una eina clau per a afrontar els reptes del segle XXI.

1. Primera Conferència Internacional: Carta d'Ottawa (1986). La Carta d'Ottawa va establir el marc fundacional per a la promoció de la salut, emfatitzant cinc àrees clau:

- Polítiques públiques saludables: Va instar a integrar la salut en les agendes polítiques de tots els sectors.
- Entorns favorables per a la salut: Va reconèixer la importància dels entorns saludables com a suport per a un estil de vida saludable.
- Enfortiment de les accions comunitàries: Va promoure la participació ciutadana en la presa de decisions de salut.
- Desenvolupament d'habilitats personals: Va fomentar l'educació per a la salut i l'empoderament individual.
- Reorientació dels serveis de salut: Va fer una crida a passar d'un enfocament clínic a un de preventiu, que integrara tota la comunitat en la promoció de la salut.

2. Segona Conferència Internacional: Adelaide (1988). A Adelaide, la conferència va reafirmar la importància de les aliances intersectorials i la salut per a tothom, en línia amb la Declaració d'Alma-Ata (1978). Es van abordar dos principis:

- Equitat i accessibilitat: Va promoure el tancament d'escletxes en salut causades per desigualtats socials, culturals i econòmiques.
- Aliances multisectorials: Va subratllar que la promoció de la salut depèn de la col·laboració entre governs, empreses, ONG i organitzacions socials.

3. Tercera Conferència Internacional: Sundsvall (1991). A Sundsvall es va emfatitzar la creació d'ambients saludables i l'empoderament comunitari:

- Defensa de la salut a través de l'acció comunitària: Es va encoratjar les comunitats a defensar i gestionar la seua salut mitjançant l'educació i empoderament.

- Construcció d'aliances: Es va promoure la col·laboració entre salut pública i polítiques mediambientals per a crear ambients més saludables.
- Mediació en conflictes socials: Per a garantir l'accés equitatiu a entorns saludables, promovent la cooperació entre sectors.

4. Quarta Conferència Internacional: Jakarta (1997). La Declaració de Jakarta va reafirmar els principis d'Ottawa i va destacar cinc àrees prioritàries per al segle XXI:

- Responsabilitat social per a la salut: Involucra tant el sector públic com el privat.
- Inversió en salut amb un enfocament multisectorial: Inclouent-hi recursos per a educació, habitatge i salut.
- Col·laboració multisectorial: Promoció d'aliances entre sectors i nivells de govern.
- Capacitació comunitària i empoderament: Es va incentivar que les comunitats prengueren control de la seua salut.
- Infraestructura per a la promoció de la salut: Enfortir les bases estructurals de la salut pública.

5. Cinquena Conferència Internacional: Ciutat de Mèxic (2000). A Mèxic es van consolidar els compromisos de 87 països per a posar la promoció de la salut en l'agenda global:

- Promoció de la salut com a prioritat política: Es va instar els països a incloure la salut com a tema central de la política nacional.
- Participació de tots els sectors: Es va emfatitzar el lideratge en la coordinació de múltiples sectors per a donar suport a la promoció de la salut.
- Enfortiment de xarxes de promoció de la salut: Suport a la creació de xarxes nacionals i internacionals per a facilitar el treball en salut pública.
- Informe a l'OMS: Monitoratge dels progressos en la implementació d'aquestes estratègies a nivell nacional.

6. Sisena Conferència Internacional: Carta de Bangkok (2005). La Carta de Bangkok va definir els reptes de la promoció de la salut en un món globalitzat, amb quatre compromisos clau:

1. Promoció de la salut com a eix central del desenvolupament global.
2. Responsabilitat dels governs: Que els governs assumisquen un rol protagonista en la salut pública.
3. Bones pràctiques institucionals: Integrar la salut en les millors pràctiques de cada institució.
4. Focus en la comunitat i la societat civil: Reforçar la participació comunitària en les polítiques de salut.

7. Setena Conferència Internacional: Nairobi (2009). La Declaració de Nairobi es va centrar a abordar les deficiències en l'execució de polítiques de salut:

- Lideratge i força laboral: Enfortir els recursos humans en salut pública.
- Centralitat de la promoció de la salut: Situar la promoció de la salut com a nucli en les polítiques de desenvolupament.
- Empoderament de comunitats: Més involucració de la ciutadania en la presa de decisions.
- Processos participatius: Assegurar que la participació comunitària siga contínua i efectiva.

- Generació i aplicació de coneixement: Augmentar la investigació per a donar suport a les polítiques de salut.

8. Vuitena Conferència Internacional: Hèlsinki (2013). Hèlsinki va introduir l'enfocament de salut en totes les polítiques (l'STP), assenyalant la necessitat de:

- Integració de la salut en totes les àrees polítiques: Va subratllar que els determinants de salut són en la majoria externs al sector salut, per la qual cosa les polítiques socials, fiscals i mediambientals també s'han de considerar.
- Enfocament multisectorial per a l'equitat en salut: Reconeixement de la influència de totes les àrees de governança en la salut pública i la reducció de desigualtats.

9. Novena Conferència Internacional: Declaració de Shanghai (2016). La Declaració de Shanghai va reafirmar el rol de la salut en l'Agenda 2030 per al Desenvolupament Sostenible:

- Salut i benestar com a fonamentals per al desenvolupament sostenible: Vinculant la promoció de la salut amb tots els Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS).
- Decisions polítiques audaces per a la salut: Crida a polítiques que prioritzen la salut en les agendes de desenvolupament.
- Governança i equitat en salut: Va subratllar la importància de governança efectiva per a aconseguir l'equitat en salut.
- Empoderament a través del coneixement sanitari: Va emfatitzar l'educació com a eina per a l'equitat i l'empoderament.
- Crida a l'acció per a contrarestar obstacles a la salut: Es va fer una crida a líders i sectors per a unir-se en el compromís de promoure la salut i eliminar barreres, especialment per a grups vulnerables, com dones i infants.

Instruments i activitats de promoció de la salut⁹⁰

Les estratègies de promoció de la salut es basen en una combinació de comunicació efectiva, acció social, reorientació dels serveis, participació comunitària i educació per a la salut. A través d'aquests instruments és possible fomentar una cultura de salut preventiva i proactiva que no sols millora la qualitat de vida de les persones, sinó que també enforteix les capacitats de les comunitats per a autogestionar la seua salut i benestar.

Comunicació (informació) i màrqueting social.

En aquest context es poden emprar diversos mitjans d'informació, com fullets, cartells, murals, còmics, gravacions i calendaris, així com els mitjans de comunicació social (MCS) –incloent-hi premsa, ràdio i televisió, principalment a nivell local– per a difondre missatges de salut. Aquests canals de comunicació solen ser unidireccionals, és a dir, sense un intercanvi actiu amb el públic, i a vegades la informació és indirecta, la qual cosa implica una distància en el temps o l'espai. La falta de retroalimentació pot limitar la comprensió i adaptació efectiva dels missatges al públic.

⁹⁰ M. Gil-Girbau *et al.* "Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud". *Gac Sanit.* 2021;35(1):48–59

Els centres de salut i altres serveis comunitaris poden implementar tant una política de comunicació pública que incloga un pla estructurat d'informació sanitària, com l'ús ocasional de mitjans de comunicació per a donar suport a campanyes específiques de salut. Exemples d'aquestes activitats inclouen:

- Publicació de fullets informatius sobre temes específics, com la febre infantil.
- Difusió d'informació sobre els serveis disponibles en el centre de salut.
- Campanyes educatives sobre temes de prevenció i reducció de riscos en joves (ús de drogues, VIH/SIDA, educació sexual, seguretat viària, entre altres).
- Col·locació de cartells dins del centre de salut per a informar o educar sobre temes de salut.
- Participació en programes de ràdio o articles en premsa local, així com en campanyes informatives d'abast comunitari.

Acció social

Aquest procés permet que grups, agents i persones dedicades a la promoció de la salut treballen de manera conjunta per a identificar i millorar aspectes clau de la vida quotidiana, la cultura i l'activitat política que influeixen en la salut. El seu principal objectiu és transformar l'entorn social, encara que també cerca enfortir habilitats individuals i fomentar comportaments saludables. Per a dur a terme aquestes activitats s'estableixen contactes amb associacions, organitzacions i xarxes socials, així com amb líders i agents comunitaris de salut. També es treballa en col·laboració amb altres sectors socials i es brinda suport a grups d'ajuda mútua. Les eines més comunes per a implementar aquestes accions són les reunions, entrevistes i el contacte directe amb les persones involucrades. Entre les activitats es troba:

- Recollida de signatures per a promoure canvis legislatius o comunitaris.
- Reunions amb l'Ajuntament per a identificar i eliminar punts crítics en seguretat i prevenció d'accidents dins de la ciutat.
- Oferta d'activitats recreatives per a persones majors, organitzades per grups i associacions dins de programes de promoció de la salut en la tercera edat.
- Creació de grups de voluntariat en programes de suport a cuidadores familiars, per a brindar-los temps de descans i autocura.
- Col·laboració entre serveis sociosanitaris i diferents organismes del barri per a establir circuits de caminada i rutes per a bicicletes, com a part d'un programa de promoció de l'activitat física.

Reorientació dels serveis. Desenvolupament de polítiques públiques i legislació

La reorientació dels serveis de salut cerca promoure, secundar i desenvolupar polítiques locals que oferisquen serveis i mesures tècniques, administratives, econòmiques i reguladores per a abordar l'entorn físic, social i econòmic que impacta en els problemes de salut de la comunitat. A través d'aquestes polítiques es pretén influir de manera positiva en la salut pública mitjançant una estructura de suport integral. A més de les reunions i els recursos propis dels professionals de la salut, s'empren instruments clau, com els següents:

- Cartera de serveis: Aquest sistema d'informació i registre és un recurs fonamental per a expressar i documentar la política de salut d'una organització, com un equip d'atenció primària, i reflecteix de manera concreta els serveis disponibles i els seus objectius.
- Informes i propostes tècniques: Són documents que aborden temes específics, com l'alimentació escolar, la creació d'espais lliures de fum, les oportunitats per a l'exercici físic en

el barri o la integració de la comunitat escolar en temes de VIH/SIDA. Aquests informes no sols s'envien a persones o grups interessats, sinó que també es discuteixen i es proposen com a base per a accions concretes, fomentant la participació activa en la presa de decisions i el desenvolupament de polítiques de salut.

Desenvolupament comunitari, participació i empoderament

La reorientació dels serveis sanitaris implica adaptar les pràctiques i enfocaments cap a models que afavorisquen la promoció de la salut (PS), amb l'objectiu de millorar la salut i el benestar de les comunitats. Aquest procés requereix comprendre i respectar els valors i la cultura de les comunitats ateses, així com identificar i abordar les seues necessitats i situació de salut a través d'un diagnòstic de salut adequat. Per a aconseguir-ho es poden emprar sis mètodes clau:

- Programes integrals de salut amb enfocament promotor: Aquests programes se centren en atendre de manera integral a grups vulnerables, com infants, dones i persones majors, i se'n garanteix la inclusió en la cartera de serveis. S'implementen accions específiques per a promoure l'equitat, com ara polítiques de discriminació positiva dirigides a grups amb menys recursos, minories ètniques i altres col·lectius desfavorits.
- Accions intersectorials amb coordinació: Promoure la col·laboració entre diferents sectors (salut, educació, treball, etc.) és fonamental per a implementar polítiques eficaces i sostenibles que milloren la salut comunitària.
- Programes de millora de la qualitat dels serveis amb participació comunitària: Aquests programes cerquen garantir que els serveis de salut s'ajusten a les necessitats de la comunitat, fomentant que participen activament en el procés de presa de decisions per a assegurar que les intervencions siguin apropiades i eficaces.
- Comissions de participació: Aquestes comissions, compostes per membres de la comunitat i professionals de la salut, faciliten la inclusió de les persones en la planificació, avaluació i seguiment dels serveis de salut, assegurant que les decisions estiguen alineades amb les necessitats locals.
- Formació professional en promoció de la salut, educació per a la salut i intervenció comunitària: La reorientació dels serveis de salut cap a la promoció de la salut requereix una formació específica per als professionals, així com la integració de noves disciplines, com la pedagogia, l'antropologia, la psicologia i la sociologia. Aquesta formació és crucial atès que moltes vegades els programes de pregrau no aborden adequadament aquests enfocaments, per la qual cosa la capacitat contínua i l'intercanvi d'experiències són essencials.
- Òrgans de participació comunitària: La participació activa de la comunitat en la presa de decisions és vital per a l'èxit de qualsevol programa de salut. Aquests òrgans, com els consells de salut regionals o locals, permeten que la ciutadania s'involucre en la definició de problemes i necessitats, així com en la planificació i execució d'activitats de salut. Hi ha diversos mecanismes de participació, que es divideixen en:
 - Formals: Consells de salut i altres òrgans reguladors de la salut pública.
 - Informals: Contactes i relacions amb associacions, grups i líders comunitaris.
 - De participació individual: Sistemes de suggeriments i reclamacions, i enquestes de satisfacció dels usuaris.

Educació per a la salut

Les oportunitats d'aprenentatge, dissenyades de manera intencional, tenen com a objectiu millorar l'alfabetització sanitària de la població. Això inclou tant l'enfortiment dels coneixements sobre la salut com el desenvolupament d'habilitats personals i socials que contribuïsquen a millorar el benestar general. Aquest procés es duu a terme mitjançant assessorament i orientació, així com a través de l'educació per a la salut (EPS) tant a nivell individual com grupal o col·lectiu. L'EPS grupal és una de les estratègies comunitàries més implementades dins del sistema sanitari. A través d'ella s'aborden aspectes com els comportaments i estils de vida, les crisis psicosocials en moments vulnerables, el maneig de malalties cròniques i l'enfortiment del desenvolupament comunitari en salut. Alguns exemples pràctics d'activitats d'EPS a nivell comunitari podrien incloure:

- Activitats educatives per a gestionar crisis vitals: Aquestes activitats s'enfoquen a acompanyar les persones en moments de canvi significatiu, com l'embaràs, la maternitat, la menopausa, la paternitat adolescent o la vellesa.
- Promoció d'estils de vida saludables: Es desenvolupen activitats per a fomentar hàbits saludables, com una nutrició adequada, la pràctica regular d'exercici, la gestió de l'estrès i l'abandó del tabac.
- Suport a persones amb malalties cròniques: Activitats educatives orientades a millorar la salut de persones amb condicions cròniques, com diabetis, hipertensió o VIH/SIDA, promovent-ne l'autogestió de la salut.
- Foment de la competència en salut des de la infància: En els centres educatius, s'implementen programes que promouen la consciència i la cura de la salut entre els infants dotant-los d'eines per a prendre decisions informades sobre el seu benestar.
- Conscienciació al voltant dels determinants socials de la salut: Es realitzen activitats educatives que cerquen sensibilitzar els grups socials sobre els factors socials, polítics i ambientals que influeixen en la seua salut, promovent la participació i l'acció comunitària en la millora de l'entorn.

Capítol 20: Salutogènesi i model d'actius de salut

Introducció

La salut pública ha transitat d'un enfocament centrat en la reducció de factors de risc a un d'orientat a la creació de condicions que potencien la salut i les capacitats d'individus i comunitats. Aquest nou paradigma:

- Prioritza solucions en compte de centrar-se en problemes, fomentant que els programes de salut enfortisquen l'autonomia i reduïsquen la dependència dels serveis de salut.
- Situa les persones en el centre de les polítiques de salut, promovent que participen activament per a la sostenibilitat i èxit dels programes.

Salutogènesi

El terme *salutogènesi* va ser introduït pel metge i sociòleg Aaron Antonovsky en 1979. Prové de *salut* en llatí i *origen* en grec, i es contraposa al model tradicional de patogènesi (centrat en l'origen de la malaltia). La salutogènesi s'interessa pels factors que promouen la salut i el benestar més que en els que causen malaltia [221].

Antonovsky va estudiar la salut mental de dones supervivents de camps de concentració en la Segona Guerra Mundial i va trobar que el 29% mantenia una bona salut mental malgrat l'experiència traumàtica. Aquest descobriment va impulsar preguntes fonamentals en el desenvolupament de la salutogènesi:

1. Per què algunes persones es mantenen saludables malgrat factors adversos?
2. Com aconsegueixen recuperar-se després d'afrontar malalties?
3. Què fa especial a aquells qui, fins i tot sota tensions extremes, no emmalalteixen?

Aquests interrogants van ajudar a crear un enfocament que ressalta la capacitat d'individus, famílies i comunitats de millorar la seua salut i tenir-hi control.

Aquest va ser un canvi fonamental, ja que el fet de formular-se les preguntes en positiu el va portar a centrar-se a avançar en els factors que fan que les persones es mantinguen sanes i saludables, més que en els factors generadors de la malaltia. La salut positiva és una manera de veure accions en salut, focalitzant la mirada cap al que fa que les persones, les famílies i les comunitats augmenten el control sobre la seua salut i la milloren. Aquest model revitalitza la promoció de la salut [222].

El model salutogènic proposa una manera d'entendre i mesurar la salut com un continuu que va des del benestar fins al deteriorament, en lloc d'un enfocament binari de salut o malaltia. Per a això, considera diversos aspectes clau que reflecteixen l'estat de salut d'una persona [222, 223]. A continuació es descriuen les dimensions principals que permeten avaluar la salut al llarg d'aquest continuu:

1. Dolor: Aquest indicador avalua el nivell de dolor que experimenta l'individu. El dolor pot percebre's en diferents graus:
 - Sense dolor.
 - Dolor lleu.
 - Dolor moderat.

- Dolor greu.

Aquest aspecte considera qualsevol estat de l'organisme que l'individu perceba com a dolorós, i la seua intensitat afecta la qualitat de vida i el benestar.

2. Limitació funcional: Aquest aspecte mesura fins a quin punt la persona se sent limitada en la capacitat per a dur a terme activitats que considera importants o apropiades. Els nivells de limitació funcional es classifiquen com:
 - Sense limitacions.
 - Limitació lleu.
 - Limitació moderada.
 - Limitació greu.

Aquesta dimensió és fonamental per a avaluar la independència i la capacitat funcional de l'individu en la seua vida quotidiana.

3. Implicacions del pronòstic: En aquesta dimensió es contempla la naturalesa i la gravetat de les condicions de salut d'una persona, categoritzant el pronòstic segons l'impacte i persistència. Les autoritats sanitàries poden classificar les condicions de salut en:
 - No cròniques o agudes.
 - Lleus, agudes i autolimitades.
 - Lleus, cròniques i estables.
 - Serioses, cròniques i estables.
 - Serioses, cròniques i degeneratives.
 - Serioses, agudes i potencialment mortals.

Aquesta classificació permet anticipar l'evolució de la condició i determinar la necessitat d'intervencions o cures específiques.

4. Implicació de l'acció: Aquest criteri se centra en les accions recomanades o necessàries per a mantenir o millorar l'estat de salut. Segons la gravetat i el tipus de condició, les autoritats sanitàries poden decidir entre diferents enfocaments d'intervenció:
 - No es requereix cap acció relacionada amb la salut.
 - Es recomana reduir factors de risc coneguts.
 - Observació, monitoratge o estudis addicionals.
 - Intervenció terapèutica activa.

Aquesta dimensió ajuda a guiar les decisions sobre el nivell d'atenció requerit, des de la prevenció fins a la intervenció activa. Així, permeten una avaluació integral i dinàmica de la salut, ja que veuen l'individu en termes de capacitats i recursos per a afrontar desafiaments de salut, en comptes d'enfocar-se únicament en la presència de malaltia. Aquesta aproximació en continuïtat reconeix la salut com un procés en canvi constant, en què es pot actuar per a millorar la qualitat de vida i la funcionalitat al llarg del temps.

Eriksson i Lindström van adaptar la teoria d'Antonovsky al model metafòric del "riu de la vida", on la vida és un riu que simbolitza el viatge de salut de cada individu. En aquest recorregut, les persones afronten "corrents" que representen reptes i experiències, i que es dirigeixen cap a la salut o la malaltia depèn dels recursos i suports que tenen per a avançar.

La perspectiva salutogènica d'aquest model se centra a orientar el moviment cap a la salut, promovent el benestar i la qualitat de vida com a processos dinàmics, no com a estats fixos, en funció de la capacitat de cada persona per a adaptar-se a les circumstàncies [224].

Sentit de coherència (SOC)

El sentit de coherència (SOC) és el concepte central en la teoria salutogènica desenvolupada per Aaron Antonovsky, i representa una orientació global i resilient cap a la vida que permet que les persones afronten els reptes de manera efectiva i saludable [222, 223, 225-227]. El SOC expressa fins a quin punt una persona té una sensació de confiança profunda i dinàmica que els estímuls i esdeveniments que afronta són comprensibles, manejables i significatius [221]. Aquest sentit de coherència no sols facilita la percepció positiva de la vida i de l'entorn, sinó que també és una peça clau per a entendre com algunes persones mantenen la salut fins i tot en situacions adverses [228].

El SOC es compon de tres pilars essencials:

- **Comprensibilitat:** És la percepció que els estímuls i experiències en la vida són ordenats, estructurats i predictibles. Una persona amb alta comprensibilitat percep el món de manera clara i coherent, la qual cosa li permet anticipar-se a les situacions. Aquest component depèn en gran manera de la claredat amb què les persones interpreten les seues experiències i el grau en què consideren que els esdeveniments es poden explicar i entendre de manera lògica.
- **Manejabilitat:** Aquest component es refereix a la percepció de disposar de recursos i habilitats per a respondre adequadament a les demandes de la vida. La manejabilitat està vinculada a la confiança en els recursos propis (com la resiliència i l'autoeficàcia) i en els recursos externs (com el suport social o les oportunitats laborals). Les persones amb alta manejabilitat senten que tenen suficient control sobre les seues circumstàncies i confien que, encara que es presenten problemes, hi poden trobar solucions efectives.
- **Rellevància:** És el component motivacional del SOC i representa el sentit de propòsit i compromís amb la vida. La rellevància permet a les persones veure les demandes i desafiaments com a aspectes importants i valuosos, dignes d'inversió emocional i esforç. Aquest component proporciona un propòsit clar, impulsant a les persones a enfrontar reptes amb motivació i una actitud positiva cap al canvi.

La teoria salutogènica també identifica els recursos generals de resistència (RGR o GRR), que són els factors que ajuden les persones a enfortir el seu SOC. Aquests recursos, tant interns com externs, són elements que faciliten la percepció de la vida com a consistent i manejable. Els GRR poden ser de tipus biològic, material i psicosocial i inclouen:

- Factors personals i psicològics, com l'autoestima, l'autoeficàcia, l'optimisme i la capacitat d'establir hàbits saludables.
- Factors socials, com el suport social, les xarxes familiars, la solidaritat comunitària i les connexions socials significatives.
- Factors materials, com l'accés a recursos econòmics, educació, coneixements i experiència acumulada.
- Altres recursos, com ara el capital cultural, les tradicions, els valors i una visió de la vida coherent.

Aquests recursos de resistència juguen un paper fonamental en com les persones afronten les tensions i s'adapten a situacions difícils. Una combinació de RGR ben desenvolupats ajuda que l'individu interprete les experiències de manera positiva i mantinga una percepció saludable i optimista de la vida.

Un descobriment clau del model salutogènic és que el SOC correlaciona positivament amb la salut percebuda i la qualitat de vida. Les investigacions mostren que les persones amb un alt SOC solen tenir una percepció positiva de la seua salut i benestar, independentment de les condicions externes o les adversitats que afronten. Aquest enfocament permet que el SOC actue com un factor protector davant de situacions d'estrès i promoga una adaptació més efectiva i una millor qualitat de vida en general.

D'altra banda, s'ha de tenir en compte que el model salutogènic i el model de promoció de la salut de la Carta d'Ottawa comparteixen l'objectiu de millorar la salut i el benestar de les persones, encara que els enfocaments i principis varien en alguns aspectes clau:

- **Enfocament en el benestar vs. empoderament:** Els dos models promouen un estat de salut positiu, però mentre que la teoria salutogènica se centra en l'enfortiment del SOC perquè les persones puguin afrontar adversitats amb una mentalitat resilient, el model d'Ottawa posa èmfasi en l'empoderament de les persones i comunitats per a donar-los el control sobre els determinants de salut.
- **Components de salut:** La salutogènesi es basa en els components interns (comprensibilitat, manejabilitat i rellevància) i els RGR per a promoure la salut individual, mentre que la Carta d'Ottawa ressalta la importància d'entorns i polítiques saludables i aborda factors socials, econòmics i ambientals.
- **Autonomia i propòsit:** Els dos models valoren l'autonomia de l'individu. No obstant això, el SOC s'enfoca en el sentit de propòsit i coherència personal, mentre que la Carta d'Ottawa advoca per la creació de condicions socials i polítiques que faciliten l'elecció saludable.

Així, mentre que la teoria salutogènica potencia la resiliència i el sentit de coherència individual com a nucli del benestar, el model d'Ottawa s'orienta cap a un canvi en els determinants estructurals de la salut, cercant que les persones i comunitats tinguin un entorn favorable per a desenvolupar la salut. Els dos enfocaments són complementaris i ofereixen una perspectiva integral sobre com construir una salut sostenible i equitativa [229].

Taula 11. Comparativa del model salutogènic i de la Carta d'Ottawa

Aspecte	Model salutogènic	Carta d'Ottawa
Preludi	Estudi de l'Holocaust	Declaració dels DH de l'ONU / Declaració de Salut de l'OMS
Referència temporal	1979, 1987	1986
Estat	Teoria basada en evidència	Principis i ideologia
Fonament	Drets humans, enfocament en individus participatius	Drets humans, enfocament en la participació activa
Enfocament	Orientació global a la vida	Promoció de la salut

Manual de l'assignatura

Salut entesa com	Procés d'aprenentatge al llarg de la vida	Un procés continu
Conceptes clau	Sentit de coherència (SOC) i recursos de resistència generalitzada (GRR)	Promoció de la salut
Recursos	Recursos de resistència generalitzada (GRR)	Determinants de salut
Mecanismes clau	Capacitat per a usar els GRR i desenvolupar un SOC fort	Empoderament: Control sobre els determinants de salut
Elements	Comprensibilitat, manejabilitat, rellevància	Determinants de salut, entorn, procés, vida activa i productiva
Aproximació	Contextual, sistemes	Basada en entorns
Resultats	Percepció de bona salut, salut mental i qualitat de vida	Millor salut, vida activa i productiva
Paper professional	Funciona com un recurs (GRR) per a la resiliència	Facilitador, permet l'empoderament de les persones
Concepció errònia	Centrar-se només a mesurar el SOC	Interpretar-la només com una aproximació de risc centrada en conductes de salut

Model de dèficit i model d'actius

Podríem expressar les idees anteriorment exposades mitjançant dues torres:



La imatge mostra dos triangles que comparen el model d'actius i el model de dèficit en el context de salut i desenvolupament comunitari. Aquests models representen dos enfocaments diferents per a abordar les necessitats de les persones i les comunitats, i s'estructuren en nivells que reflecteixen com cada model veu l'origen i la solució dels problemes [230-233]. Mentre que el model d'actius promou l'ús de recursos interns, l'autosuficiència i el creixement de l'autoestima a través de solucions

generades per la mateixa comunitat, el model del dèficit depèn més dels recursos externs i tendeix a crear una dependència en els serveis professionals [234].

Model de dèficits

L'enfocament se centra a identificar i abordar els problemes o mancances. És un model orientat a la malaltia i es val dels recursos professionals i els serveis de salut per a resoldre els problemes. Aquesta dependència fomenta una relació d'ajuda en la qual les persones solen adoptar un rol passiu, ja que l'objectiu és cobrir la falta o el dèficit per a aconseguir una condició de salut acceptable. En aquest sentit, el problema de salut determina les solucions, i se cerca principalment la intervenció d'experts en salut per a aplicar tractaments o mesures correctives. En la imatge apareix representat en el triangle de la dreta, els nivells del qual són:

- Problema: A la base es parteix de la identificació d'un problema o manca en la comunitat o en l'individu, la qual cosa es considera el punt de partida.
- Recurs professional: Al nivell intermedi, la solució depèn de la intervenció de recursos externs o professionals, com metges, terapeutes o institucions especialitzades.
- Hospital, dependència: Al cim del triangle, el resultat tendeix a generar una relació de dependència dels serveis de salut o institucions, sense un enfocament en l'autosuficiència de la comunitat o l'individu.

Així, per exemple, en el tractament de l'obesitat, segons el model de dèficits, l'enfocament està en el pes corporal elevat com a problema i se centra en reduir-lo mitjançant un pla de dieta i exercici, prescrit i monitorat per un professional de la salut. Les persones amb obesitat són vistes com a pacients que necessiten intervenció per a controlar la seua condició, i el tractament es dirigeix a corregir els comportaments no saludables. La dependència del suport mèdic és alta, i l'objectiu és resoldre el problema, en aquest cas, l'obesitat, a través de controls i seguiment constant per part de l'equip de salut.

Model d'actius

En canvi, el model d'actius es basa a identificar i potenciar les capacitats, habilitats i talents propis dels individus, famílies i comunitats. Segons aquest enfocament, l'objectiu és construir solucions que enfortisquen l'autoestima i l'autogestió per a afrontar els reptes de salut de manera positiva i autònoma. El model d'actius considera les persones com a subjectes actius i participatius que contribueixen al seu propi benestar, i promou la resiliència i el desenvolupament de recursos interns i comunitaris. Així, en compte d'enfocar-se exclusivament en el problema, cerca descobrir i donar suport a les fortaleeses existents que les persones poden usar per a millorar la seua salut i qualitat de vida [230].

En la imatge, el triangle a l'esquerra representa el model d'actius, que s'enfoca a identificar i potenciar les fortaleeses, habilitats i recursos de les persones i comunitats. Aquest model té tres nivells:

- Capacitat, habilitat, talent: A la base del model hi ha les capacitats i talents innats dels individus i la comunitat. La idea és construir a partir d'aquests elements, reconeixent el potencial de cada persona per a afrontar reptes.
- Solucions positives: Al nivell intermedi, el model se centra a trobar solucions que aprofiten aquests talents i habilitats i generen respostes positives i constructives als problemes.
- Estima: Al cim hi ha l'autoestima i l'enfortiment de la confiança de la comunitat i individus, la qual cosa crea un sentit d'autosuficiència i benestar.

En aquest model, l'autoestima i l'autosuficiència es promouen a través de l'empoderament i de l'ús de recursos propis de la comunitat, cercant solucions als problemes des de dins i desenvolupant la resiliència. Així, seguint el mateix exemple respecte a l'obesitat, en el model d'actius l'atenció a l'obesitat s'enfoca en els recursos interns i externs de la persona i la seua comunitat. En compte de centrar-se únicament en la pèrdua de pes, es promou la participació de la persona en activitats que milloren la seua autoestima i hàbits saludables, com ara la pràctica d'esports que li agraden o la creació d'un grup de suport comunitari. Les estratègies es construeixen a partir dels seus interessos, habilitats i context, i s'incentiva l'autoconfiança i l'autodirecció en la gestió de la salut. La intervenció professional continua sent important, però el seu paper és de guia i facilitador: ajuda la persona a desenvolupar el seu propi camí cap a una vida més saludable, en compte de simplement solucionar el "problema" de l'obesitat [235].

En resum, mentre que el model de dèficits tracta l'obesitat com un problema a resoldre mitjançant intervencions externes, el model d'actius l'aborda enfortint els recursos i capacitats de la persona per a afrontar de manera positiva i sostinguda els seus reptes de salut [230, 236].

Actius per a la salut

Els actius per a la salut són recursos que persones i comunitats poden usar per a reduir els efectes de l'adversitat i fomentar un estat de salut i benestar. Aquests actius no sols protegeixen contra els factors de risc, sinó que també potencien les capacitats i habilitats que permeten als individus afrontar els reptes de manera resilient i positiva. L'Oficina Europea de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) per a la Inversió en Salut i Desenvolupament defineix aquests actius com els recursos socials, financers, físics, ambientals i humans. Aquest enfocament té com a objectiu promoure la salut integral en tots els nivells: personal, comunitari i institucional. Respecte als actius per a la salut, trobem:

1. Recursos personals: Inclouen factors interns que enforteixen la resiliència d'una persona, com l'autoestima, l'autoeficàcia, les habilitats d'aprenentatge i els valors positius. Aquests recursos ajuden els individus a afrontar dificultats i a desenvolupar-se de manera plena, augmentant la seua capacitat per a mantenir una vida saludable i significativa.
2. Recursos comunitaris: Engloben els recursos que hi ha en la comunitat, com les xarxes de suport familiar i social, la cohesió social i la solidaritat. Aquests recursos promouen un sentit de pertinença i suport que enforteix el benestar individual i col·lectiu.
3. Recursos institucionals: Es refereixen a polítiques i estructures creades per organitzacions i governs per a garantir condicions de vida que promouen la salut. Inclouen condicions laborals segures, oportunitats de participació cívica, justícia social, habitatges adequats i accessibles, i recursos ambientals que afavoreixen un entorn saludable.

Segons Morgan i Ziglio (2008), un actiu per a la salut pot definir-se com "qualsevol factor o recurs que potencie la capacitat dels individus, comunitats i poblacions per a mantenir la salut i el benestar". Aquesta definició integra una visió àmplia i positiva de la salut, entesa com un procés continu i no sols com l'absència de malaltia [237, 238].

Model d'actius per a la salut

El model d'actius per a la salut es basa a identificar, enfortir i aprofitar aquests recursos en compte d'enfocar-se únicament en la prevenció o el control de malalties [239]. Aquest enfocament permet

que els individus i les comunitats desenvolupen un sentit d'autogestió i resiliència enfront dels reptes, i que es cree un estat de salut positiu a llarg termini. Els aspectes clau d'aquest model inclouen:

- Enfocament en la promoció de la salut positiva i en els factors de protecció: El model no es limita a evitar malalties, sinó que fomenta el desenvolupament d'una salut integral, reconeixent que el benestar és un procés que es construeix en el temps.
- Generació i aplicació de nous coneixements: Permet que els legisladors i especialistes reunisquen coneixements pràctics i empírics sobre els actius que promouen la salut, i facilitar així el desenvolupament de polítiques i estratègies orientades al benestar.
- Enfocament del curs de vida: Els actius per a la salut s'analitzen en cada fase de la vida, des de la infantesa fins a la vellesa, perquè cada persona dispose dels recursos necessaris en cada etapa i puga desenvolupar-se plenament al llarg de la vida.
- Participació juvenil i comunitària: El model involucra activament la joventut i les comunitats, reconeixent la importància que aquests actors participen en la identificació dels seus propis actius i en el desenvolupament de solucions adequades.
- Reducció de desigualtats: En emfatitzar els actius presents en cada context social, el model té el potencial de reduir desigualtats en salut i, per tant, fa accessibles i sostenibles les opcions de benestar i creixement personal i comunitari.

La salut positiva i els actius per a la salut cerquen facilitar i fer accessibles opcions que permeten el benestar, el creixement i l'envelliment saludable de les persones. Aquest enfocament inclou la idea que la salut no és només l'absència de malaltia, sinó també la capacitat dels individus per a manejar la seua vida de manera significativa i satisfactòria. En aquesta lògica, els actius funcionen com a recursos que cada persona pot usar per a aconseguir un estat de benestar integral i millorar la qualitat de vida.

Per a implementar efectivament el model d'actius en salut, els professionals han d'adoptar una perspectiva que identifique i promoga els recursos i fortaleces disponibles en els individus, les famílies i les comunitats. Algunes de les accions clau inclouen:

- Avaluació dels mapes d'actius: Els professionals han d'identificar els actius existents en cada comunitat i context, incloent-hi xarxes de suport, habilitats personals i recursos institucionals, per a crear un mapa d'actius realista i aplicable.
- Canvi en la perspectiva de salut pública: Aquest enfocament suggereix substituir preguntes com: "De què emmalalteixen i moren les persones d'aquesta comunitat?", per: "De què i com viuen?", i promoure així una mirada més integral que aborde els aspectes positius de la vida i l'entorn de les persones.
- Suport en el desenvolupament de polítiques i programes basats en actius: Els professionals de la salut també tenen el repte de fomentar polítiques que permeten que les persones i comunitats reconeguen i usen els seus propis recursos per al benestar, i reduir-ne, així, la dependència dels serveis de salut.

Aquest enfocament suposa un canvi de paradigma en el qual la salut es percep com un procés de creixement continu, i el rol dels professionals s'amplia per a ser facilitadors i guies, més que només proveïdors de tractament.

Model d'actius comunitaris (Kretzmann i McKnight, 1993)

El model d'actius comunitaris, desenvolupat per Kretzmann i McKnight en 1993, és un enfocament centrat en el desenvolupament de comunitats desfavorides mitjançant la identificació, enfortiment i

aprofitament de les seues capacitats, habilitats i recursos propis. Aquest model cerca crear un “mapa d'actius” que permeta visualitzar i reconèixer les fortaleces individuals, col·lectives i ambientals presents en una comunitat, donant-los el valor i ús necessari per a fomentar-ne el benestar i resiliència [240, 241].

A diferència d'altres models que s'enfoquen en les mancances o problemes, el model d'actius comunitaris es basa en la premissa que tota comunitat, fins i tot les que afronten majors adversitats, posseeix recursos i fortaleces que poden contribuir a millorar la seua salut i qualitat de vida. Com assenyala Francisca Anaya Cintes, “la comunitat té un paper essencial en la identificació d'actius; la diferència entre un recurs que genera salut i un que no és que la comunitat el reconeix i el defineix com un element que millora el benestar”. En aquest model, el protagonisme comunitari és fonamental, ja que els membres mateixos identifiquen i valoren els recursos disponibles, la qual cosa facilita el sentit de propietat i compromís amb les solucions proposades. Els principis clau d'aquest model són:

1. Participació activa de la comunitat: El model fomenta una participació activa en la qual els membres de la comunitat no sols identifiquen els seus actius, sinó que també contribueixen a enfortir-los i aplicar-los en benefici de tothom.
2. Mapatge d'actius: Aquest procés implica la creació d'un mapa d'actius que recull les fortaleces individuals (habilitats, talents), col·lectives (xarxes de suport, grups locals) i ambientals (espais públics, recursos naturals) de la comunitat. Aquest mapatge facilita una visió integral i positiva de la comunitat, que permet un enfocament de desenvolupament centrat en els recursos i potencial [238].
3. Enfortiment de la resiliència comunitària: En descobrir i activar aquests actius, el model impulsa les comunitats a dependre dels seus propis recursos, de manera que es promou una resiliència sostenible que va més enllà de l'assistència externa.

Per a implementar aquest model és necessari seguir un procés estructurat que permeta identificar i activar els recursos disponibles en la comunitat. Ací es descriuen els passos fonamentals per a desenvolupar un mapa d'actius comunitaris:

1. Organitzar un grup de treball comunitari: Crear un equip de membres de la comunitat que incloga persones de diferents edats, interessos i rols dins de la comunitat (líders, membres de grups locals, joves, etc.). Aquest grup serà responsable de liderar el procés de mapatge i facilitar la participació de tota la comunitat.
2. Identificar actius individuals: En aquesta fase s'identifiquen les habilitats, talents i capacitats de cada persona dins de la comunitat. Poden ser habilitats tècniques, talents artístics, coneixements pràctics o qualsevol qualitat que cada membre aporte. Aquestes dades es poden recopilar a través d'entrevistes, enquestes o reunions comunitàries, i promoure l'intercanvi de coneixements.
3. Identificar actius comunitaris i xarxes de suport: Ací s'enfoquen els actius que hi ha a nivell grupal, com xarxes de suport, associacions de veïns, grups de voluntariat, espais comunitaris i organitzacions locals que fomenten la cohesió i solidaritat. Es poden celebrar reunions obertes i tallers per a facilitar la identificació i el reconeixement d'aquests recursos.
4. Identificar actius institucionals i ambientals: Els recursos ambientals i institucionals també són essencials i abasten des d'espais públics, parcs i centres de reunió fins a serveis de salut,

biblioteques i centres educatius. També es poden considerar els recursos naturals i mediambientals, com àrees verdes, fonts d'aigua o horts comunitaris.

5. Construir el mapa d'actius: Reunir tota la informació recopilada per a construir un mapa d'actius visual i accessible, on es detallen tots els recursos identificats i la seua ubicació en la comunitat. Aquest mapa pot ser físic o digital, ha de ser accessible per a tots els membres de la comunitat i ha d'incloure descripcions dels actius i com poden ser usats o activats.
6. Implementar projectes basats en actius: Amb el mapa d'actius, la comunitat pot planificar i implementar projectes que aprofiten els recursos disponibles. Això pot incloure activitats com programes de salut preventiva, tallers educatius, esdeveniments de cohesió social i el desenvolupament d'espais verds, tot amb l'objectiu de millorar la salut i el benestar.
7. Avaluar i actualitzar el mapa d'actius: El procés de mapatge és dinàmic, per la qual cosa és important que la comunitat avalue regularment l'efectivitat dels actius i actualitze el mapa segons siga necessari. A mesura que la comunitat creix i es desenvolupa, també ho faran els recursos i les necessitats, per la qual cosa el mapa ha de reflectir aquests canvis.

El desenvolupament d'un mapa d'actius permet que la comunitat visualitze els seus recursos de manera tangible, i que es fomenti una cultura de col·laboració i enfortiment de les xarxes socials. En basar-se en les fortaleeses i no en les debilitats, el model empodera les persones i els brinda eines per a abordar els seus propis problemes de salut i benestar, fet que genera un entorn més resilient i autosostenible.

A més, el procés de mapatge ajuda a reduir la dependència d'intervencions externes, ja que promou un enfocament basat en l'autogestió i en l'ús de recursos interns. Això no sols millora la salut física i mental dels individus, sinó que també enforteix el teixit social, promou la igualtat i un ambient de suport mutu dins de la comunitat.

Facultat d'Infermeria i Podologia

Capítol 21: Educació per a la salut

Educació per a la salut (EPS) i alfabetització sanitària

Des de l'enfocament de promoció de la salut, que inclou l'educació per a la salut (EPS) com a element clau (Carta d'Ottawa, 1986)[242], s'entén l'EPS com una forma específica de treball que cerca dotar les persones de coneixements i habilitats per a prendre decisions que afecten positivament la seua salut.

L'alfabetització sanitària es defineix com el conjunt d'habilitats socials i cognitives que determinen la capacitat de les persones per a accedir, comprendre i utilitzar la informació relacionada amb la salut de manera que promoga i mantinga el seu benestar. Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), és un procés clau que permet que els individus prenguen decisions informades, milloren la qualitat de vida i participen activament en la gestió de la seua salut [241, 243-246].

L'alfabetització sanitària no ocorre en un buit, sinó que està influïda per diversos factors, com ara:

1. Socioeconòmics: Ingressos, nivell educatiu i accés a recursos bàsics.
2. Culturals: Creences, valors i tradicions relacionats amb la salut.
3. Individuals: Capacitat de lectura, habilitats digitals i coneixement previ sobre temes de salut.
4. Sistemes de salut: Complexitat de la informació proporcionada, llenguatge usat i disponibilitat de programes educatius.
5. Tecnològics: Accés i competència en l'ús d'eines digitals, com aplicacions i plataformes en línia.

Aquests factors interactuen per a facilitar o dificultar la comprensió i l'ús adequat de la informació sanitària. L'evolució dels models en alfabetització sanitària ha permès comprendre millor com s'adquireixen i utilitzen aquestes habilitats. Els models destacats inclouen:

1. Model de Sørensen (2012). Aquest model holístic combina components individuals i contextuais per a explicar com es desenvolupa l'alfabetització sanitària. Identifica quatre dimensions fonamentals:

- Accés: Habilitat per a trobar informació rellevant.
- Comprensió: Capacitat per a interpretar i processar la informació rebuda.
- Avaluació: Judici crític per a determinar la validesa i aplicabilitat de la informació.
- Aplicació: Ús efectiu de la informació per a prendre decisions saludables.

El model destaca que aquestes dimensions estan influïdes per l'entorn social, cultural i polític, i que l'alfabetització sanitària és tant un procés com un resultat.

2. Model de Nutbeam (2000). Aquest model classifica l'alfabetització en tres nivells:

- Funcional: Enfocada en habilitats bàsiques de lectura i escriptura per a seguir instruccions simples relacionades amb la salut.
- Interactiva: Habilitats avançades que permeten comprendre informació més complexa i participar activament en discussions relacionades amb la salut.
- Crítica: Capacitat per a analitzar informació de manera crítica i prendre decisions fonamentades, considerant factors socials i polítics.

Nutbeam emfatitza que l'alfabetització en salut no és només un mitjà per a comprendre informació, sinó un mecanisme per a millorar la participació comunitària i l'equitat en salut.

3. Model d'eSalud. Amb la creixent digitalització, aquest model aborda l'alfabetització sanitària en entorns digitals. Se centra en:

- Accés a tecnologies digitals: Competència per a usar eines com aplicacions de salut, portals en línia i dispositius mèdics electrònics.
- Avaluació de la informació digital: Capacitat per a identificar fonts de confiança i evitar informació errònia.
- Comunicació interactiva: Ús de plataformes digitals per a interactuar amb professionals de la salut i comunitats de suport.

El model subratlla la importància de l'alfabetització digital com a part integral de l'alfabetització sanitària en l'era moderna.

La baixa alfabetització sanitària té conseqüències significatives per als individus i els sistemes de salut, entre elles:

- Augment de malalties prevenibles: Les persones amb baixa alfabetització tenen menys probabilitats d'adoptar comportaments saludables, com vacunar-se o seguir dietes equilibrades.
- Major ús de serveis d'emergència: Per falta de comprensió de mesures preventives i d'autocura, recorren sovint a atencions d'urgència.
- Resultats de salut deficientes: Més risc de complicacions i menys adherència a tractaments mèdics.
- Inequitat en salut: Les poblacions vulnerables s'enfronten a barreres addicionals per a accedir i usar informació sanitària.

Educació per a la salut què és?

Es pot definir l'educació per a la salut (EPS) com un procés multidimensional i planificat d'ensenyament-aprenentatge, destinat a proporcionar a les persones, famílies i comunitats les eines necessàries per a millorar la seua salut i qualitat de vida. A través d'estratègies informatives, educatives i participatives, l'EPS cerca fomentar el coneixement, les actituds i els comportaments que afavoreixen la prevenció de malalties, la promoció del benestar i l'adopció de pràctiques saludables[247].

El terme ha anat evolucionant, amb una sèrie de definicions clau respecte a l'EPS:

1. Gilbert (dècades de 1940-1950): Va proposar que l'EPS consistia a "instruir les gents en matèria d'higiene, de tal forma que apliquen els coneixements adquirits al perfeccionament de la salut". Aquesta visió se centra en la transmissió de coneixements bàsics, especialment en higiene, com a base per a millorar la salut.
2. Berthet (1983): Ampliant la perspectiva, Berthet va assenyalar que l'EPS no és només una disciplina, sinó una actitud interna i un marc de pensament i acció. Segons ell, l'EPS requereix la integració de diverses ciències (mèdiques, pedagògiques, psicològiques, socials i econòmiques) i ha d'abordar no sols els individus, sinó també les famílies i comunitats.
3. Organització Mundial de la Salut (OMS, 1983): L'OMS defineix l'EPS com una combinació d'activitats informatives i educatives que motiven les persones a desitjar estar sanes, les ensenyen com aconseguir-ho i les animen a cercar ajuda quan ho necessiten. Aquesta

definició ressalta la integració d'esforços individuals i col·lectius per al manteniment de la salut.

4. M^a Antonia Modolo (1987): Modolo va descriure l'EPS com un instrument clau en la promoció de la salut i l'acció preventiva. Va emfatitzar-ne el caràcter metodològic, centrat a implicar tant els individus com els grups en accions responsables de cura i defensa de la salut.
5. Costa i López (1996): Per a aquests autors, l'EPS és un procés sistemàtic i planificat de comunicació dissenyat per a facilitar l'adquisició, elecció i manteniment de pràctiques saludables mentre dificulta les pràctiques de risc.
6. M^a Isabel Serrano (1998): Serrano va emfatitzar que l'EPS és una activitat intencional que s'ha de basar en un programa estructurat, amb anàlisi de la realitat, definició de problemes, objectius clars, activitats específiques, contingut rellevant, avaluació i mètodes definits.

Així, en funció d'aquestes definicions, l'EPS no és només la transmissió d'informació, sinó un enfocament transformador que cerca impactar en el comportament, les actituds i les estructures socials que determinen la salut. L'objectiu és crear un entorn en què les persones no sols tinguen accés als coneixements necessaris per a cuidar de la seua salut, sinó també les habilitats i el suport per a implementar canvis sostenibles en les seues vides. Les definicions anteriors tenen en comú que:

1. Proporcionen informació accessible i adequada a les necessitats i contextos reals dels individus i comunitats, i permeten decisions informades i responsables enfront de factors de risc i oportunitats de prevenció.
2. Capaciten les persones per a gestionar les seues pròpies cures i participar activament en els diferents nivells d'atenció sanitària.
3. Integren múltiples disciplines, com les ciències mèdiques, pedagògiques, psicològiques i socials, per a abordar de manera holística la salut d'individus i comunitats.
4. Operen com un procés dinàmic que combina comunicació, ensenyament i aprenentatge amb estratègies metodològiques, fomenta pràctiques saludables i redueix riscos.
5. Promouen l'acció col·lectiva i l'empoderament dels grups socials perquè adopten hàbits i comportaments favorables a la salut.

Objectius de l'EPS

L'Educació per a la Salut (EPS) és un procés estratègic que cerca impactar de manera positiva en la salut individual i col·lectiva a través de canvis en comportaments, valors i estructures socials [248-250]. Basant-se en les idees proposades per Hannu Vuori, els seus objectius poden resumir-se en tres grans àrees d'acció interrelacionades i enriquides amb enfocaments moderns [251]:

1. Influir sobre comportaments individuals. L'objectiu primari de l'EPS és empoderar les persones perquè adopten hàbits saludables i reduïsquen conductes de risc. Això s'aconsegueix mitjançant:

- Provisió d'informació accessible i comprensible que permeta que els individus prenguen decisions fonamentades sobre la seua salut.
- Promoció de l'aprenentatge actiu, en què les persones desenvolupen habilitats per a aplicar el que han après en la seua vida diària.
- Canvi d'actituds i percepcions, fomentant una mentalitat proactiva cap a la prevenció i l'autocura.

Per exemple, les campanyes per a reduir el tabaquisme no sols eduquen sobre els riscos del cigarret, sinó que també reforcen motivacions internes per a abandonar l'hàbit.

2. Modificar els valors socials envers la salut. L'EPS cerca transformar les normes i valors socials que condicionen els comportaments col·lectius en relació amb la salut. Això inclou:

- Sensibilització comunitària sobre la importància de la salut com un bé comú i un dret humà.
- Foment d'una cultura de salut sostenible, en què el benestar es perceba com un valor prioritari en la societat.
- Reducció d'estigmes i discriminació relacionats amb malalties o condicions específiques, promovent la inclusió i el respecte.

Un exemple d'aquest objectiu és l'esforç global per normalitzar l'ús del cinturó de seguretat, la qual cosa ha portat a una reducció significativa d'accidents fatals.

3. Promoure polítiques i decisions col·lectives. L'EPS també té com a meta influir en les estructures socials i polítiques que determinen les condicions de salut de la població. Per a aconseguir això, l'EPS:

- Promou intervencions basades en evidència, com lleis i regulacions que milloren la salut pública (p. ex., impostos al sucre per a reduir el consum de begudes ensucrades).
- Incentiva la participació ciutadana en el disseny i aplicació de polítiques de salut, fomentant la corresponsabilitat en la gestió del benestar col·lectiu.
- Adverteix sobre desigualtats en salut i encoratja decisions polítiques que prioritzen les poblacions vulnerables.

Aquest objectiu es reflecteix en polítiques de vacunació massiva, que no sols protegeixen els individus, sinó que generen immunitat col·lectiva.

Models d'educació per a la salut: Evolució i enfocaments

L'educació per a la salut ha experimentat una evolució significativa al llarg dels anys, adaptant-se als avenços en la comprensió del comportament humà, les dinàmiques socials i les necessitats de les comunitats. Aquesta evolució pot entendre's a través de tres generacions de models, cadascuna amb característiques i enfocaments únics que reflecteixen els canvis en les estratègies d'intervenció i els objectius de salut pública [247, 250].

1. Primera generació (informativa): Difusió d'informació bàsica. El primer model d'educació per a la salut es va centrar en la transmissió d'informació sobre hàbits saludables i malalties. En aquesta etapa va predominar un enfocament unidireccional, en què els professionals de la salut actuaven com els principals transmissors de coneixements, mentre que la població assumia un rol passiu com a receptora. El propòsit principal d'aquest model era augmentar la consciència pública sobre temes com la higiene, la nutrició i la prevenció de malalties. No obstant això, es considerava que simplement proporcionar informació portaria a canvis en el comportament, la qual cosa va demostrar ser una estratègia insuficient a llarg termini, perquè no abordava les barreres socials, emocionals i psicològiques que influeixen en les decisions de salut.
2. Segona generació (centrada en el comportament): Ús d'enfocaments com conductisme i cognitivisme. La segona generació de models d'educació per a la salut va ampliar l'enfocament en incloure teories psicològiques més complexes, que consideraven el comportament humà de manera més integral. Els enfocaments conductistes i cognitius van ser predominants en aquest període. A través del conductisme se cercava modificar directament les conductes mitjançant reforços i càstigs, i es plantejava que els individus podien aprendre a adoptar comportaments saludables a través de la repetició i la recompensa. D'altra banda, els

enfocaments cognitivistes reconeixien la importància dels processos mentals, com la percepció, la memòria i la presa de decisions, i com aquests influïen en les accions dels individus. En aquest model es promovien estratègies com l'autogestió, l'establiment de metes personals i la modificació de pensaments i actituds per a aconseguir canvis sostenibles en els hàbits de salut. No obstant això, aquest model també va mostrar limitacions, ja que no sempre aconseguia tenir en compte les influències socials i culturals que afecten profundament el comportament humà.

3. Tercera generació (crítica): Investigació participativa i acció comunitària. La tercera generació de models d'educació per a la salut va emergir com a resposta a les limitacions dels enfocaments anteriors, i va adoptar una perspectiva més crítica i reflexiva. Aquest model posa èmfasi en la participació activa de la comunitat en el procés d'aprenentatge i en la identificació de problemes de salut des de l'experiència dels individus mateixos. La investigació participativa es converteix en un eix central i promou un enfocament col·laboratiu en el qual els membres de la comunitat no sols són receptors d'informació, sinó actors fonamentals en la creació de solucions que responguen a les seues realitats específiques. A través de l'acció comunitària es pretén empoderar les persones donant-los les eines necessàries per a incidir en l'entorn i prendre decisions informades sobre la seua salut. Aquest model també posa de manifest la importància de les estructures socials i polítiques que influeixen en la salut, reconeixent que l'educació per a la salut ha d'abordar les desigualtats i les condicions socioeconòmiques per a ser veritablement efectiva. En aquest context, es promou un canvi en les polítiques públiques i un enfocament intersectorial per a millorar les condicions de salut de la població.

Aquests tres models d'educació per a la salut reflecteixen l'evolució de la nostra comprensió sobre la relació entre els individus, les comunitats i la salut. Mentre que els models de les primeres generacions se centraven en la transmissió de coneixements i en la modificació del comportament, el model de la tercera generació destaca la importància de la participació comunitària, l'equitat i un enfocament integral. Cada model ha aportat elements valuosos a l'educació per a la salut, però és en la integració i en el reconeixement dels determinants socials, culturals i emocionals de la salut on es troben les claus per a aconseguir un impacte durador i positiu en la salut pública.

L'educació per a la salut ha evolucionat significativament amb el temps i s'ha anat adaptant als canvis en la societat, la ciència i les necessitats de salut de les poblacions. Si bé l'educació per a la salut tradicional s'enfocava principalment en la transmissió de coneixements bàsics i generals, l'educació per a la salut actual té un enfocament més integral, interactiu i adaptat a la diversitat de contextos socials i culturals. A continuació es comparen les dues maneres d'abordar l'educació en salut.

Educació per a la salut tradicional enfront l'actual

L'educació per a la salut tradicional es caracteritza per un enfocament unidireccional, en el qual el professional de salut és el principal transmissor d'informació, i el receptor (comunament un pacient o la comunitat) té un rol passiu. En aquest model els objectius principals eren:

1. Transmissió d'informació: L'enfocament estava centrat en el lliurament de coneixements bàsics sobre la prevenció de malalties i la cura de la salut, sovint a través de xarrades o materials educatius (fullets, cartells, conferències).

2. Enfocament en la prevenció: L'èmfasi estava a educar sobre la prevenció de malalties específiques, com les infeccions, malalties de transmissió sexual i malalties cròniques, a través de la promoció de pràctiques com el rentat de mans, la vacunació o l'alimentació saludable.
3. Falta de personalització: L'educació per a la salut tradicional tendia a ser generalitzada, sense considerar en la majoria les característiques individuals o socials de les persones a les quals anava dirigida. No es tenia en compte la diversitat cultural, les condicions socials o les barreres personals que pogueren afectar la capacitat de la població per a aplicar el que havien après.
4. Enfocament mèdic: Generalment es partia d'una visió de la salut com a absència de malaltia, centrada en la cura mèdica i a evitar o tractar malalties, sense un enfocament ampli de benestar.

L'educació per a la salut actual ha evolucionat cap a un enfocament més integral, participatiu i personalitzat, centrat en l'empoderament de les persones per a prendre decisions informades sobre la seua salut. Els canvis principals inclouen:

1. Enfocament participatiu i interactiu: A diferència del model tradicional, en l'enfocament actual es busca que les persones siguin protagonistes actives en el seu propi procés d'aprenentatge. Els professionals de la salut no sols transmeten informació, sinó que fomenten la participació de la comunitat, el diàleg i la reflexió conjunta, involucrant les persones en la presa de decisions relacionades amb la seua salut.
2. Personalització i contextualització: L'educació per a la salut moderna reconeix la diversitat de les persones i els seus contextos. S'adapta a les necessitats específiques de diferents grups (infants, persones majors, persones amb malalties cròniques, etc.) i té en compte factors com el nivell educatiu, les creences culturals, les condicions socioeconòmiques i les barreres d'accés a la informació. A més, s'enfoca en temes com la salut mental, el benestar emocional i l'accés a serveis de salut adequats.
3. Ús de tecnologia: La digitalització ha transformat la manera com es duu a terme l'educació per a la salut. Plataformes en línia, aplicacions mòbils, vídeos educatius, xarxes socials i altres mitjans digitals són eines essencials per a promoure l'educació en salut de manera més accessible, flexible i atractiva. Això també permet arribar a una audiència més àmplia i diversa.
4. Promoció d'estils de vida saludables: L'educació actual no sols s'enfoca en la prevenció de malalties, sinó que promou un enfocament integral de la salut, que inclou estils de vida saludables (alimentació equilibrada, exercici regular, maneig de l'estrès, prevenció d'addiccions, entre altres) i la salut mental. També destaca la importància de l'autocura, l'educació sobre salut reproductiva, la sexualitat i la prevenció de la violència.
5. Empoderament i autocura: Un aspecte clau de l'educació moderna és l'empoderament de les persones. Se les anima a prendre decisions informades i responsables sobre la seua salut i a gestionar el seu benestar de manera proactiva. Es promou l'autocura com a part integral de la vida diària, i es brinden eines pràctiques perquè les persones puguin aplicar en la vida quotidiana el que han après.
6. Intervencions comunitàries i treball en xarxa: En compte de centrar-se únicament en l'individu, l'educació per a la salut actual també advoca per un enfocament comunitari. Les estratègies d'intervenció inclouen la creació de xarxes de suport social i la col·laboració amb organitzacions locals per a abordar els determinants socials de la salut i promoure un canvi de comportament sostenible.

Mentre que l'educació tradicional per a la salut es basava en un model de transmissió unidireccional d'informació des del professional de salut cap a la població, l'educació per a la salut actual se centra

en un enfocament més inclusiu i dinàmic. Aquest no sols busca prevenir malalties, sinó també millorar el benestar general, adaptant-se a les necessitats i realitats de cada persona i comunitat. L'enfocament actual és més inclusiu, usa tecnologies innovadores, adapta els continguts als contextos específics i promou la participació activa i l'empoderament dels individus.

La transició cap a un model d'educació més participatiu i holístic reflecteix una comprensió més profunda de la salut que va més enllà de l'absència de malaltia i considera el benestar integral de les persones, reconeixent la importància de factors socials, emocionals i culturals en la promoció de la salut.

Àrees d'intervenció de l'Eps.

Les àrees d'intervenció de les educacions per a la salut són més àmplies i se centren en diversos aspectes que afecten la salut de la població. Es divideixen en diverses categories, entre elles:

1. Problemes de salut: Les intervencions d'EPS aborden problemes de salut específics de la població afiliada, com malalties cròniques (hipertensió, diabetis, etc.), infeccions i altres condicions que requereixen monitorització constant i atenció mèdica especialitzada.
2. Estils de vida: En un enfocament preventiu, les intervencions d'EPS també intervenen en la promoció d'hàbits de vida saludables, com l'activitat física, la nutrició adequada, el control de l'estrès i la prevenció de malalties associades a l'estil de vida (com l'obesitat, el consum de tabac i alcohol). Aquestes intervencions cerquen reduir la càrrega de malalties prevenibles.
3. Transicions vitals: Les intervencions d'EPS també s'encarreguen de l'atenció en diferents etapes de la vida, com la infantesa, l'adolescència, la maternitat o la vellesa, entre altres. La intervenció en les transicions vitals implica promoure la salut reproductiva, la planificació familiar, l'acompanyament en l'embaràs i el part, així com la cura geriàtrica.

En aquest sentit, les intervencions educatives no sols actuen en la curació de malalties, sinó també en la prevenció i promoció de la salut al llarg de la vida de les persones. El personal d'infermeria comunitària té un paper fonamental en la implementació d'aquestes intervencions, especialment en el nivell de l'atenció primària. El seu rol s'estén més enllà de les funcions tradicionals de cura i administració de tractaments, i s'enfoca en la promoció i prevenció de la salut, fet que enforteix la connexió entre les EPS i la comunitat. Algunes de les funcions que desenvolupa són:

1. Promoció de la salut i prevenció de malalties: El personal infermer treballa en campanyes de sensibilització, educació en salut i promoció d'estils de vida saludables. Això inclou l'orientació sobre la importància de la nutrició, l'exercici, la higiene, l'autocura i la prevenció de malalties cròniques.
2. Vigilància epidemiològica: A través de la seua proximitat amb la comunitat, el personal d'infermeria comunitària fa seguiments, monitorea condicions de salut de grups vulnerables i s'assegura que els programes de vacunació i detecció de malalties s'implementen correctament.
3. Intervenció en les transicions vitals: El personal d'infermeria comunitària també exerceix un rol actiu a acompanyar les persones durant les transicions vitals. En la maternitat, per exemple, pot educar sobre l'embaràs saludable, cures postpart i lactància. En la vellesa, pot oferir orientació sobre el maneig de malalties cròniques i millorar la qualitat de vida de les persones majors.

4. Xarxa de suport: El personal d'infermeria comunitària actua com un pont entre els serveis de salut i la comunitat. Això inclou la identificació de necessitats específiques de salut, la coordinació de cites mèdiques i l'acompanyament a pacients en els tractaments. A més, té un paper clau en l'enfortiment del sentit de comunitat i suport mutu.

Tipus d'intervencions en EPS

La intervenció en educació per a la salut (EPS) és fonamental per a millorar el benestar de la població, promovent comportaments saludables i fomentant l'accés a informació clara i rellevant. Hi ha diverses formes d'intervenció, que s'adapten a les necessitats i contextos dels individus i les comunitats[247]. Entre els tipus d'intervencions destaquen:

1. Consell/informació: Breus recomanacions motivadores durant les consultes. El consell o la informació són intervencions breus que es donen en el context de consultes mèdiques o professionals de la salut. L'objectiu principal és proporcionar recomanacions immediates i pràctiques que motiven el pacient a fer canvis en el seu comportament per a millorar la seua salut. Aquestes intervencions solen ser directes i enfocades en necessitats específiques, com la millora en hàbits d'higiene, la prevenció de malalties o el canvi d'estil de vida. Així, per exemple, durant una consulta, el personal d'infermeria pot oferir consells sobre la importància de reduir el consum de sal per a prevenir la hipertensió. També pot recomanar que el pacient augmente l'activitat física diària, posant exemples d'exercicis simples que podria incorporar en la rutina. L'avantatge és que són intervencions són ràpides, fàcils d'aplicar i poden tenir un impacte positiu immediat si es comuniquen de manera clara i accessible.
2. Educació individual: Consultes programades per a treballar capacitats en temes específics (diabetis, alimentació, etc.). L'educació individual és una intervenció més personalitzada que es realitza mitjançant consultes programades, en què l'objectiu és aprofundir en temes específics de salut segons les necessitats de cada pacient. A través d'aquestes sessions es treballen capacitats i habilitats perquè l'individu prenga decisions informades sobre la seua salut. Poden involucrar temes complexos, com la gestió de malalties cròniques, hàbits alimentaris o maneig de l'estrès, entre altres. Així, per exemple, una pacient amb diabetis pot assistir a consultes periòdiques amb infermeria, en què se li ensenya com llegir etiquetes d'aliments, planificar els àpats i monitorar els nivells de glucosa. En aquestes sessions, la pacient també aprèn sobre la importància de l'activitat física i com incorporar-la a la rutina diària. L'avantatge és que ofereix un enfocament individualitzat, la qual cosa permet abordar de manera precisa les necessitats de cada persona i afavoreix la implementació de canvis sostenibles a llarg termini.
3. Educació grupal: Sessions dirigides a grups per a millorar capacitats col·lectives en problemes de salut. L'educació grupal és una intervenció en la qual un professional de la salut treballa amb un grup de persones per a millorar els seus coneixements i habilitats sobre un tema de salut comuna. Aquesta modalitat aprofita la interacció entre els participants per a fomentar l'aprenentatge col·laboratiu i el suport mutu, la qual cosa pot millorar l'adherència als canvis de comportament. Per exemple, un grup de pacients amb obesitat podria participar en una sèrie de tallers sobre hàbits alimentaris i exercici físic. En cada sessió, els participants comparteixen les seues experiències i dificultats, mentre que el facilitador proporciona eines i estratègies per a implementar canvis saludables. Aquest enfocament grupal no sols facilita l'aprenentatge, sinó que també crea un sentit de comunitat i suport. La dinàmica grupal

afavoreix la motivació col·lectiva i la resolució de problemes en equip, i permet que els participants aprenguen els uns dels altres i senten el suport dels seus companys.

4. Promoció de salut: Estratègies per a millorar capacitats individuals i condicions de l'entorn. La promoció de salut és un enfocament més ampli que va més enllà de les intervencions individuals o grupals, i s'enfoca a millorar tant les capacitats personals com les condicions de l'entorn social i físic. Aquesta estratègia cerca crear un entorn favorable per a la salut a través de polítiques, programes i accions que promoguen comportaments saludables a nivell poblacional i canvien les condicions socials, econòmiques i ambientals que afecten la salut. Per exemple, una campanya de promoció de la salut en una comunitat pot centrar-se en la prevenció de malalties cardiovasculars. A més d'oferir tallers sobre nutrició i exercici, es poden fer millores en l'entorn, com la construcció de parcs i espais públics per a facilitar l'activitat física. També es podrien implementar polítiques locals que restringisquen la venda d'aliments ultraprocessats al voltant d'escoles i hospitals. L'avantatge és que la promoció de salut aborda de manera integral els factors socials, econòmics i ambientals que influeixen en la salut, i cerca canvis a llarg termini en la comunitat i en la societat en general.

Cada tipus d'intervenció en EPS té el seu lloc i pot ser eficaç depenent del context i els objectius establits. Mentre que les intervencions de consell o informació són útils per a recomanacions ràpides i específiques, l'educació individual i grupal permet un enfocament més profund i col·laboratiu. Finalment, la promoció de salut crea condicions més favorables perquè els individus puguin adoptar i mantenir comportaments saludables, en actuar sobre els determinants socials de la salut. La combinació d'aquests enfocaments és clau per a millorar la salut de la població de manera sostenible.

Prevenció: Un pilar fonamental en el sistema sanitari

La prevenció és una de les funcions més importants del sistema sanitari, perquè abasta tots els serveis dirigits a la persona amb l'objectiu d'evitar l'aparició de malalties o frenar-ne la progressió. Aquest procés s'organitza en tres nivells distints però interrelacionats, cadascun amb una naturalesa i enfocament propis.

Prevenció primària. La prevenció primària inclou una sèrie d'activitats i estratègies orientades a prevenir l'aparició de malalties o a reduir la probabilitat que ocorreguen. L'objectiu és disminuir la incidència de malalties en la població mitjançant la modificació dels factors de risc.

- Objectiu: El principal objectiu és evitar que les persones emmalaltisquen. Les accions de prevenció primària es desenvolupen en l'etapa prepatogènica, és a dir, abans que la malaltia es manifeste.
- Rol de l'educació per a la salut: En aquest nivell, l'educació per a la salut té un paper essencial en promoure conductes saludables que disminuïsquen els factors de risc (com el tabac, el sedentarisme o una dieta poc saludable) i augmenten els factors de protecció (com l'activitat física regular, una nutrició adequada o el benestar psicològic). Les campanyes d'informació, la sensibilització i les activitats educatives són fonamentals per a capacitar les persones i comunitats perquè adopten hàbits saludables.

Prevenció secundària. La prevenció secundària s'enfoca a detectar i tractar les malalties en les primeres etapes, amb la finalitat de reduir-ne la prevalença i limitar-ne la duració i complicacions. Aquest nivell es basa principalment en la detecció precoç de malalties i la intervenció primerenca.

- Objectiu: L'objectiu és disminuir la prevalença de malalties, evitant que progressen i reduint les complicacions a través d'un diagnòstic primerenc i un tractament adequat.
- Rol de l'educació per a la salut: L'educació per a la salut en la prevenció secundària se centra a facilitar l'aprenentatge de comportaments i actituds que afavorisquen la detecció precoç de problemes de salut. Exemples comuns són les malalties cardiovasculars, la depressió, la diabetis, el càncer, la violència familiar i les cremades. Les estratègies clau en aquest nivell són:
 - Autoexamen: Ensenyar la població a realitzar-se autoexàmens per a detectar signes primerencs de malalties, com en el cas del càncer de mama o de pell.
 - Participació activa en el diagnòstic precoç: Incentivar la població a participar en programes de diagnòstic primerenc, com les mamografies, les revisions mèdiques de pressió arterial o la revisió periòdica de colesterol.
 - Cribratge: Implementar programes de cribratge poblacional per a detectar malalties abans que es presenten símptomes, com en el cas del càncer cervical o de còlon.

Prevenció terciària. La prevenció terciària s'aplica quan la malaltia ja és present i té com a objectiu minimitzar-ne les conseqüències negatives, prevenir complicacions i millorar la qualitat de vida del pacient.

- Objectiu: En aquest nivell, la intervenció cerca reduir les incapacitats cròniques i les discapacitats funcionals causades per la malaltia. Això inclou millorar la qualitat de vida del pacient, disminuir la càrrega de la malaltia i facilitar la reintegració social i laboral.
- Rol de l'educació per a la salut: L'educació per a la salut en la prevenció terciària s'enfoca en la rehabilitació i en la prevenció de recaigudes. El seu rol és ensenyar al pacient a manejar la seua malaltia crònica, mantenir el benestar, seguir els tractaments adequats i adoptar comportaments que minimitzen les complicacions. Es treballa en l'enfortiment de les habilitats d'autocura i en l'adaptació a les limitacions de la malaltia.

L'educació sanitària inclou tant l'educació per a la salut com l'educació terapèutica, i es presenta com una estratègia clau en el sistema de salut. A través d'un procés dinàmic d'ensenyament-aprenentatge, l'educació sanitària té com a objectius primordials la promoció de la salut i la prevenció de malalties, amb el fi últim de millorar la qualitat de vida de les persones.

És important diferenciar entre educació per a la salut i educació terapèutica. Així, com hem comentat prèviament, l'educació per a la salut s'entén com un procés planificat i conscient que cerca millorar l'alfabetització sanitària de la població. Això implica augmentar el coneixement sobre aspectes fonamentals de la salut i desenvolupar habilitats que permeten que les persones prenguen decisions informades sobre el seu benestar. En canvi, l'educació terapèutica es refereix als processos educatius dirigits a persones que ja es troben malaltes, amb l'objectiu de millorar-ne la qualitat de vida i el benestar social. Això s'aconsegueix mitjançant la modificació d'actituds, aptituds i hàbits per a ajudar els pacients a adaptar-se millor a la seua condició i millorar-ne l'adherència als tractaments. L'educació terapèutica promou la participació activa del pacient en el tractament, fomenta la presa de decisions i afavoreix l'autocura, la qual cosa és essencial per al maneig de malalties cròniques i la prevenció de complicacions.

La prevenció en salut és un procés dinàmic i multifacètic que abasta tres nivells clau: primari, secundari i terciari. Cadascun d'aquests nivells té objectius específics, però tots comparteixen la finalitat comuna de millorar la salut de les persones i les comunitats. L'educació per a la salut i l'educació terapèutica són eines essencials en aquest procés, ja que no sols informen i sensibilitzen,

sinó que també empoderen les persones perquè prenguen un paper actiu en el seu benestar, des de la prevenció fins al maneig de malalties cròniques.

Fonament de l'educació per a la salut

L'educació per a la salut (EPS) es basa en principis pedagògics fonamentals que cerquen no sols informar, sinó també transformar i millorar els comportaments i hàbits de salut de les persones. En el nucli, l'EPS està centrada en l'aprenentatge significatiu, un procés que va més enllà de la simple transmissió d'informació i s'enfoca en la reconstrucció activa del coneixement. Aquest enfocament reconeix que l'aprenentatge no és només l'acumulació de dades, sinó un procés dinàmic i constructiu en què l'individu integra i reorganitza el seu coneixement previ amb la nova informació, i crea així una comprensió més profunda i duradora.

El concepte d'aprenentatge significatiu implica que el coneixement nou es connecta de manera rellevant amb els coneixements previs que l'individu ja posseeix. Segons David Ausubel, l'aprenentatge significatiu es produeix quan la nova informació es relaciona de manera substantiva amb l'estructura cognitiva de l'estudiant, és a dir, amb els coneixements, experiències i vivències que ja té. Aquest procés afavoreix no sols la comprensió del contingut, sinó també la capacitat d'aplicar aquest coneixement en contextos reals, la qual cosa resulta en un canvi profund en el comportament i les actituds.

A través d'aquest enfocament, l'aprenentatge en EPS no es limita a transmetre fets, sinó que s'enfoca a reconstruir i reorganitzar les experiències prèvies de l'individu amb els nous conceptes, de manera que crea un coneixement més flexible, aplicable i durador. És essencial que les persones establisquen vincles significatius entre els conceptes nous i aquells que ja posseeixen, per a aconseguir un aprenentatge que siga útil i pertinent per a la seua vida quotidiana. Aquest procés facilita no sols la retenció de la informació, sinó també la modificació d'actituds i comportaments envers la salut.

L'aprenentatge en EPS no ocorre de manera passiva ni lineal. Al contrari, cada persona arriba al procés educatiu amb una rica diversitat d'experiències, vivències i perspectives que influeixen en la seua manera d'aprendre. Aquestes experiències prèvies inclouen coneixements previs, sentiments, habilitats i maneres d'actuar relacionades amb la salut i el benestar. En aquest context, l'EPS busca integrar aquestes dimensions personals, perquè les persones no sols aprenguen fets o informació nova, sinó que reorganitzen la manera de pensar i actuar davant els desafiaments relacionats amb la salut.

L'aprenentatge en aquest enfocament es veu com un procés de construcció activa en què els individus assimilen noves informacions, les modifiquen i les consoliden d'acord amb les seues pròpies vivències i contextos. Aquest tipus d'aprenentatge té més probabilitat de ser durador i aplicable a la vida diària, ja que implica una adaptació contínua a les noves experiències i coneixements adquirits.

Un dels models que il·lustra perfectament com es produeix l'aprenentatge significatiu en el context de l'EPS és la piràmide de Glasser, un concepte clau que ressalta la importància de l'experiència pràctica en el procés educatiu. Aquesta piràmide, proposada per William Glasser, descriu diferents nivells d'aprenentatge, des de la simple recepció d'informació fins a l'aprenentatge més profund i efectiu que resulta de l'aplicació pràctica.

La piràmide s'estructura en diversos nivells, on cada capa representa un tipus d'experiència educativa que va des de l'aprenentatge passiu fins a l'aprenentatge actiu. Segons la piràmide de Glasser, l'aprenentatge s'organitza de la manera següent:

1. Escoltar (50% de retenció): En aquest nivell, l'aprenentatge es basa en la transmissió d'informació verbal, com conferències o xarrades. Encara que aquest tipus d'aprenentatge pot ser útil, la retenció és limitada. En l'EPS, aquest nivell pot incloure el coneixement bàsic sobre malalties, factors de risc o hàbits de salut.
2. Llegir (60% de retenció): Aquí, l'aprenentatge es realitza a través de materials escrits, com fullets, llibres o articles. Aquest tipus d'aprenentatge permet més profunditat que només escoltar, però continua sent relativament superficial en comparació amb l'experiència directa.
3. Veure (70% de retenció): En aquest nivell, els individus aprenen a través d'observació visual, com vídeos educatius o demostracions. L'aprenentatge es fa més visual i tangible, la qual cosa permet una millor comprensió dels conceptes.
4. Fer (90% de retenció): Aquest és el nivell més profund d'aprenentatge segons la piràmide de Glasser. L'aprenentatge s'aconsegueix quan les persones apliquen activament el que han après en situacions pràctiques. En el context de l'EPS, això podria incloure la pràctica d'hàbits saludables, l'autoexamen per a detectar malalties o la implementació de canvis en la dieta o exercici. És quan les persones practiquen, interactuen i experimenten directament el que estan aprenent, que el coneixement es converteix en habilitat duradora.

El model de Glasser ressalta la importància de l'experiència pràctica en la consolidació d'aprenentatges significatius. En el context de l'EPS això implica que, per a aconseguir una veritable modificació de comportaments, cal anar més enllà de la simple transmissió de coneixements i incorporar mètodes actius com l'aprenentatge basat en la pràctica i la reflexió sobre les experiències viscudes.

Facultat d'Infermeria i Podologia

La famosa cita de Confuci: "M'ho van explicar i ho vaig oblidar, ho vaig veure i ho vaig entendre, ho vaig fer i ho vaig aprendre", encapsula perfectament l'enfocament que l'EPS ha d'adoptar. L'aprenentatge per acció és el que produeix canvis reals i duradors en la vida de les persones. El coneixement teòric és valuós, però és la pràctica activa la que finalment permet que les persones no sols entenguin, sinó que integren aquests conceptes en la vida diària. En aquest sentit, l'EPS ha de fomentar experiències d'aprenentatge que vagin més enllà de la passivitat i promoguen la participació activa en la cura de la salut, assegurant que l'aprenentatge siga veritablement significatiu i transformador.

Els fonaments de l'EPS, basats en l'aprenentatge significatiu, exigeixen un enfocament actiu i participatiu en què les persones no sols reben informació, sinó que la integren i apliquen a la vida diària. La piràmide de Glasser ressalta la importància de les experiències pràctiques en la consolidació d'aquest aprenentatge, la qual cosa implica que les estratègies de EPS han de fomentar la participació activa, l'autocura i la reflexió perquè els individus aconseguisquen modificar comportaments de manera efectiva i sostenible. L'EPS, per tant, ha de ser vista com un procés dinàmic i continu, en què el coneixement i les experiències personals es fusionen per a generar canvis significatius en la salut i el benestar de les persones.

Responsabilitats, funcions i habilitats del professional d'infermeria com a educador

La professió d'infermeria abasta una sèrie de responsabilitats i funcions essencials que van més enllà de l'atenció directa al pacient. Dins dels seus múltiples rols, el personal d'infermeria exerceix un paper clau com a educador de salut a més de la seua funció assistencial, de gestió, de docència i d'investigació. Aquests rols estan entrellaçats i contribueixen a la millora contínua de la qualitat de l'atenció i la promoció de la salut en diversos entorns.

1. Paper assistencial: Té la responsabilitat primària de proporcionar cures directes als pacients, assegurant-se que reben l'atenció adequada en les seues necessitats físiques, emocionals i socials. No obstant això, aquesta cura ha d'estar acompanyada d'un enfocament educatiu, orientat a millorar l'autocura i el maneig de la salut per part del pacient.
2. Paper de gestor: També ha d'actuar com a gestor de la salut, participant activament en la planificació, implementació i avaluació de programes de salut que promoguen el benestar de les comunitats. Aquest rol requereix habilitats en l'organització, coordinació i supervisió d'activitats educatives i preventives.
3. Paper docent: Com a educador, té la missió de promoure l'aprenentatge significatiu en els pacients i en la comunitat. Això implica proporcionar formació en hàbits saludables i prevenció de malalties, i fomentar el canvi d'actituds i comportaments relacionats amb la salut. La infermeria educativa ha de ser un procés constant i adaptat a les necessitats de cada grup.
4. Paper d'investigador: El professional d'infermeria també té un paper fonamental en la investigació de pràctiques basades en l'evidència, l'anàlisi dels problemes de salut i la creació de nous enfocaments educatius i preventius. La investigació en infermeria és essencial per a la millora contínua de la pràctica i l'adaptació d'estratègies que optimitzen els resultats de salut.

Per a complir amb les seues responsabilitats educatives, ha d'adoptar una actitud professional i respectuosa que afavorisca un ambient de confiança i col·laboració. Algunes de les característiques i actituds clau inclouen:

- Mantenir un comportament natural i autèntic per a generar un ambient de confiança.
- Utilitzar un llenguatge positiu que motive i empodere les persones.
- Acceptar i respectar la diversitat de les persones, les seues situacions, creences i valors.
- Evitar judicis previs i suposicions, centrant-se en el pacient com a individu únic.
- Mostrar interès genuí i proximitat i fomentar l'establiment d'una relació de confiança.
- Fomentar el diàleg obert i l'intercanvi d'idees entre iguals, en un ambient de respecte mutu.
- Desenvolupar una actitud reflexiva, cercant sempre aprofundir en els problemes i les seues causes per a trobar-hi solucions apropiades.
- Controlar les emocions i prejudicis, mostrant professionalisme i empatia.
- Parar atenció al llenguatge no verbal, ja que els gestos i expressions també són una forma important de comunicació.
- Facilitar la presa de decisions autònomes pel pacient, i promoure'n l'empoderament en la gestió de la seua salut.

Pel que fa a l'educació per a la salut, el personal d'infermeria té la responsabilitat de promoure la salut tant a nivell individual com col·lectiu. Això implica una sèrie de tasques que s'han d'executar de manera planificada i organitzada:

- Promoure la salut mitjançant activitats educatives que fomenten un estil de vida saludable.
- Capacitar en mesures preventives per a reduir la incidència de malalties i millorar la qualitat de vida.
- Impulsar l'adopció d'hàbits saludables, com l'alimentació equilibrada, l'activitat física regular i la gestió de l'estrès, a través d'estratègies educatives dirigides a tota la comunitat.
- Fomentar la creació de tallers i espais educatius en els quals s'impartisca informació sobre la prevenció de malalties i l'autocura.
- Desenvolupar projectes d'investigació i difondre els resultats d'aquests estudis tant a la comunitat com entre col·legues professionals.

Per a garantir que els resultats en el procés educatiu siguin els més efectius possibles, el professional d'infermeria ha de desenvolupar una sèrie de competències i habilitats en àrees clau:

1. Identificació de necessitats. Obtenir informació sobre poblacions d'interès: Realitzar estudis de necessitats de salut en grups específics per a identificar àrees crítiques d'intervenció. Analitzar i avaluar informació: Interpretar dades per a determinar les prioritats en salut i enfocar-se en els problemes més urgents i rellevants de la població.

2. Comunicació eficaç. Proporcionar i compartir informació clara: Comunicar de manera comprensible i accessible els aspectes relacionats amb la salut, adaptant el missatge a les necessitats i nivell de comprensió de cada persona. Interpretar informació de salut de manera crítica i adequada, per a oferir recomanacions i solucions eficaçes. Facilitar la comunicació entre professionals i pacients, creant ponts que assegurin la transmissió correcta d'informació. Difusió de programes educatius mitjançant diversos canals, com conferències, campanyes de salut en mitjans massius i recursos digitals.

3. Coordinació i gestió. Coordinar activitats d'EPS: Col·laborar amb altres professionals de la salut per a dur a terme projectes educatius i preventius, assegurant que totes les parts treballen de manera conjunta i eficaç. Gestionar activitats administratives: Supervisar i organitzar els recursos, gestionar pressupostos i mediar en conflictes dins dels equips de salut. Gestionar i mobilitzar recursos per a assegurar que les activitats educatives es realitzen de manera òptima.

4. Execució de programes educacionals. Implementar programes educatius: Assegurar l'execució correcta dels plans d'educació per a la salut, facilitant que la informació es transformi en canvis de comportament en la població. Captació de líders voluntaris que actuen com a promotors de salut dins de la comunitat. Traduir els programes en experiències d'ensenyament que siguin pràctiques, participatives i rellevants per als involucrats.

5. Avaluació de resultats. Avaluar l'impacte dels programes educatius: Seleccionar els mètodes d'avaluació més adequats, aplicar les eines necessàries i analitzar els resultats per a mesurar l'èxit de les intervencions. Comunicar els resultats de les avaluacions als *stakeholders*, inclosos els pacients, les comunitats i els altres professionals de salut, assegurant la retroalimentació per a la millora contínua. Interpretar els resultats de manera crítica, cercant solucions i ajustos per a futurs programes.

L'educació per a la salut pot desenvolupar-se en diversos contextos, cadascun amb característiques i necessitats pròpies:

Manual de l'assignatura

- Educació per a la salut a l'escola: Promoure hàbits saludables des de la infància, creant una base sòlida per al benestar al llarg de la vida.
- Educació per a la salut en els mitjans de comunicació: Usar plataformes com televisió, ràdio i xarxes socials per a arribar a una audiència massiva.
- Educació per a la salut en la consulta: Brindar orientació personalitzada durant les consultes mèdiques, oferint consells pràctics sobre l'autocura i la prevenció.
- Educació per a la salut laboral: Implementar programes educatius en els llocs de treball per a promoure la salut i seguretat dels empleats.
- Educació per a la salut a l'hospital: Proveir d'informació i de suport als pacients hospitalitzats i les seues famílies sobre el maneig de la seua malaltia.
- Educació per a la salut en pacients crònics: Desenvolupar programes específics per a ajudar els pacients amb malalties cròniques a manejar la seua salut de manera efectiva.
- Educació per a la salut en drogodependències: Crear iniciatives de prevenció i tractament dirigides a persones afectades pel consum de substàncies.

El professional d'infermeria, en el seu rol com a educador, té la responsabilitat de no sols assistir i cuidar, sinó també d'ensenyar, guiar i empoderar els individus i comunitats en el camí cap a una millor salut. Aquest enfocament requereix habilitats multifacètiques, que inclouen comunicació efectiva, capacitat de gestió i avaluació, i una actitud proactiva en la identificació de necessitats i la promoció d'hàbits saludables. A través de l'educació per a la salut, el professional d'infermeria contribueix a la creació d'un entorn saludable i preventiu que impacta positivament tant en la salut individual com col·lectiva.

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Facultat d'Infermeria i Podologia

Capítol 22: Comunicació en salut

Aspectes bàsics de la comunicació

Per a aconseguir una comunicació efectiva, ja siga en l'àmbit professional o personal, és essencial considerar tots els aspectes que influeixen en el procés comunicatiu, tant verbals com no verbals, i adaptar-se a les característiques del receptor i el context en el qual s'interactua. La comunicació interpersonal és un procés fonamental en la nostra vida quotidiana, atès que els éssers humans som, per naturalesa, éssers socials. Passem gran part de l'existència interactuant amb els altres. [252, 253] La paraula *comunicació* prové del llatí *communicare*, que significa 'compartir alguna cosa'. Així, la comunicació interpersonal és l'intercanvi conscient d'informació, emocions i pensaments entre dues o més persones, i es dona en un procés bidireccional en què intervenen dues parts essencials: l'emissor i el receptor [247, 254].

- L'emissor. És qui inicia el procés comunicatiu en transmetre un missatge al receptor. Les característiques de la persona emissora tenen un paper crucial en la manera com s'estableix la comunicació. Factors com la cultura, l'entorn social, el nivell educatiu i les actituds personals influeixen en com es comunicarà. Si l'emissor desitja influir en el receptor, ha de ser capaç de generar dues qualitats clau: ser atractiu i digne de confiança. L'atracció no sols inclou aspectes físics, com una expressió amigable o un to de veu càlid, sinó també una presència que inspire credibilitat. Ser digne de confiança significa que la persona, ja siga en un context professional o personal, és percebuda com a honesta i competent. Si un professional perd credibilitat, el seu missatge serà rebutjat, ja que la desconfiança destrueix la comunicació efectiva.
- El receptor. És qui rep el missatge. És fonamental que aquesta persona tinga habilitats d'escolta activa i atenció, ja que l'eficàcia de la comunicació depèn de la seua capacitat per a interpretar correctament el missatge. Igual que l'emissor, les característiques personals del receptor—com la personalitat, l'entorn sociocultural i el nivell d'instrucció—afecten la manera com rep i interpreta la informació. Un missatge pot ser entès de manera diferent segons la percepció i les experiències prèvies de qui el rep.
- El codi. És el conjunt de símbols i senyals, com el llenguatge verbal, gestos, imatges i normes, que faciliten l'intercanvi d'informació. En el context sanitari, per exemple, l'ús excessiu de sigles i terminologia tècnica pot dificultar la comprensió del missatge pel pacient. És crucial adaptar el llenguatge a les característiques del receptor, com el nivell de coneixements, edat i context social, per a assegurar que el missatge siga comprès correctament. Una mateixa explicació haurà de ser reformulada d'acord amb les característiques psicosocials de cada pacient.
- El context i els obstacles. La comunicació sempre ocorre en un context determinat, que influeix en com s'interpreta el missatge. El lloc, la situació i l'ambient són factors que poden facilitar o dificultar el procés comunicatiu. En l'àmbit sanitari, l'organització de l'espai i les relacions jeràrquiques tenen un paper important. Tradicionalment, els professionals de la salut ocupen una posició activa en la comunicació, mentre que els pacients adopten una actitud més passiva. Aquest desequilibri pot influir en la qualitat de la interacció i en l'eficàcia de la comunicació.

Existeixen diferents tipus de comunicació:

Manual de l'assignatura

1. Comunicació intrapersonal. Es refereix al diàleg intern que ocorre en cada individu, a través de pensaments, sentiments i fins i tot sensacions corporals que ens donen senyals d'alerta o satisfacció.
2. Comunicació interpersonal. Implica la interacció entre dues persones de manera directa i cara a cara, en la qual s'intercanvien missatges verbals i no verbals. Aquest tipus de comunicació és essencial en totes les interaccions humanes, especialment en l'àmbit de la salut, en què la relació entre professionals i pacients és fonamental.
3. Comunicació grupal. Involucra tres o més persones i és un tipus de comunicació més complexa, que ocorre en dinàmiques grupals.

La comunicació interpersonal té un paper vital en l'atenció sanitària. No sols involucra l'intercanvi d'informació, sinó també l'establiment d'una relació de confiança entre els professionals de la salut i els pacients. En aquest context, la comunicació efectiva pot influir en l'èxit del tractament i en el benestar emocional dels pacients. Weaver estableix vuit principis de la comunicació interpersonal[255]:

1. Sempre comuniquem.
2. La comunicació pot ser verbal o no verbal.
3. Tota comunicació transmet informació.
4. Pot ser igual o desigual.
5. És un procés continu.
6. La comunicació és circular, sempre està en flux constant.
7. És complexa i multifacètica.
8. És irreversible: una vegada dita una cosa, no pot ser desdir.

Segons Ricci Bitti i Zanni, la comunicació interpersonal acompanya diverses funcions:

1. Referencial: Intercanvi d'informació objectiva.
2. Expressiva: Reflecteix les característiques personals dels interlocutors.
3. De control: Regula el comportament i satisfà les necessitats personals.
4. De coordinació: Estableix normes i regles per a l'intercanvi interactiu.
5. Metacomunicació: Reflcteix com s'interpreta el missatge.

La comunicació verbal es refereix a l'ús del llenguatge parlat o escrit. En l'àmbit professional, l'emissor ha de ser conscient de com les seues paraules poden influir en la comprensió del receptor, i ha de triar el llenguatge acuradament per a garantir que el missatge siga clar i efectiu.

La comunicació no verbal, d'altra banda, inclou gestos, expressions facials, postura i altres comportaments no expressats en paraules. S'estima que fins al 70% del significat d'una interacció es transmet a través de senyals no verbals. La comunicació no verbal pot complementar o fins i tot contradir el missatge verbal. Per als professionals de la salut, ser sensibles als senyals no verbals dels pacients i ser conscients dels senyals no verbals propis és fonamental per a una interacció eficaç. La comunicació no verbal pot desglossar-se en set àrees clau:

1. Moviment corporal.
2. Característiques físiques.
3. Comportaments tàctils.
4. Paralenguatge (to, entonació).

5. Proxèmica (distància física).
6. Artefactes (manipulació d'objectes).
7. Factors de l'entorn.

Entre els components més importants s'inclouen l'expressió facial, la mirada, el somriure, la postura, el contacte físic i els gestos. Quant al paralenguatge o paraverbal, es refereix a la manera com es diuen les coses, com el volum, to, velocitat i pauses en la conversa, elements que poden modificar el significat de les paraules.

Estils de comunicació

La comunicació és una habilitat essencial per a interactuar amb els altres, i al llarg de la vida adoptem diferents maneres de comunicar-nos segons la nostra personalitat, experiències i context. Hi ha diversos estils de comunicació, cadascun amb característiques particulars que influeixen en com ens expressem i com interpretem els missatges dels altres. Els estils de comunicació més comuns inclouen el passiu, l'agressiu, l'assertiu i el passiu-agressiu [256]. Cadascun té un impacte diferent en les relacions interpersonals i en la forma en què es resolen els conflictes.

- Estil passiu: L'estil de comunicació passiu es caracteritza per la tendència a inhibir les opinions, desitjos i necessitats propis amb la finalitat d'evitar qualsevol tipus de confrontació o conflicte amb els altres. Les persones amb aquest estil de comunicació sovint se senten incòmodes en expressar el que pensen o necessiten, i prefereixen cedir davant les demandes alienes. Això sol anar acompanyat d'una preocupació excessiva per agradar als altres, la qual cosa els porta a sacrificar-se i, en molts casos, a sentir-se incompresos o manipulats. En aquest estil, l'individu evita la confrontació coste el que coste, fins i tot si això significa no defensar els interessos propis. Un exemple típic d'una persona amb comunicació passiva seria algú que diu constantment: "Eh... bo, tal vegada...", o "Mmm, tal vegada...", que denoten indecisió i falta d'assertivitat.
- Estil agressiu: Les persones amb aquest estil tendeixen a imposar les seues opinions, desitjos i necessitats de manera dominant o fins i tot hostil. La seua comunicació és generalment directa, però està carregada de retrets, crítiques o demandes que poden fer que els altres se senten intimidats o atacats.
- Estil passiu-agressiu: Les persones amb aquest estil sovint oculten els sentiments i frustracions, però els expressen de manera indirecta, com a través de comentaris sarcàstics, procrastinació o actituds hostils disfressades d'amabilitat. Aquest estil pot resultar confús per als altres, ja que no s'expressa de manera oberta, sinó que es manifesta a través d'actituds contradictòries.
- Estil assertiu: Aquest estil es considera el més saludable i equilibrat. Implica expressar pensaments, sentiments i necessitats de manera clara, directa i respectuosa, sense agressivitat ni submissió. La persona assertiva defensa els seus drets de manera ferma i honesta, cercant sempre una comunicació que siga respectuosa tant amb un mateix com amb els altres.

La comunicació assertiva és un estil saludable i equilibrat que implica expressar pensaments, sentiments i necessitats de manera clara, directa i respectuosa, sense agressivitat ni submissió. La persona assertiva defensa els seus drets de manera ferma i honesta, sense manipular ni intimidar els altres. L'objectiu no és imposar el que es desitja coste el que coste, sinó ser capaç d'expressar-se adequadament i trobar un equilibri en què totes dues parts puguin ser escoltades i compreses[247,

253, 255, 256]. La comunicació assertiva promou un ambient de respecte mutu on la interacció es converteix en una negociació constructiva en què les dues persones se senten valuoses i respectades.

Es caracteritza per:

- Claredat i honestedat: La persona assertiva expressa els seus pensaments i desitjos de manera directa, sense embuts ni ambigüitats. La transparència en el missatge és fonamental.
- Respecte mutu: Es consideren i respecten tant els drets com els sentiments propis i aliens. La comunicació no cerca imposar ni desvalorar, sinó comprendre i acceptar els altres.
- Empatia: S'intenten entendre les perspectives i emocions dels altres, mostrant una actitud receptiva i oberta a les seues opinions i punts de vista.
- Control emocional: Les persones assertives mantenen la calma i l'autocontrol, fins i tot en situacions tibants o conflictives, i eviten reaccionar de manera impulsiva o agressiva.
- Escolta activa: No sols es parla de manera clara i directa, sinó que també es dedica temps a escoltar els altres amb atenció plena, la qual cosa facilita una comprensió més profunda de les interaccions.

La comunicació assertiva té diverses conseqüències positives que impacten directament en les relacions interpersonals i en el benestar emocional de la persona que la practica:

- Desarma els atacs: La persona assertiva sap com manejar les crítiques o agressions sense deixar-se afectar, la qual cosa evita que els conflictes escalen i es mantinguen dins d'un marc respectuós.
- Aclareix equívocs: En ser clara i directa, la persona assertiva evita malentesos, la qual cosa redueix la possibilitat de conflictes innecessaris.
- Genera respecte i valoració: Qui interactua amb una persona assertiva se sent escoltat, respectat i valorat. Aquesta percepció de respecte mutu afavoreix una relació més sana i constructiva.

En moltes ocasions, les persones assertives són vistes com a "bones" i fermes en les conviccions, però no "ximples" ni manipulables. Aquesta és una característica fonamental de la comunicació assertiva: ser ferm en el que un necessita o desitja, sense deixar-se influenciar de manera negativa ni pels altres ni per les circumstàncies. La comunicació assertiva és un dels pilars essencials en qualsevol relació sana i feliç, tant en l'àmbit personal com professional. En les relacions d'amistat, parella, família i en el context laboral, aquest estil de comunicació facilita la comprensió mútua, la resolució de conflictes i la cooperació. Les persones que practiquen la comunicació assertiva aconsegueixen establir límits saludables, expressar els seus sentiments de manera oberta i respectuosa i gaudir de relacions més equilibrades i satisfactòries.

Errors i barreres en la comunicació

La comunicació, encara que sembla un procés senzill, està plena d'obstacles que poden distorsionar o dificultar la comprensió mútua. Aquests obstacles es poden manifestar de diferents formes, des d'errors en la interpretació fins a barreres emocionals i cognitives que impedeixen una comunicació efectiva. Reconèixer i abordar aquests errors i obstacles ens permet millorar l'efectivitat de la nostra comunicació, facilitar la comprensió mútua i enfortir les nostres relacions, tant personals com professionals[253, 255, 256].

A continuació es detallen alguns dels errors i barreres més comuns que poden interferir en una interacció interpersonal:

- Els errors d'atribució ocorren quan atribuïm intencions o motius a les accions dels altres sense confrontar-les o confirmar si realment són correctes. Per exemple, si una persona arriba tard a una cita, podem pensar que és perquè no té respecte cap a nosaltres, sense considerar que podria haver tingut un contratemps o que el seu retard no està relacionat amb la seua valoració de la relació.
- El prejudici d'autocomplaença es refereix a la tendència a cercar explicacions externes per a justificar els nostres fracassos, mentre que quan tenim èxit, tendim a emfatitzar les causes internes. Per exemple, si aprovem una oposició, podem dir: "Va ser perquè em vaig preparar molt", però si la suspenem, diem: "Va ser perquè els exàmens eren injustos o difícils".
- L'efecte halo consisteix en la tendència a formar una impressió generalitzada d'una persona basant-nos en una sola característica. Per exemple, si algú té un tatuatge visible, podríem assumir erròniament que és una persona rebel o desobedient basant-nos únicament en aquest atribut físic.
- Els estereotips i prejudicis són creences errònies sobre les característiques d'un grup social, i suposen que tots els membres d'aquest grup comparteixen aquestes característiques. Per exemple, el prejudici que "tots els joves són irresponsables" és un estereotip que ignora les diferències individuals dins del grup.
- La projecció és un mecanisme psicològic en el qual atribuïm característiques, pensaments o sentiments propis que no acceptem en nosaltres mateixos a altres persones. Un exemple de projecció seria pensar que "no li agrada a aquest pacient", sense adonar-nos que en realitat estem projectant la nostra pròpia inseguretats o preocupació.
- La percepció selectiva és la tendència a seleccionar, d'acord amb les nostres creences i coneixements previs, certs aspectes de la comunicació i a ignorar-ne d'altres. Aquest biaix cognitiu ens pot portar a interpretar les conductes de manera subjectiva, depenent de les nostres expectatives o experiències passades amb la persona que avaluem.
- L'efecte contrast ocorre quan comparem una persona amb una altra i, depenent d'aquesta comparació, l'avaluem com a millor o pitjor. Per exemple, si atensem un pacient impacient i després un de molt respectuós i educat, el primer podria semblar encara més maleducat en comparació, encara que el seu comportament no haja canviat.
- El soroll en la comunicació es refereix a tots els factors que distorsionen o interfereixen amb la transmissió correcta del missatge. Pot ser físic (com el soroll de fons), psicològic (com prejudicis que afecten la nostra percepció) o emocional (com l'ansietat o l'enuig).

Exemple d'estereotip i prejudici

Suposem que un pacient arriba a urgències queixant-se d'un dolor que persisteix des de fa un mes. Si li responem amb una actitud prejudiciosa, es poden generar reaccions agressives o distorsionades. Ací hi ha dues possibles respostes:

- Resposta 1: "No deu ser tan urgent si li fa mal des de fa un mes."
- Resposta 2: "I després d'un mes, què ha canviat perquè es decidisca a venir ara?"

Les dues respostes poden percebre's com a poc empàtiques o fins i tot despectives, la qual cosa podria incrementar la tensió amb el pacient. És important evitar caure en prejudicis o judicis ràpids, ja que cada persona té els seus motius i experiències propis.

A més dels errors i biaixos esmentats, hi ha altres barreres que dificulten una comunicació efectiva:

- Entorn físic inadequat: Factors com el soroll, la falta d'intimitat o un espai incòmode poden interferir amb la claredat del missatge. Per exemple, si conversem en un lloc sorollós, és més difícil escoltar i comprendre correctament.
- Obstacles emocionals: Tant la persona que emet el missatge com qui el rep poden tenir barreres emocionals que dificulten la comunicació. L'estrès, la ira o l'ansietat poden influir negativament en la forma com processem i responem als missatges.
- Obstacles cognitius: Els prejudicis i les creences culturals, religioses o socials poden influir en com interpretem els missatges. Si una persona té prejudicis morals o culturals, podria interpretar una conducta de manera esbiaixada.
- Ansietat: L'ansietat pot fer que una persona s'expressi de manera incoherent o que se li faci difícil escoltar activament, la qual cosa pot distorsionar la comunicació.
- Efectuar judicis: Realitzar judicis prematurs sobre el que l'altra persona diu o sobre el seu comportament pot generar malentesos. És important tractar d'escoltar amb una ment oberta abans d'arribar a conclusions.
- Impaciència i impulsivitat: La falta de paciència per a escoltar completament l'altra persona, o actuar de manera impulsiva sense pensar en les conseqüències, pot generar barreres en la comunicació efectiva.
- Passivitat: La falta de participació activa en una conversa també és una barrera important. La passivitat pot portar a una comunicació unilateral, en la qual una persona no se sent escoltada ni compresa.

La comunicació entre pacient i professionals sanitaris

La comunicació és un pilar fonamental en l'atenció sanitària. Els professionals de la salut han de desenvolupar una àmplia gamma d'habilitats de comunicació per a interactuar efectivament amb els pacients i assegurar que la informació es transmet de manera clara, respectuosa i comprensible. La combinació d'habilitats socials, tècniques de comunicació efectives i una actitud empàtica pot millorar significativament la relació entre pacients i professionals i optimitzar la qualitat de l'atenció i el benestar del pacient[256].

La relació entre els pacients i els professionals de la salut és un procés complex i multifacètic que depèn de diversos factors, tant externs com interns. Aquests factors poden influir positivament o negativament en la qualitat de l'atenció i en l'experiència del pacient, així com en l'eficàcia del tractament. A continuació es descriuen alguns dels principals factors que impacten en aquesta relació:

1. Avenços tecnològics en la medicina. La tecnologia ha transformat profundament l'atenció sanitària. L'augment en l'ús de dispositius mèdics avançats, sistemes de gestió electrònica de pacients i eines de diagnòstic digital ha permès millorar la precisió i eficàcia en l'atenció. No obstant això, la tecnologia també pot actuar com un intermediari en la relació entre el pacient i el professional i allunyar el pacient de la interacció directa amb el metge. A més, la creixent

subespecialització dels professionals de la salut pot generar una falta de continuïtat en l'atenció i dificultar una relació de confiança entre els pacients i l'equip mèdic.

2. Canvis socials i culturals. Les transformacions socials i culturals han modificat les expectatives dels pacients respecte a l'atenció sanitària. Els pacients d'avui dia estan més informats i tenen accés a una gran quantitat d'informació, la qual cosa influeix en les seues decisions de salut. Al seu torn, els professionals de la salut han d'adaptar-se a una població diversa amb diferents valors, creences i expectatives.
3. Canvis en el sistema assistencial. L'evolució dels sistemes de salut, com la implementació de polítiques d'atenció primària i models d'atenció centrats en el pacient, ha canviat la dinàmica de les consultes. No obstant això, la sobrecàrrega en els serveis de salut i l'escassetat de recursos poden portar a una atenció menys personalitzada i afectar negativament la relació entre els pacients i els professionals de la salut.
4. Característiques del professional sanitari. L'actitud, empatia, habilitats de comunicació i nivell de competència del professional de la salut són factors determinants en la relació amb el pacient. Un professional competent que es comunica de manera efectiva i demostra empatia i respecte contribuirà a una millor experiència del pacient.
5. Característiques del pacient. Les característiques individuals del pacient, com el nivell d'educació, l'actitud cap a la salut i la disposició a col·laborar en el tractament, també afecten la interacció. Els pacients amb certes condicions psicològiques o emocionals poden presentar reptes addicionals en la comunicació, la qual cosa requereix més comprensió i habilitats dels professionals de la salut.
6. La influència de la família. La família d'un pacient pot tenir un paper crucial en el seu benestar emocional i en el procés de tractament. En molts casos, la família també és responsable d'ajudar el pacient a prendre decisions de salut i col·laborar amb el seguiment del tractament.

L'educació per a la salut té com a objectiu millorar els hàbits i coneixements de les persones perquè puguin prendre decisions informades sobre la seua salut. El procés de comunicació és fonamental en aquest context, ja que no sols es tracta de transmetre informació, sinó d'assegurar-se que el receptor la comprèn i la utilitza adequadament en la vida quotidiana. A través d'aquest procés, es fomenta un aprenentatge actiu i un canvi de comportament en els pacients[256].

Molts dels mètodes utilitzats en educació per a la salut es basen en tècniques de comunicació efectiva. El receptor no sols ha d'escoltar la informació, sinó també ser capaç d'entendre-la, internalitzar-la i aplicar-la en la vida diària.

La comunicació interpersonal és essencial per a una atenció de qualitat en la consulta. Els professionals de la salut han de desenvolupar una sèrie d'habilitats i destreses per a poder comunicar-se de manera efectiva amb els pacients. Aquestes habilitats no sols faciliten l'expressió dels problemes del pacient, sinó que també ajuden a trobar solucions adequades.

Un professional de salut ha de disposar de les següents habilitats per a poder oferir una atenció de qualitat:

- Escolta activa: És fonamental escoltar atentament els pacients per a comprendre completament les seues preocupacions i necessitats.
- Empatia: Els professionals han de ser capaços de posar-se en el lloc del pacient i comprendre les seues emocions i perspectives.

- Assertivitat: És necessari expressar les idees i necessitats pròpies de manera clara, directa i respectuosa, sense ser agressiu ni submís.

Les habilitats socials són eines que usem en les nostres relacions per a millorar la comunicació i establir vincles saludables. Aquestes habilitats, tant verbals com no verbals, són clau per a aconseguir una interacció eficaç i respectuosa amb els altres. Les habilitats socials que han de dominar els professionals de la salut inclouen:

- Escolta activa: Implica prestar total atenció al que diu el pacient, mostrant interès i comprensió.
- Empatia: Capacitat per a reconèixer i comprendre els sentiments i perspectives dels pacients.
- Assertivitat: Saber expressar les nostres idees de manera honesta i respectuosa, sense caure en la passivitat ni en l'agressivitat.

Els professionals d'infermeria afronten diversos errors i barreres en la comunicació, com a emissors i com a receptors del missatge. Aquests obstacles poden dificultar la transmissió efectiva de la informació i afectar la relació amb el pacient. Així, podem incloure els diferents errors:

- Errors relacionats amb el professional d'infermeria en el paper d'emissor:
 - Errors en l'ús del codi de comunicació: Usar termes mèdics complexos sense assegurar-se que el pacient els comprèn.
 - Falta d'habilitats de comunicació: No fer preguntes o no assegurar-se que el pacient entenga la informació transmesa.
- Errors relacionats amb l'habilitat personal del receptor:
 - Falta d'atenció al missatge: No escoltar adequadament, prejudicar o interpretar erròniament el que s'està comunicant.
 - Falta de retroalimentació: No proporcionar al pacient l'oportunitat de fer preguntes o expressar dubtes.
- Errors deguts a l'entorn sanitari:
 - Sorolls en l'entorn: Els sorolls a l'hospital o a la consulta poden dificultar la comunicació, especialment quan es tracta d'informació delicada o important.
 - Característiques físiques de l'espai: La disposició de l'espai, com consultes massa petites o mal distribuïdes, pot afectar la intimitat i la qualitat de la interacció.

Per a garantir una comunicació efectiva en l'entorn sanitari, hi ha diverses tècniques que els professionals de la salut poden utilitzar:

1. Tècniques d'expressió oral: Parlar de manera clara i comprensible, evitant argots mèdics innecessaris.
2. Tècniques d'escolta activa: Prestar total atenció al pacient, mostrar interès genuí i proporcionar retroalimentació adequada.
3. Intel·ligència emocional: Identificar i gestionar les emocions pròpies i les dels altres per a millorar la interacció.
4. Tècniques per a reduir l'ansietat: Ajudar els pacients a sentir-se més relaxats mitjançant tècniques de relaxació, com la respiració diafragmàtica i la relaxació muscular progressiva.

L'escolta activa és essencial per a millorar la qualitat de la comunicació. Aquesta habilitat implica escoltar no sols amb les orelles, sinó amb empatia i comprensió. Entre els avantatges de l'escolta activa es troba la millora la relació amb el pacient, que crea un ambient de confiança i permet al pacient sentir-se comprès i respectat, la qual cosa facilita l'expressió de les seues preocupacions.

La comunicació en salut: antecedents i definició

La comunicació en salut ha tingut un paper fonamental en la promoció de la salut al llarg de les últimes dècades. Des del seu reconeixement formal en la Carta d'Ottawa de 1986, els mitjans de comunicació han sigut identificats com a actors clau en la promoció de la salut i la prevenció de malalties. En aquesta conferència, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va definir la promoció de la salut com "el procés de facultar les persones perquè augmenten el control que tenen sobre la seua salut i per a millorar-la". Aquest enfocament ha sigut la base sobre la qual s'han estructurat moltes de les polítiques i programes globals de salut pública.

El Document d'Ottawa va destacar cinc estratègies essencials per a implementar de manera efectiva les polítiques de promoció de la salut, les quals inclouen la creació de polítiques públiques saludables, l'enfortiment de l'acció comunitària, la creació d'ambients favorables per a la salut, el desenvolupament d'habilitats personals i la reorientació dels serveis de salut[242]. La comunicació, en aquest context, és una eina transversal que ha d'integrar-se en totes les accions de promoció de la salut i constitueix un pilar fonamental per a aconseguir els objectius plantejats.

La comunicació en salut es pot definir com el procés d'utilitzar estratègies de comunicació per a informar i influir en les decisions individuals i col·lectives que milloren la salut. Segons l'OMS, aquesta disciplina cerca fomentar el canvi positiu en les actituds i comportaments relacionats amb la salut a través de diversos canals, incloent-hi mitjans massius, grupals i interpersonals.[257]

El paper dels mitjans de comunicació en aquest procés és essencial. Aquests no sols informen, sinó que també poden influir directament en la percepció i comportament de les persones enfront de riscos i pràctiques relacionades amb la salut. Els missatges clars, precisos i dirigits adequadament poden transformar les actituds i facilitar el canvi cap a estils de vida més saludables. A més, la comunicació en salut és crucial per a millorar les relacions entre el professional de salut i el pacient, enfortir l'adherència al tractament i contribuir a l'èxit de les campanyes de salut pública.

La comunicació preventiva també és un aspecte clau dins de la promoció de la salut, perquè permet disseminar informació important sobre els riscos per a la salut i proporcionar a les persones les eines necessàries per a prendre decisions informades sobre el seu benestar. Per tant, la comunicació en salut no sols es limita a transmetre informació, sinó que implica un enfocament integral que considera les dimensions socials, educatives i polítiques que incideixen en la salut de les comunitats.

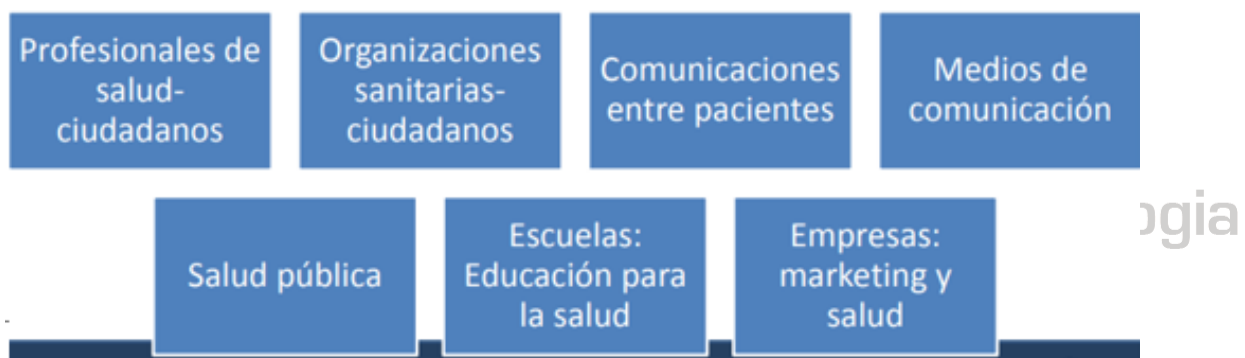
Al llarg dels anys, la promoció de la salut ha incorporat nous actors i enfocaments que reflecteixen l'evolució de les necessitats de la societat. En la Declaració de Jakarta (1997), l'OMS va destacar que la capacitat de les comunitats per a promoure la salut depèn en gran manera de l'accés a l'educació pràctica i als mitjans d'informació, tant tradicionals com nous. Aquesta declaració subratlla la importància d'involucrar els mitjans de comunicació en el procés de promoció de la salut, reconeixent-ne el rol en la difusió d'informació essencial per al benestar col·lectiu.

L'objectiu principal dels mitjans de comunicació, en aquest context, és informar, però també educar i influir positivament en l'adopció de conductes saludables. La comunicació en salut, doncs, s'entén com un procés social, educatiu i polític, el propòsit del qual és incrementar la consciència pública sobre qüestions de salut, promoure estils de vida saludables i fomentar l'acció comunitària en favor de la salut. A més, brinda oportunitats perquè les persones exercisquen els seus drets i responsabilitats en la creació d'ambients, sistemes i polítiques que afavorisquen la salut i el benestar.

La comunicació per a la salut té les arrels en l'educació sanitària, una disciplina que es va originar en el marc de la comunicació per al desenvolupament. En les dècades de 1980 i 1990, l'educació sanitària va ser superada per l'emergent subdisciplina de la comunicació per a la salut, que integra tant els aspectes de la comunicació social com la gestió de la informació per al canvi de comportament. A diferència de l'educació sanitària, la comunicació per a la salut s'enfoca en la creació d'estratègies de comunicació més completes, planificades i sistemàtiques, dirigides a aconseguir un canvi efectiu en les pràctiques relacionades amb la salut[258-260].

Un dels principals avantatges de la comunicació per a la salut és la capacitat que té per a aprofitar l'ús combinat dels diversos tipus de mitjans de comunicació: massius, grupals i interpersonals. A més, la comunicació per a la salut fa un èmfasi especial en la planificació estratègica, des de la investigació del públic objectiu fins a l'avaluació dels efectes dels missatges en la conducta dels individus. Aquesta planificació meticulosa permet que els missatges siguin dissenyats i transmesos de manera efectiva, maximitzar-ne l'impacte i facilitar el canvi en les actituds i comportaments.

En aquest sentit, la comunicació per a la salut cerca transformar les polítiques i estratègies de salut pública en accions concretes, adaptades a les necessitats i contextos de les poblacions destinatàries. La seua meta principal és facilitar el canvi en les pràctiques relacionades amb la salut i millorar, en última instància, l'estat general de salut de les persones i les comunitats[257].



Objectius de la comunicació en salut

La comunicació en salut no sols és una eina per a informar, sinó una estratègia poderosa per a "canviar comportaments" i fomentar "estils de vida més saludables". A través de la seua capacitat per a influir en la percepció i el coneixement de les persones, i el seu potencial per a involucrar la comunitat en processos participatius, la comunicació en salut es posiciona com un motor clau per al benestar col·lectiu i la millora de la salut pública.

La gran majoria dels objectius de la "comunicació per a la salut" se centren a generar canvis a nivell individual i grupal respecte a conductes que tenen un impacte directe sobre la salut, ja siga promovent hàbits saludables o prevenint conductes de risc. No obstant això, els dos últims elements esmentats —"advocar per una posició en un tema de salut" i "enfortir les relacions entre organitzacions"— reflecteixen la capacitat de la comunicació per a transcendir el nivell individual, i serveixen com un mitjà potent per a construir, de manera col·lectiva i participativa, nous escenaris i realitats relacionades amb la salut.

Els objectius principals de la comunicació en salut abasten diverses dimensions, des de la sensibilització i el coneixement fins a l'enfortiment de l'acció col·lectiva[257, 259, 260]:

1. Incrementar el coneixement de la població sobre un tema relacionat amb la salut: La comunicació en salut té com a propòsit principal augmentar la comprensió del públic sobre qüestions clau de salut, com la prevenció de malalties, el tractament adequat i uns hàbits saludables.
2. Influir sobre les percepcions, creences i actituds per a reforçar o canviar les normes socials: A través d'estratègies ben dissenyades, la comunicació cerca canviar la manera com les persones pensen i actuen sobre certs aspectes de salut, desafiant estereotips i prejudicis.
3. Donar suport a l'aprenentatge d'habilitats de salut: L'educació sobre com manejar situacions de salut quotidianes, com la gestió de l'estrès, la nutrició adequada o l'activitat física, és essencial per a fomentar un benestar integral.
4. Mostrar els beneficis del canvi de conducta: Informar la població sobre com les petites modificacions l'estil de vida poden tenir un impacte positiu en la salut a llarg termini.
5. Motivar per a l'acció: Més enllà d'informar, la comunicació en salut té l'objectiu d'incentivar a l'acció, impulsant les persones a prendre decisions saludables i a participar activament en la seua pròpia cura.
6. Incrementar la demanda i els recursos dels serveis de salut: Promoure l'ús adequat dels serveis de salut, assegurant que la comunitat reba l'atenció mèdica necessària.
7. Refutar mites i idees equivocades: Combatre la desinformació i els prejudicis relacionats amb la salut, aclarint conceptes erronis que poden posar en risc el benestar de la població.
8. Advocar per una posició en un tema o política de salut: La comunicació en salut també té un paper crucial en la incidència política, ajudant a defensar i promoure polítiques públiques que beneficien la salut col·lectiva.
9. Enfortir les relacions entre organitzacions: La col·laboració entre diferents entitats és vital per a coordinar esforços i recursos que optimitzen l'atenció i promoció de la salut en la comunitat.

La "comunicació en salut" és una eina fonamental per a l'enfortiment de les comunitats, perquè permet articular i facilitar processos de canvi social que tenen un impacte directe en la salut pública. A través d'estratègies de comunicació efectives, es pot "informar i influir sobre decisions individuals i col·lectives" que, en última instància, milloren la salut de la població.

A més, una de les funcions essencials de la comunicació en salut és "millorar la relació entre el pacient i el professional de salut", la qual cosa al seu torn facilita que els individus prenguen decisions informades sobre el seu benestar. Quan el pacient entén clarament els riscos i beneficis de les decisions relacionades amb la seua salut, és més probable que participe activament en la seua pròpia cura i s'adherisca als tractaments proposats. En resum, la "comunicació en salut" té la capacitat d'"adoptar, enfortir, enriquir o modificar" coneixements, actituds i comportaments de manera conscient i informada. L'objectiu és aconseguir un canvi cap a l'adopció d'estils de vida saludables, la qual cosa contribueix a la prevenció de malalties i a la millora de la qualitat de vida de les persones.

El procés de comunicació pot manifestar-se en diferents nivells: interpersonal, grupal o massiu, depenent de les necessitats i objectius de cada intervenció. A nivell interpersonal, la comunicació se

centra en la relació directa entre pacient i professional, la qual cosa permet personalitzar els missatges i adaptar-los a les necessitats específiques de cada individu. En el nivell grupal, es poden realitzar activitats educatives i de sensibilització que involucren comunitats i que fomenten l'aprenentatge mutu i el suport col·lectiu. Finalment, en l'àmbit massiu, la comunicació en salut s'utilitza a través de mitjans de comunicació tradicionals i digitals per a arribar a grans audiències i promoure canvis de comportament en tota la població.

Característiques de la comunicació en salut

La comunicació en salut té un paper crucial en dotar al públic de les eines i coneixements necessaris per a respondre de manera adequada davant les crisis de salut. A més, té la capacitat de catalitzar canvis en els comportaments socials i impulsar comunitats senceres cap a l'acció, encoratjant-les a adoptar estils de vida saludables i a prendre les mesures necessàries per a prevenir, protegir, mantenir i millorar la salut. Aquest tipus de comunicació no sols es limita a la transmissió d'informació, sinó que té un impacte profund en la manera com les persones pensen, senten i actuen enfront dels riscos per a la seua salut.

Per a ser efectiva, la comunicació en salut ha de guiar tots els actors involucrats —com el públic, els mitjans de comunicació, els proveïdors de serveis de salut i els pacients mateixos— perquè puguin respondre de manera adequada davant els brots de malalties i altres emergències de salut. La comunicació en salut no és només una qüestió de transmetre fets, sinó també de proporcionar orientació clara i accessible que impulse a l'acció informada i responsable.

Segons Unite for Sight (2013), la comunicació en salut ha de complir amb uns certs criteris fonamentals per a garantir que siga efectiva. A continuació es descriuen alguns d'aquests criteris essencials:

- Precisió: El contingut ha de ser vàlid, lliure d'errors i proporcionar una interpretació clara i objectiva, garantint que la informació transmesa siga correcta i de confiança.
- Disponibilitat: La informació ha de ser fàcilment accessible per al públic. Això implica que els missatges han de ser distribuïts en canals adequats i adaptats a l'audiència específica, considerant-ne el nivell educatiu, preferències i necessitats.
- Equilibri: La comunicació ha de presentar una visió equilibrada, que contemple tant els beneficis com els riscos de les accions proposades, i, quan siga pertinent, reconega diferents punts de vista sobre el tema.
- Consistència: El missatge ha de ser coherent al llarg del temps i alineat amb altres fonts de confiança d'informació. Això assegura que el públic reba un relat clar i constant.
- Competència cultural: La comunicació s'ha de dissenyar i executar tenint en compte les particularitats culturals, lingüístiques i educatives del públic, adaptant-se als diversos contextos i necessitats dels grups poblacionals als quals es dirigeix.
- Basada en l'evidència: La informació proporcionada ha d'estar sustentada per evidència científica rigorosa, que haja sigut acuradament revisada i analitzada per a garantir-ne la fiabilitat i validesa.
- Abast: El contingut ha d'arribar al major nombre possible de persones dins de la població objectiu. La difusió àmplia dels missatges de salut és clau per a generar un impacte positiu en la comunitat.

- **Confiançabilitat:** La font de la informació ha de ser creïble i respectada per l'audiència. A més, el contingut ha de mantenir-se actualitzat i rellevant al llarg del temps.
- **Repetició:** Els missatges han de ser reiterats en diverses ocasions per a reforçar-ne l'impacte i garantir que l'audiència els reba i recorde.

La comunicació en salut es basa en models de comunicació persuasiva, els quals són àmpliament usats per a canviar opinions, actituds i comportaments en diversos àmbits, com la propaganda, la publicitat i l'educació. La persuasió cerca influir en el receptor per a modificar-ne els comportaments i, en el context de la salut, s'empra per a promoure hàbits que beneficien el benestar físic i mental.

Per a ser efectiva, la comunicació persuasiva en salut ha d'activar en el receptor una sèrie de processos psicològics: atenció, comprensió, record i acceptació del missatge. L'objectiu és convèncer la persona que modificar els hàbits o adoptar noves conductes (per exemple, seguir una dieta saludable, fer exercici o deixar de fumar) li reportarà beneficis directes en la salut.

Les estratègies clau en la comunicació persuasiva són:

- **Presentació clara d'avantatges i desavantatges:** És essencial que el missatge estiga ben estructurat i que presente tant els beneficis com els inconvenients de l'opció que es proposa. En abordar possibles objeccions o resistències de l'audiència, el missatge es torna més convincent.
- **Missatge explícit i comprensible:** El contingut ha de ser clar, directe i fàcilment comprensible. Evitar argots mèdics complicats i usar un llenguatge accessible millora l'efectivitat del missatge.
- **Tècniques de motivació:** Incorporar estratègies motivacionals que ressonen amb les necessitats, valors i creences del receptor, i que estiguen alineades amb el que el seu grup social i família n'esperen. La motivació és clau perquè el canvi siga durador.
- **Ser genuí i convincent:** El professional de salut ha de mostrar convicció en el seu missatge, expressar entusiasme i evidenciar el seu paper com a expert. Quan el comunicador està compromès genuïnament amb el que està dient, transmet confiança i credibilitat.
- **El receptor com a protagonista:** En el procés de comunicació persuasiva, el veritable protagonista sempre és el receptor. El missatge ha d'estar centrat en les seues necessitats i en com els canvis proposats poden millorar el seu benestar.
- **Generar empatia:** Perquè el missatge siga realment efectiu, ha de generar una connexió emocional amb el receptor. Comprendre les seues preocupacions, temors i motivacions augmenta la possibilitat que accepte el canvi proposat.

L'objectiu final de la comunicació en salut és aconseguir un canvi positiu en els comportaments de la població. No es tracta només d'oferir informació, sinó de motivar i empoderar les persones perquè prenguen decisions informades i responsables sobre la seua salut. A través de missatges persuasius i estratègies ben dissenyades, la comunicació en salut té el poder de transformar hàbits individuals i col·lectius i promoure un estil de vida saludable que es tradisca en una millora sostinguda del benestar general de la comunitat.

Capítol 23: Comunicació en salut. E-Salut. Tecnologies

Els mitjans de comunicació, especialment Internet, exerceixen un paper fonamental en la comunicació en salut. Entre els principals mitjans utilitzats es troben:

- Panells, pòsters o fullets.
- Premsa escrita.
- Ràdio.
- Televisió.
- Internet.

Seleccionar un canal de comunicació adequat per a temes de salut requereix una investigació exhaustiva de l'audiència, evitant suposicions. És important considerar que algunes tecnologies poden no ser efectives si són usades per un nombre limitat de persones, són complexes i difícils d'operar per al públic general. Per això, la investigació d'audiència és clau per a identificar els mitjans més adequats i preferits pel públic objectiu.

La comunicació en salut mitjançant canals digitals presenta una sèrie de beneficis, com ara:

- Avançada: Les plataformes digitals permeten connectar amb un gran nombre de ciutadans que hi participen activament.
- Immediatesa i proximitat: Les xarxes socials faciliten la difusió ràpida d'informació en temps real, en ser accessibles des de dispositius mòbils.
- Ubiquïtat: La tecnologia permet que la informació estiga disponible en qualsevol moment i lloc, eliminant barreres geogràfiques.
- Personalització: Els continguts poden adaptar-se a les necessitats específiques de cada usuari, i personalitzar la informació en funció de la seua situació de salut.
- Reducció de costos: Les solucions tecnològiques solen ser més accessibles i econòmiques que els mitjans tradicionals.
- Interactivitat: Les xarxes socials fomenten la interacció entre usuaris, incloent-hi la comunicació en l'àmbit de la salut.
- Millora de visibilitat i reputació: Els canals digitals ajuden a millorar la imatge i credibilitat de les organitzacions i els professionals de la salut.

No obstant això, hi ha una sèrie de barreres en la comunicació en salut:

- Baixa alfabetització en salut: La comprensió d'informació de salut pot ser difícil per a persones amb habilitats d'alfabetització limitades.
- Accés restringit a Internet: La infraestructura insuficient limita l'abast de la comunicació digital en àrees amb menor accés.
- Falta d'investigació en contextos de països en desenvolupament: L'absència d'estudis adequats limita l'efectivitat d'intervencions de comunicació en salut en certs contextos.
- Proliferació d'informació de baixa qualitat: És fonamental garantir la confiabilitat de la informació de salut en Internet.

És per això que s'ha de tenir en compte una sèrie de conceptes en valorar l'ús de la comunicació, com ara:

- **Alfabetització en salut:** L'alfabetització en salut es refereix a la capacitat de les persones per a obtenir, processar i comprendre informació bàsica sobre salut amb la finalitat de prendre decisions informades relacionades amb el seu benestar físic i mental. És un component essencial per a promoure conductes saludables, prevenir malalties i gestionar condicions de salut. Es caracteritza per:
 1. **Accés a la informació:** Capacitat per a localitzar i accedir a informació fiable sobre salut en diferents formats, com textos, gràfics i vídeos.
 2. **Comprensió:** Habilitat per a entendre conceptes mèdics bàsics i el llenguatge tècnic que moltes vegades acompanya la informació de salut.
 3. **Aplicació:** Competència per a usar la informació en la presa de decisions relacionades amb l'autocura, l'adherència als tractaments i la prevenció.
 4. **Autonomia:** Permet que les persones interactuen eficaçment amb el sistema de salut fent preguntes informades i seguint recomanacions mèdiques.
 5. **Impacte en la salut pública:** Millora els resultats de salut a nivell individual i comunitari, redueix riscos i promou el benestar general.
- **Alfabetització mediàtica en salut.** L'alfabetització mediàtica en salut implica l'habilitat d'analitzar, avaluar i crear missatges relacionats amb la salut en mitjans de comunicació, incloent-hi televisió, Internet i xarxes socials. Aquest tipus d'alfabetització no sols cerca entendre la informació, sinó també discernir entre continguts fiables i aquells que poden ser enganyosos o nocius. Les seues característiques són:
 1. **Avaluació crítica:** Capacitat per a identificar fonts de confiança d'informació de salut i distingir-les d'aquelles que propaguen notícies falses o pseudociència.
 2. **Interacció responsable:** Comprendre com els mitjans influeixen en les percepcions i decisions sobre salut, fet que permet interactuar-hi de manera conscient.
 3. **Producció de continguts:** Fomentar la creació de missatges clars i verços sobre salut en plataformes digitals i tradicionals.
 4. **Context digital:** Inclou el maneig de plataformes interactives, com xarxes socials, i l'ús ètic d'aquestes per a la promoció de la salut.
 5. **Enfortiment comunitari:** Promou l'educació sanitària a través d'eines digitals i això genera comunitats informades i proactives.
- **Escletxa digital en salut.** L'escletxa digital en salut es refereix a les desigualtats en l'accés, l'ús i l'aprofitament de tecnologies digitals per a obtenir informació i serveis relacionats amb la salut. Aquesta desigualtat pot estar influïda per factors com l'edat, el nivell educatiu, la ubicació geogràfica, el gènere i la condició econòmica. Hem de tenir en compte:
 1. **Accés limitat a tecnologia:** Persones o comunitats sense accés a dispositius digitals, Internet de qualitat o serveis bàsics de connectivitat.
 2. **Desigualtat en capacitats digitals:** Falta d'habilitats per a usar eines tecnològiques i navegar en entorns digitals, especialment entre poblacions vulnerables.
 3. **Impacte en l'atenció mèdica:** Dificultats per a accedir a serveis de telemedicina, aplicacions de salut i plataformes de monitoratge remot, que amplien les desigualtats en salut.
 4. **Disparitats regionals:** Afecta principalment zones rurals i països en vies de desenvolupament, on la infraestructura tecnològica és limitada.

5. Barreres culturals i lingüístiques: Les tecnologies no sempre estan dissenyades considerant les necessitats i característiques culturals dels usuaris.

Aquests conceptes estan interrelacionats, ja que l'alfabetització en salut i mediàtica contribueixen a tancar l'escletxa digital, en capacitar les persones per a usar eines tecnològiques de manera efectiva i crítica. Al seu torn, superar l'escletxa digital amplia les oportunitats d'accedir a informació de salut de confiança, millora els nivells d'alfabetització i redueix les desigualtats en resultats de salut.

Per aquests motius, hem de valorar la qualitat dels llocs web de salut. Cal tenir en compte que un lloc de salut de confiança ha de complir els següents estàndards:

- Identificar clarament els autors, les seues credencials i afiliacions.
- Proveir referències i fonts de contingut.
- Informar sobre el finançament i els anunciant del lloc.
- Mantenir la informació actualitzada.
- Mostrar un clar contacte dels autors.
- Incloure la missió i les dades dels autors, així com la seua afiliació.
- Disposar de polítiques de privacitat visibles.
- Incloure un descàrrec de responsabilitat que indique que el contingut és educatiu, no mèdic.
- Presentar certificacions de qualitat, com el segell HONcode, de la Fundació Health On the Net.

Així, dins de les estratègies per a millorar la comunicació en salut, hem de cercar no sols millorar l'accés a Internet, especialment en àrees rurals o llars amb menys recursos, sinó desenvolupar continguts accessibles per a persones amb baixa alfabetització i crear centres de formació per a capacitar comunicadors en salut i professionals mèdics en habilitats comunicatives efectives.

Amb l'e-salut i l'ús de tecnologies de la informació i la comunicació (TIC), els usuaris han passat de ser receptors passius a convertir-se en col·laboradors actius en la creació i difusió de contingut. Els pacients poden accedir a tractaments i consultes de manera remota, interactuar amb professionals de la salut i generar coneixement.

L'e-salut facilita l'accés a les cures mèdiques mitjançant l'eliminació de barreres geogràfiques. Involucra l'intercanvi electrònic d'informació mèdica per a diagnòstic, tractament i prevenció, i s'aplicant en la gestió de les organitzacions de salut i el seguiment de pacients. Podem trobar exemples de salut digital en:

- Telemedicina: Ús de les TIC per a proveir atenció mèdica a distància.
- Xarxes socials: Espais per a desmentir notícies falses i compartir experiències entre pacients.
- Aplicacions mòbils: Eines de gestió i monitoratge de la salut.
- E-professionals: Professionals de la salut que interactuen mitjançant plataformes digitals.
- Plataformes i recursos digitals en salut: Escola de pacients.

Aquest enfocament integral fomenta una comunicació en salut que és més accessible, immediata i eficaç, i que afavoreix tant els pacients com els professionals en l'era digital.

La comunicació en salut pública

La comunicació és fonamental en la salut pública, ja que moltes intervencions en aquest àmbit són, en essència, actes comunicatius dissenyats per a modificar comportaments i actituds en la població. Aquestes intervencions cerquen influir en les conductes dels individus, com és el cas de les campanyes de salut, una de les eines més poderoses en aquest procés. Les campanyes de salut se centren a

transmetre missatges clars i efectius per a promoure hàbits saludables, prevenir malalties i modificar conductes de risc.

a. La comunicació en campanyes de salut. Les campanyes de salut són estratègies comunicatives que usen diferents canals per a arribar al públic i fomentar canvis positius en la salut. Aquestes campanyes poden adoptar diverses formes, com ara:

- Programes informatius: Debats, entrevistes, documentals i programes de ràdio i televisió que brinden informació rellevant sobre temes de salut.
- Aparicions de personatges rellevants: Celebritats o figures públiques que serveixen com a portaveus de campanyes, la qual cosa ajuda a captar l'atenció del públic.
- Mitjans escrits: Ús de premsa, revistes, fullets i altres materials impresos per a difondre missatges de salut.
- Pòsters i cartells: Elements visuals de gran impacte que es col·loquen en espais públics per a atraure l'atenció del públic.
- Debats radiofònics: Espais a la ràdio on es discuteixen temes de salut, els quals generen consciència i interacció amb la comunitat.
- Pel·lícules i vídeos d'educació sanitària: Continguts audiovisuals que eduquen la població sobre prevenció, tractament i cures de salut.
- Esdeveniments especials: Premis, concursos i altres activitats que promouen la participació i el compromís amb els temes de salut.
- Campanyes en xarxes socials: Ús de plataformes, com Facebook, Instagram, i YouTube, secundades per influenciadors i videoblogs, per a arribar a un públic més jove i divers.

Generalitats en les campanyes de salut:

- Multicanalitat: Les campanyes més efectives són les que empren una combinació de diversos mitjans de comunicació, ja que això augmenta la possibilitat d'arribar a un major nombre de persones.
- Enfocament en petits grups o comunitats: Les campanyes que combinen els mitjans massius amb activitats en grups petits o comunitats tenen un impacte més directe i durador.
- Definir l'audiència: Assegurar-se d'identificar clarament el segment de població al qual va dirigida la campanya n'incrementa l'efectivitat.
- Ús de celebritats: Les personalitats públiques poden atraure al públic cap als objectius de la campanya, aprofitant la seua influència per a difondre els missatges.
- Repetició de missatges simples: La repetició de missatges clars i fàcils d'entendre contribueix que el públic els recorde i els adopte.
- Enfocament positiu: Les campanyes que emfatitzen els beneficis del canvi de comportament, en compte de les conseqüències negatives, tendeixen a ser més motivadores.
- Captar l'atenció ràpidament: Les campanyes que aconsegueixen captar l'atenció de l'audiència de manera immediata tenen més probabilitats de generar una resposta ràpida i positiva.

b. Comunicació de crisi

La comunicació de crisi es refereix a la gestió d'esdeveniments inesperats o situacions d'emergència que afecten una organització, particularment en l'àmbit sanitari. Un esdeveniment de crisi pot interrompre l'equilibri de la institució i té el potencial de danyar la seua reputació si no es maneja

adequadament. En el context de la salut, la crisi pot ser qualsevol esdeveniment que afecte la seguretat pública, com brots de malalties, errors mèdics greus o desastres naturals.

Una crisi és un esdeveniment que trenca l'equilibri d'una organització, afecta la seua imatge en els mitjans de comunicació i xarxes socials i amenaça la seua relació habitual amb els públics interns i externs. La seua gravetat dependrà de com es perceba socialment i de com reaccione l'organització davant l'esdeveniment.

Com actuar davant una crisi de comunicació des d'una institució sanitària?

1. Proporcionar informació i respostes clares: En una crisi, és fonamental proporcionar informació precisa i ràpida. La falta d'informació només genera desconfiança i augmenta l'alarma en la població.
2. Reacció ràpida i control del relat: És essencial respondre amb agilitat per a liderar la comunicació. Si la institució no es pronuncia, d'altres ho faran en lloc seu, possiblement amb informació incorrecta o alarmista.
3. Transparència i rigor en la informació: Encara que no s'haja resolt completament el problema, és important informar sobre els fets i les mesures que es prenen per a solucionar-ho. La transparència genera confiança.
4. Designació de portaveus: És fonamental disposar de portaveus oficials que brinden informació tècnica de manera clara i responsable, i eviten causar pànic en la població.
5. Coordinació amb autoritats competents: És necessari treballar de manera conjunta amb les autoritats de salut i altres entitats rellevants per a oferir una informació coherent, rigorosa i alineada.
6. Ús de xarxes socials: Durant una crisi, les xarxes socials són eines poderoses per a difondre informació. És important compartir missatges oficials des dels perfils institucionals per a evitar que es difonga informació errònia.

Recomanacions clau per a una crisi de comunicació exitosa:

- Actuar ràpidament: El temps és un factor crucial. Com més ràpid s'oferisca una resposta, més gran serà el control sobre la situació.
- Ser clars i coherents: Evitar contradiccions i missatges confusos, la qual cosa pot generar més incertesa i desconfiança.
- Escoltar la comunitat: És fonamental monitorar les reaccions del públic per a ajustar els missatges en temps real, d'acord amb les seues inquietuds i necessitats.
- Mantenir la calma: La calma i la coherència en els missatges institucionals són essencials per a transmetre control i lideratge en moments de crisi.

La comunicació de crisi, encara que és un fenomen desafiant, és un procés inherent al funcionament diari de les institucions sanitàries. L'impacte de la crisi dependrà de la rapidesa i eficàcia amb què es maneja la situació i de la percepció que es genere en la societat. Tenir un pla de comunicació preestablert i establir relacions de confiança entre els actors involucrats és essencial per a gestionar una crisi de manera efectiva.

Capítol 24: Ètica i seguretat del pacient

1. Introducció a l'ètica i seguretat del pacient en infermeria comunitària

La infermeria comunitària exerceix un paper essencial en l'àmbit de la salut pública en centrar-se en la promoció, protecció i manteniment de la salut dins de les comunitats. En aquest context, els professionals de la infermeria no sols brinden cures clíniques, sinó que també exerceixen com a educadors i defensors de la salut, amb una funció proactiva en la prevenció de malalties i la promoció de pràctiques saludables. No obstant això, aquestes intervencions, realitzades sota el mantell de la promoció de la salut, exigeixen un enfocament ètic que respecte tant la seguretat del pacient com l'autonomia i diversitat cultural de cada comunitat.

L'ètica en infermeria comunitària i en l'educació per a la salut exigeix un enfocament que integre la seguretat, el respecte a la diversitat cultural i la promoció de l'equitat en l'accés a la salut. Els professionals de la salut han d'adoptar una postura reflexiva, crítica i respectuosa davant les particularitats de cada comunitat, i desenvolupar programes que no sols cerquen canviar conductes sinó que respecten els valors i drets fonamentals de les persones. Un codi ètic per a l'educació en salut ha de ser un marc flexible, adaptat a les circumstàncies de cada població, que garantisca un equilibri entre el respecte per l'autonomia individual i el compromís amb la salut pública.

La seguretat del pacient en infermeria comunitària va més enllà d'evitar errors clínics: implica la creació d'un entorn segur que respecte la privacitat, promoga l'equitat i considere les particularitats culturals i socials de cada comunitat. Els professionals de la salut, en interactuar amb persones de diferents rerefons culturals, econòmics i socials, han d'estar capacitats per a navegar els dilemes ètics que sorgeixen en proposar canvis en conductes i valors que formen part de la identitat de les persones. Així, la infermeria comunitària es converteix en un àmbit en què l'ètica és un component fonamental per a guiar la pràctica i assegurar la confiança de la població.

La bioètica és una disciplina fonamental en la pràctica de la infermeria comunitària, ja que proporciona un marc de principis que guien la presa de decisions ètiques en la cura de la salut. Aquests principis —autonomia, beneficència, no maleficència i justícia— ajuden els professionals a afrontar els dilemes ètics que sorgeixen en la interacció diària amb els pacients i la comunitat, considerant tant el benestar individual com el col·lectiu.

1. **Autonomia:** El principi d'autonomia reconeix el dret de les persones a prendre decisions informades sobre la seua pròpia salut i benestar, sense coerció ni manipulació. En la infermeria comunitària, respectar l'autonomia implica empoderar els individus i les comunitats perquè puguin triar pràctiques de salut d'acord amb els seus valors i creences. El personal d'infermeria, en aquest context, actua com a facilitador, oferint informació clara i precisa perquè les persones comprenguen les implicacions de les seues eleccions. No obstant això, aquest principi ha d'equilibrar-se amb el deure d'intervenir quan una pràctica posa en risc altres persones, especialment en salut pública.
2. **Beneficència:** Aquest principi implica actuar en benefici del pacient, promoure'n el benestar i millorar-ne la qualitat de vida. En la pràctica de la infermeria comunitària, la beneficència guia els professionals a l'hora de dissenyar i implementar programes d'educació i prevenció que cerquen el bé comú de la comunitat. El personal d'infermeria comunitària ha de procurar que totes les seues intervencions siguin favorables per a la salut dels individus i de la col·lectivitat,

ajustant les seues accions a les necessitats reals de la comunitat i vetllant perquè el seu treball millore les condicions de vida de les persones.

3. No maleficència: Derivat de la màxima hipocràtica de "primer de tot, no fer mal," aquest principi estableix l'obligació d'evitar accions que puguen perjudicar els pacients. En la infermeria comunitària, això es tradueix en la necessitat d'assegurar que qualsevol intervenció o programa de salut no cause efectes negatius, ja siguen físics o psicològics. El professional ha de ser acurat i no imposar mesures que puguen generar estrès, estigma o dany emocional a les persones, especialment en contextos culturals sensibles, i evitar tractaments o recomanacions que puguen tenir efectes secundaris nocius per al pacient.
4. Justícia: Aquest principi s'enfoca en l'equitat i la distribució justa dels recursos de salut. En la infermeria comunitària, la justícia exigeix que tots els individus, independentment del nivell socioeconòmic o cultural, tinguen un accés igualitari a serveis de salut i educació. El professional d'infermeria comunitària, per tant, actua com a defensor de la justícia social, lluitant contra les disparitats en salut i treballant perquè tots els sectors de la comunitat puguen beneficiar-se de les seues intervencions. Aquest principi cobra especial rellevància en comunitats marginades, en les quals l'accés a serveis bàsics de salut sovint és limitat.

En conjunt, aquests principis de bioètica proporcionen una guia essencial per a la infermeria comunitària, ajudant els professionals a navegar dilemes ètics complexos i a actuar amb integritat i respecte cap a les persones i comunitats a les quals serveixen. Aplicar aquests principis els permet no sols proporcionar una cura de qualitat, sinó també construir relacions de confiança i respecte mutu, i d'aquesta manera promoure una cultura de salut que responga a les necessitats individuals i col·lectives amb sensibilitat ètica i responsabilitat professional[247, 252, 253, 261-263].

Consideracions ètiques vinculades a la pràctica de la infermeria comunitària i l'educació per a la salut

La pràctica de la infermeria comunitària i l'educació per a la salut impliquen una sèrie de desafiaments ètics que transcendeixen la mera aplicació de coneixements mèdics i educatius. Els professionals que treballen en aquest àmbit han d'enfrontar-se a qüestions complexes relacionades amb la influència de la cultura, la responsabilitat individual i social, i la necessitat de promoure la salut de manera equitativa i respectuosa. Aquestes consideracions ètiques són essencials per a mantenir la confiança i el respecte en les relacions entre els professionals de la salut i les comunitats que atenen, atès que l'educació per a la salut no sols cerca modificar comportaments sinó també empoderar les persones perquè prenguen decisions informades sobre el seu benestar. Per tant, és fonamental que els professionals d'infermeria es guien per principis ètics que reconeguen la diversitat cultural, respecten l'autonomia personal i promoguen l'equitat en l'accés als recursos de salut.

La implementació de programes de salut, encara que motivada per la prevenció de malalties i la millora de la qualitat de vida, planteja preguntes ètiques que no poden ignorar-se. És correcte, en nom de la salut, suggerir canvis en valors profundament arrelats en una comunitat? En quin moment la promoció de pràctiques saludables es converteix en una intromissió en la vida privada? Aquests dilemes ètics requereixen un enfocament sensible i matisat, que considere no sols la salut individual sinó també les responsabilitats col·lectives. A més, la infermeria comunitària ha d'evitar la tendència a culpabilitzar els individus per condicions de salut que sovint es veuen influïdes per factors socials i

econòmics externs, i promoure, en canvi, una visió integral que reconega el paper de les estructures socials i polítiques en la salut de la població.

1 El respecte a la diversitat cultural i els valors de la comunitat. Una de les preguntes clau en l'ètica de l'educació per a la salut és si és legítim, en nom de la salut pública, promoure valors que poden contradir els que hi ha establits culturalment en una comunitat. Aquest dilema ètic planteja desafiaments importants, ja que els professionals de la salut han de trobar l'equilibri entre la promoció de pràctiques saludables i el respecte als valors culturals dels pacients.

A més, sorgeix la qüestió de l'autoritat moral que tenen els educadors per a intervenir en àrees que formen part de la vida privada de les persones. És ètic investigar aspectes de la vida privada dels pacients si aquests afecten la seua salut o la dels altres? En aquest sentit, la infermeria comunitària ha de procurar un enfocament de respecte i sensibilitat, cercant generar canvis mitjançant l'educació i el consens, sense imposar normes que puguin ser percebudes com a intrusives.

2 La responsabilitat individual i la culpa de la víctima. En l'àmbit de l'educació per a la salut és freqüent promoure la responsabilitat individual per a mantenir una vida saludable. No obstant això, aquesta promoció pot conduir al fenomen de "culpabilització de la víctima", pel qual es carrega l'individu amb tota la responsabilitat de la seua salut, ignorant el context socioeconòmic en el qual viu. Aquest enfocament ètic es qüestiona en responsabilitzar persones vulnerables, en compte d'assenyalar les condicions estructurals que també afecten la salut, com la pobresa, la falta d'accés a serveis sanitaris o l'entorn en el qual viuen.

L'ètica en infermeria comunitària ha de considerar aquest fenomen i evitar enfocaments que augmenten la càrrega emocional dels individus o reforcen la desigualtat, promovent una educació per a la salut que també ressalti la responsabilitat social de les comunitats i governs.

3 La responsabilitat social i l'equitat en salut. La salut pública no sols és una responsabilitat individual, és també una qüestió social i política. Els sistemes de salut tenen el deure ètic de promoure una cobertura equitativa i universal, en la qual es reduïsquen les desigualtats d'accés a serveis de salut. La infermeria comunitària ha d'assegurar-se que la seua pràctica promoga la justícia i equitat en l'accés a la salut per a tots els sectors de la població, independentment de l'estatus econòmic o cultural. La creació de dispositius sanitaris accessibles i universals és un esforç fonamental en aquest sentit[264].

4 La sensibilitat cultural en els programes d'educació per a la salut. La diversitat social i cultural planteja un repte per als professionals de la salut en el moment de dissenyar i implementar programes d'educació per a la salut. Aquests programes solen estar basats en valors del sector social dominant i, per tant, poden no ser adequats ni efectius per a totes les comunitats. Per tant, els professionals d'infermeria han de considerar els aspectes culturals de les poblacions a les quals serveixen, respectant i adaptant les intervencions als costums i creences de la comunitat.

5 La lliure elecció en un context d'influència. L'educació per a la salut, encara que cerca empoderar les persones, també implica una forma d'influència inevitable sobre les conductes i valors dels individus. Això pot entrar en conflicte amb la seua autonomia i lliure elecció. És fonamental que les intervencions en salut promoguen l'autodeterminació dels individus, oferint opcions de manera respectuosa i no coercitiva, especialment quan es tracta de pràctiques que no representen un risc directe per als altres.

Els valors: Cap a un codi ètic per a la pràctica de l'educació per a la salut

Per a guiar la pràctica de l'educació per a la salut, es proposa un codi ètic que contemple els drets bàsics dels individus com a consumidors de serveis de salut. Aquests drets inclouen el dret a la salut, a prendre decisions informades, a ser tractats amb respecte, a la confidencialitat i a la no discriminació.

L'educació per a la salut ha de partir de la premissa que prevenir i promoure la salut és un deure ètic, evitant esperar que les persones emmalaltisquen. Això implica que qualsevol acció educativa ha de basar-se en el principi de no maleficència i procurar sempre el benefici de la població. Així mateix, la implicació dels consumidors en la identificació de les seues necessitats i en el disseny dels programes de salut és fonamental per a garantir que aquests responguen a les veritables problemàtiques de la comunitat.

Els programes de salut han de ser sensibles a les diferències culturals i oferir als consumidors la possibilitat d'optar lliurement entre diferents alternatives de cura, respectant-ne l'autonomia i el dret a prendre decisions que podrien implicar certs riscos per a ells mateixos, sempre que aquestes pràctiques no representen un risc per a altres.

A partir d'aquests principis es proposen algunes recomanacions per a un codi ètic en educació per a la salut:

1. Prioritzar la prevenció i promoció: Les intervencions en salut s'han d'enfocar a prevenir problemes i promoure hàbits saludables abans que es presenten malalties.
2. Evitar el dany: Tot projecte d'educació per a la salut ha d'assegurar-se de no causar danys físics o psicològics als participants.
3. Consentiment informat i participació: Involucrar les persones en el procés de planificació i execució de programes de salut, assegurant que compreguen els objectius i les metodologies utilitzades.
4. No intervenció en la vida privada sense risc evident: L'educació per a la salut ha de respectar la privacitat i l'autonomia dels individus, i ha d'intervenir només quan les pràctiques suposen un risc clar per a la seua salut o la dels altres.
5. Respecte a la lliure elecció: Permetre que els consumidors prenguen decisions sobre la seua salut, fins i tot si aquestes representen riscos personals, sempre que no comprometen la seguretat de tercers.
6. Optimitzar recursos: Implementar programes eficaços i de baix cost, promovent intervencions sostenibles i responsables des d'una perspectiva ecològica i social.
7. Respectar la dignitat i confidencialitat: Els professionals de la salut han de mantenir la confidencialitat i tractar els consumidors amb cortesia, respecte i dignitat en tot moment.
8. Transparència en valors i principis ètics: Els programes de salut han de ser clars respecte als valors i principis ètics que els guien, assegurant que els consumidors estiguen informats sobre el rerefons filosòfic de les intervencions.

Seguretat del pacient. Aspectes bàsics en infermeria comunitària

La necessitat d'actualitzar l'atenció primària (AP) en el sistema sanitari espanyol ha sigut reconeguda en el Marc Estratègic per a l'Atenció Primària i Comunitària, establert per la Resolució de 26 d'abril de 2019, de la Secretaria General de Sanitat i Consum⁹¹. Aquest marc subratlla la urgència d'adaptar l'AP als canvis socials, econòmics i tecnològics de les últimes dècades, amb l'objectiu de consolidar-la com el pilar central de la sanitat pública. L'AP no ha experimentat una reforma integral i sistemàtica des que es va implantar fa més de trenta anys, la qual cosa ha provocat que les seues estructures i serveis queden desfasats enfront de les noves demandes i realitats. Aquest desajustament s'ha accentuat en gran manera per diversos factors, entre els quals:

- La funció fonamental de l'AP: L'AP és essencial perquè, com a primer nivell d'atenció, actua com a base per a tota la planificació sanitària pública. És un punt clau d'accés que integra la promoció de la salut, la prevenció de malalties i l'atenció contínua, especialment en un context d'increment en l'esperança de vida i de patologies cròniques en la població.
- Conseqüències de la crisi econòmica: L'AP va ser una de les àrees més afectades durant la crisi financera de 2008, que es va traduir en retallades significatives i una falta d'inversió. Això va provocar un estancament dels pressupostos de l'AP, que encara avui dia representen menys del 15% de la despesa sanitària total, mentre que en comparació el finançament dels hospitals ha crescut de manera desproporcionada.
- Adaptació als canvis demogràfics i socials: L'AP ha de respondre a una societat envellida i amb major nombre de persones que pateixen malalties cròniques. Això suposa la necessitat de gestionar pacients que requereixen un seguiment a llarg termini i de coordinar les seues cures de forma integrada i continuada.
- Expectatives de professionals i avanços tecnològics: Els professionals de la salut en l'actualitat estan més formats i demanen més accés a tecnologies avançades. L'AP pot beneficiar-se d'aquests avenços, especialment en els sistemes d'informació i comunicació, que permeten gestionar de forma més eficient la demanda de salut, millorar la prevenció i potenciar la capacitat de resolució.
- Mobilització social i professional: Les reivindicacions i mobilitzacions de professionals sanitaris i de pacients en tot el territori espanyol evidencien la necessitat de reformar l'AP per a garantir una atenció accessible i de qualitat.

L'AP té un paper fonamental en la coordinació d'activitats de promoció, prevenció i atenció sanitària per a persones amb malalties cròniques o en situació de cures pal·liatives. Això és degut a la proximitat i a la capacitat d'oferir un seguiment longitudinal, en el qual s'integra un equip multidisciplinari per a assegurar la continuïtat en l'atenció dels pacients. La continuïtat assistencial és crucial per a evitar interrupcions o llacunes en l'atenció, particularment en el pas de pacients crònics entre diferents serveis sanitaris i socials. L'actualització de l'atenció primària i la implementació de polítiques de seguretat per al pacient són fonamentals per a garantir un sistema de salut que no sols responga a les necessitats actuals, sinó que també anticipi i mitigue els riscos associats a l'atenció sanitària. La millora en aquests àmbits no sols optimitza la qualitat dels serveis, sinó que també fomenta una atenció més humana i pròxima en benefici de tots els pacients.

⁹¹Marc Estratègic per a l'Atenció Primària i Comunitària, establert per la Resolució de 26 d'abril del 2019, de la Secretaria General de Sanitat i Consum.

No s'ha d'oblidar que aspectes com la iatrogènia, entesa com els danys a la salut derivats de la pràctica mèdica, s'identifiquen com un dels problemes prioritaris del Sistema Nacional de Salut. Un dels factors latents que contribueixen a la iatrogènia és la sobreutilització de serveis, que es tradueix en sobrediagnòstics i sobretractaments innecessaris, la qual cosa no sols implica un risc addicional per al pacient, sinó que també augmenta les llistes d'espera i genera una càrrega assistencial innecessària. Molts dels procediments mèdics realitzats no estan indicats, manquen de necessitat o no compten amb suport científic suficient. Davant aquesta situació, es planteja la necessitat d'instaurar estratègies de "no fer", és a dir, evitar pràctiques que no aporten valor al pacient i que fins i tot puguen resultar perjudicials. Aquestes estratègies s'han de complementar amb accions formatives per als professionals de salut, que els permeten identificar pràctiques innecessàries i millorar l'eficiència del sistema.

Seguretat del pacient: Conceptes clau

La seguretat del pacient constitueix un aspecte essencial en qualsevol àmbit assistencial. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix la seguretat en termes de reduir al mínim el risc de dany als pacients. Els conceptes relacionats inclouen:

- Succés advers: Esdeveniment que causa o podria causar un dany innecessari a un pacient. Si aquests esdeveniments resulten en dany, es consideren efectes adversos.
- Factors contribuents: Circumstàncies o influències que incrementen el risc d'un incident. Aquests poden estar relacionats amb l'organització, el personal o les característiques del pacient.
- Factors de recuperació: Accions que permeten detectar o mitigar un incident abans que es produïska un mal irreparable.
- Resultats per al pacient: Es classifica en termes de dany físic, malaltia, lesió, sofriment o discapacitat.

Les organitzacions han d'implementar mesures de millora per a reduir o compensar qualsevol dany derivat d'un incident, incloent-hi barreres proactives per a prevenir esdeveniments adversos i plans de contingència per a mitigar-ne els efectes⁹². El concepte de resiliència en el sistema de salut es refereix a la capacitat que té de prevenir, detectar, mitigar i adaptar-se contínuament enfront d'incidents de seguretat. Un sistema sanitari resiliència no sols respon als problemes quan sorgeixen, sinó que també s'anticipa als riscos i aprèn de les experiències per a millorar la qualitat i seguretat de l'atenció oferida.

La seguretat del pacient és un repte global que requereix un enfocament estructurat i coordinat. La implementació de pràctiques provades en prevenció d'infeccions, administració de medicaments i seguretat quirúrgica són essencials. L'OMS i altres organitzacions estan desenvolupant estàndards i guies per a abordar aquests problemes i millorar la seguretat en tot el sistema sanitari. A través de

⁹² Resolució de 26 d'abril del 2019, de la Secretaria General de Sanitat i Consum, per la qual es publica el Marc Estratègic per a l'Atenció Primària i Comunitària. Butlletí Oficial de l'Estat, núm. 101, de 27 d'abril de 2019. Recuperat de: <https://www.boe.es/boe/dias/2019/04/27/pdfs/BOE-A-2019-6494.pdf>

la formació, la vigilància i el desenvolupament d'indicadors, la comunitat mèdica avança en el compromís d'oferir una atenció segura i de qualitat.

La seguretat del pacient és un component essencial en la qualitat assistencial dels sistemes de salut moderns. Dades de diversos estudis subratllen la magnitud del problema i la urgència d'implementar millores en aquest àmbit. Així, entre altres, podem veure:

- Morts prevenibles: Un estudi fonamental de l'Institute of Medicine (IOM) publicat en l'informe "To Err is Human: Building a Safer Health System" en 1999, va estimar entre 44.000 i 98.000 morts anuals als Estats Units per errors mèdics, el 70% de les quals potencialment prevenibles[127, 265].
- Esdeveniments adversos amb medicaments: S'ha detectat que un 6,5% de les hospitalitzacions estan relacionades amb efectes adversos a medicaments, dels quals un 28% podria haver-se evitat. D'aquests esdeveniments, el 57% són significatius, el 30% greus, el 12% de risc vital i l'1% fatals. L'impacte d'aquests efectes adversos és considerable: generen una estada hospitalària addicional mitjana de 4,5 dies i un cost de 4.700 \$[266].
- Impacte financer: Els errors prevenibles representen entre el 12% i el 15% dels costos hospitalaris, i afecten significativament els pressupostos de salut a tot el món. La digitalització a través de registres mèdics electrònics (EHR) s'ha plantejat com una mesura que podria ajudar a reduir aquests esdeveniments, i representaria un canvi de paradigma en la presa de decisions en atenció sanitària.

La seguretat del pacient s'entén com "l'absència de lesions o complicacions evitables, produïdes o potencials, a conseqüència de l'atenció a la salut rebuda". Aquesta definició ressalta la importància d'un equilibri constant en les actuacions del sistema sanitari, on millorar la seguretat depèn d'un aprenentatge continu. La prevenció d'errors requereix sistemes i processos dissenyats per a reduir la probabilitat de fallades, augmentar-ne la detecció quan ocorren, i mitigar-ne les conseqüències[267, 268].

La preocupació per la seguretat i la prevenció d'infeccions té arrels històriques. Ignaz Semmelweis, al segle XIX, va reduir significativament la mortalitat materna en introduir la pràctica del rentat de mans; Florence Nightingale va millorar les condicions higièniques en hospitals, i Joseph Lister va implementar l'ús d'antisèptics en cirurgia, que van minimitzar infeccions i van millorar la seguretat dels pacients[127, 269-271].

La publicació de l'informe "To Err is Human" de l'IOM en 1999 va marcar un abans i un després. En aportar dades sobre la magnitud dels errors en atenció sanitària i les seues conseqüències econòmiques, aquest informe va desencadenar iniciatives globals per a investigar i millorar la seguretat del pacient. Segons Leape, aquest document va ser clau per a posar fi a la negació institucional i motivar els sistemes sanitaris a adoptar canvis[272].

Els errors poden originar-se en diferents nivells, des de problemes d'infraestructura fins a fallades humanes en l'atenció directa. L'OMS enfoca les seues estratègies en el suport als professionals de primera línia, promovent intervencions que minimitzen el risc de dany malgrat la complexitat de l'atenció moderna. Les estratègies efectives inclouen la creació de sistemes i processos provats per a prevenir o mitigar danys [273-275].

En 2004, l'OMS va establir l'Aliança Mundial per a la Seguretat del Pacient, que va proposar solucions com millorar la higiene de mans per a prevenir infeccions, evitar errors en l'administració de

medicaments i assegurar la identificació adequada dels pacients. En 2005, el primer repte, "Una atenció neta és una atenció més segura", es va centrar en el control d'infeccions i la higiene de mans. L'OMS va llançar en 2008 el repte "La cirurgia segura salva vides" amb la finalitat de reduir complicacions postoperatòries, que afecten fins al 25% dels pacients. Les intervencions quirúrgiques requereixen sistemes de seguretat per a controlar infeccions, garantir la precisió en anestèsia i mantenir la seguretat dels equips. L'OMS reconeix que la falta d'estandardització en cirurgia pot portar a danys evitables en fins a la meitat dels casos [275].

Experts de l'Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (OCDE) han desenvolupat 21 indicadors per a monitorar la seguretat en els sistemes de salut, adoptats en diversos països. Aquests indicadors cobreixen àrees com infeccions nosocomials, esdeveniments sentinella (reaccions per transfusió, errors quirúrgics), complicacions quirúrgiques i altres esdeveniments adversos, com caigudes de pacients i fractures de maluc. Així, podem analitzar dues situacions de seguretat freqüents a les quals es pot enfrontar la infermeria comunitària:

Exemple 1: infecció del lloc quirúrgic.

L'educació de les infeccions del lloc quirúrgic és essencial per a millorar la qualitat i seguretat en l'atenció quirúrgica. Si bé s'han aconseguit avenços significatius en la prevenció, persisteixen desafiaments en l'adherència a les guies clíniques. La implementació de programes de vigilància amb retroalimentació contínua i l'ús de *checklists* o llistes de comprovació han demostrat ser estratègies efectives per a reduir la freqüència d'aquestes infeccions. La col·laboració i el compromís de tots els professionals de la salut són fonamentals per a continuar avançant en la prevenció i control de les infeccions associades a la cura de la salut.

La terminologia relacionada amb les infeccions postquirúrgiques es va actualitzar en 1992, quan el terme *infecció de la ferida quirúrgica* (*surgical wound infection*) va ser substituït per *infecció del lloc quirúrgic* (*surgical site infection*, SSI). Es defineix com aquella infecció que ocorre dins dels 30 dies posteriors a una cirurgia, o fins a un any si s'ha implantat un material protètic. Les infeccions del lloc quirúrgic poden classificar-se en infeccions incisionals superficials, profundes o de l'òrgan/espai[276].

Malgrat els avenços en tècniques antisèptiques i en procediments quirúrgics, les SSI continuen sent una de les causes més importants de morbimortalitat en l'àmbit hospitalari. Als Estats Units, les infeccions del lloc quirúrgic són la tercera causa d'infecció nosocomial, i representen aproximadament entre el 14% i el 16% de totes les infeccions en pacients hospitalitzats i un 38% dins del grup de pacients quirúrgics[276]. Segons Chacón-Ramírez i Andrade-Castellanos, es registren anualment més de 500.000 casos de SSI als Estats Units, la qual cosa implica un augment en l'estada hospitalària, els costos associats i la morbimortalitat [277].

La reducció de les infeccions del lloc quirúrgic ha de ser una prioritat tant per als professionals de la salut com per als centres hospitalaris. Les estratègies de prevenció han d'abordar tant els factors de risc relacionats amb el pacient com amb el procediment. Entre les pràctiques preventives basades en evidència destaquen l'administració adequada de profilaxi antimicrobiana i el control glucèmic en el perioperatori. No obstant això, encara que les guies internacionals estableixen pautes específiques per a la prevenció de SSI, la seua adherència en la pràctica clínica continua sent baixa. En particular, la profilaxi antibiòtica i el rasurat adequat del lloc quirúrgic són dues àrees en les quals s'observa una falta de compliment de les recomanacions [276].

Des de la publicació de l'informe "To Err is Human", s'han dissenyat i implementat diverses intervencions per a corregir els defectes que condueixen a errors mèdics i esdeveniments adversos, encara que amb resultats variats. La seguretat, la comunicació, el treball en equip i l'eficiència són àrees prioritàries que mereixen atenció, especialment amb la incorporació de noves tecnologies i tècniques quirúrgiques. Dins d'aquestes intervencions, el desenvolupament de llistes de comprovació o *checklists* ha sigut fonamental, ja que ajuda a minimitzar els riscos associats a errors humans i contribueix a aconseguir l'objectiu de millorar la seguretat en les intervencions quirúrgiques [276].

Els programes de vigilància epidemiològica, que inclouen un sistema de retroalimentació als professionals de la salut, han demostrat ser efectius en la reducció de les taxes d'infecció del lloc quirúrgic. Segons Pujol i Llimó, aquest tipus de programes pot reduir les taxes de SSI fins a un 30%, no sols perquè permet identificar àrees de millora, sinó també gràcies a l'efecte Hawthorne, que incentiva una major atenció en els aspectes tècnics durant la cirurgia i en el postoperatori [273, 277, 278].

Per a maximitzar l'eficàcia d'aquests programes de vigilància, es recomana que incloguen diversos components principals: programes estructurats de vigilància epidemiològica dirigits al control de la infecció hospitalària; personal especialitzat en control d'infeccions i retroalimentació de les taxes d'infecció quirúrgica en els cirurgians, especialment en el cas d'infeccions relacionades amb procediments quirúrgics [279-281].

Aquests elements permeten una vigilància activa i una retroalimentació efectiva, la qual cosa facilita la implementació de canvis en els procediments clínics i quirúrgics per a reduir les taxes de SSI i millorar els resultats en la seguretat del pacient.

Situació 2: lesions per dependència

Les úlceres per pressió (UPP) són un problema crític de seguretat del pacient que l'Organització Mundial de la Salut (OMS) ha identificat com una preocupació prioritària. A pesar que actualment en coneixem bé l'etiologia i les millors pràctiques per a prevenir-les i tractar-les, i comptem amb evidències científiques que donen suport a intervencions efectives, les úlceres per pressió continuen sent una de les principals causes de morbiditat, especialment en persones majors, amb dependència funcional o en situació de malaltia greu. Aquest problema s'ha convertit en una pandèmia mundial, amb un impacte negatiu significatiu tant en la qualitat de vida dels pacients com en el sistema de salut.

Malgrat els avenços en el coneixement i la implementació d'estratègies de prevenció, la prevalença de les UPP continua sent elevada en entorns hospitalaris. A Europa, diversos estudis reporten taxes de prevalença preocupants, amb xifres com el 8,3% a Itàlia, el 9,9% a França, el 18,5% a Gal·les i el 21,1% a Bèlgica [282, 283]. A més, el Tercer Estudi de Prevalença d'Úlceres per Pressió en unitats hospitalàries mostra una prevalença crua del 7,2%, amb xifres pròximes al 25% en unitats de vigilància intensiva. Aquesta alta prevalença subratlla la necessitat de millorar les estratègies de prevenció i tractament, fins i tot quan hi ha una clara comprensió dels factors de risc i les intervencions efectives.

El tractament de les úlceres per pressió no sols té un impacte negatiu en la salut del pacient, sinó que també representa una càrrega econòmica considerable per als sistemes de salut. En 2007, Soldevilla *et al.* van estimar que el cost del tractament de les UPP a Espanya podria arribar als 461 milions d'euros, la qual cosa representava aproximadament el 5% de la despesa sanitària total. Aquest

cost es distribueix en un 15% corresponent als apòsits i altres materials, un 19% al temps d'infermeria i un 45% a l'augment de les estades hospitalàries a causa de complicacions relacionades amb les úlceres per pressió [282].

Com s'explicava a la pàgina 19393, les úlceres per pressió són lesions de la pell i els teixits subjacents causades per la pressió prolongada, generalment sobre prominències òssies, que interromp el flux sanguini i provoca dany cel·lular. A causa de la seua rellevància, la prevenció i tractament adequat de les UPP es consideren indicadors de qualitat en els sistemes de salut a nivell mundial. Les taxes d'incidència d'aquestes úlceres, tant en pacients hospitalitzats com en aquells en situació de risc, són indicadors clau per a mesurar la qualitat dels serveis d'atenció sanitària. Per a reduir-ne l'aparició, és fonamental implementar mesures de prevenció que incloguen la identificació primerenca dels pacients en risc, l'ús de dispositius i tècniques preventives adequades, així com l'educació del pacient i la seua família sobre les cures de la pell.

Les estratègies bàsiques per a la prevenció de les úlceres per pressió inclouen l'avaluació sistemàtica del risc de cada pacient, l'ús adequat de matalassos i coixins especials per a redistribuir la pressió, i el canvi freqüent de posició dels pacients immòbils. A més, la formació contínua del personal sanitari en la identificació de pacients en risc, l'ús correcte de tècniques preventives i el tractament adequat quan siga necessari són essencials per a reduir la incidència d'aquestes lesions. L'educació a pacients i familiars també té un paper fonamental, ja que el coneixement sobre l'autocura i la prevenció pot contribuir significativament a la reducció de les UPP.

L'àmbit sociosanitari presenta característiques particulars que dificulten la distinció entre els danys ocasionats per l'atenció rebuda i els que són conseqüència directa de la malaltia del pacient o les condicions clíniques preexistents. Les persones institucionalitzades, com els ancians en residències, són especialment vulnerables a les úlceres per pressió a causa de l'alta dependència i mobilitat limitada. Aquesta població, juntament amb l'augment del nombre de persones que requereixen atenció en centres sociosanitaris, requereix una atenció especial i un enfocament preventiu més intensiu.

En el context del Sistema Nacional de Salut (SNS) d'Espanya, la Llei 41/2002 estableix els drets i les obligacions dels pacients en relació amb la informació i la documentació clínica, fet que promou l'autonomia i la participació activa del pacient en les decisions relacionades amb la seua salut. La participació activa del pacient en la seua pròpia cura és un canvi paradigmàtic que involucra tant els professionals de la salut com els mateixos pacients i les seues famílies en la gestió de la salut. Aquest enfocament col·laboratiu també influeix en la planificació de polítiques sanitàries, la qual cosa reforça la necessitat d'integrar el coneixement tècnic dels professionals amb els valors, experiències i preferències dels pacients.

En aquest procés interactiu, els professionals sanitaris aporten el coneixement tècnic sobre la condició de salut del pacient i el balanç risc-benefici de les intervencions disponibles, mentre que el pacient comparteix els seus valors i preocupacions sobre els riscos i beneficis dels tractaments proposats. Aquest model de participació activa promou una relació més equitativa i centrada en el pacient, la qual cosa pot millorar tant l'adherència al tractament com els resultats clínics a llarg termini.

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA 

Facultat d'**I**nfermeria i **P**odologia

SALUT I DIVERSITAT CULTURAL

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA 

Facultat d'**I**nfermeria i **P**odologia

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA 

Facultat d'**I**nfermeria i **P**odologia

Capítol 25: Cultura i salut

Introducció

L'estudi de la relació entre cultura, salut i malaltia és fonamental per a comprendre com les societats humanes aborden la salut en el seu context sociocultural. Al llarg de la història, l'ésser humà ha desenvolupat diverses maneres de percebre, classificar i tractar les malalties, depenent de les creences, costums i valors dominants en cada societat. En aquest sentit, la salut i la malaltia no són conceptes universals amb significats fixos, sinó construccions socials que varien segons l'entorn cultural en el qual es desenvolupen. Això significa que cada grup humà interpreta de manera diferent el que significa estar sa o malalt, i estableix sistemes propis de cura i tractament[284].

En aquest context, l'antropologia i altres ciències socials s'han interessat a analitzar com els factors culturals influeixen en la salut de les poblacions. La cultura no sols determina quines pràctiques són acceptades per a mantenir la salut, sinó també quins comportaments són considerats com a indicatius de malaltia. Aquesta influència s'estén a les creences sobre l'etiologia de les malalties, l'efectivitat dels tractaments i la interacció de les persones amb els sistemes de salut. Els sistemes mèdics tradicionals i els sistemes de salut moderns coexisteixen en moltes societats, sovint amb interpretacions molt diferents dels mateixos símptomes i condicions[284, 285].

A més, els canvis culturals recents, com la globalització, l'envelliment de la població i els moviments migratoris han generat nous reptes per a la salut pública i la medicina. La interacció entre diferents cultures dins de les mateixes societats, l'aparició de noves malalties i la reaparició d'altres han obligat a repensar la manera com es presta atenció sanitària i a incorporar la diversitat cultural com un element clau per a l'eficàcia dels tractaments.

1. Conceptes clau

A) Cultura. Costums, valors i creences

El concepte de *cultura* ha sigut desenvolupat i definit per múltiples autors al llarg del temps, fet que reflecteix la seua complexitat i variabilitat[284-286]. Algunes definicions proposades són:

- Tylor, E. B. (1871): La cultura és un "tot complex" que inclou coneixement, creences, art, moral, lleis, costums i qualsevol altra capacitat i hàbit adquirits per l'ésser humà en societat. Aquest enfocament subratlla la diversitat d'elements que componen una cultura, i reconeix que els éssers humans no sols actuen de manera individual, sinó dins de marcs socials que en condicionen el comportament.
- Boes, F. (1930): Boes amplia aquesta definició en emfatitzar que la cultura inclou tant les manifestacions socials com les respostes individuals modelades pels costums del grup. Ací es reconeix que les reaccions personals no poden deslligar-se del context cultural que les produeix.
- Kroeber, A. L. (1952): Defineix la cultura com a patrons de comportament explícits i implícits, adquirits i transmesos mitjançant símbols. El més essencial de la cultura, segons Kroeber, són les idees tradicionals i els seus valors associats, la qual cosa dona un pes significatiu al simbolisme i la tradició dins dels grups humans.

- Harris, M. (1980): Per a Harris, la cultura és un conjunt de tradicions i estils de vida apresos, socialment adquirits i que abasten maneres de pensar, sentir i actuar. Aquesta visió destaca com la cultura regula de manera pautada les relacions entre les persones i proporciona marcs de conducta predictibles.
- Segons la UNESCO (1982), la cultura és el conjunt de trets espirituals, materials, intel·lectuals i afectius que caracteritzen una societat. Inclou les arts, l'estil de vida, els drets humans, els sistemes de valors, les tradicions i les creences. La cultura dona forma als individus i a les comunitats i promou la unitat mitjançant valors i tradicions compartits⁹³.

La cultura és el concepte central de la majoria dels objectius de desenvolupament sostenible⁹⁴. La cultura influeix de manera transversal en els tres pilars fonamentals del desenvolupament sostenible (l'econòmic, el social i el mediambiental). Per això, fer de la cultura un element central de les polítiques de desenvolupament és l'únic mitjà de garantir que aquest se centre en l'ésser humà i siga inclusiu i equitatiu (UNESCO, 2021).

La cultura és el conjunt de totes les formes i expressions d'una societat determinada. Inclou costums, pràctiques, codis, normes i regles de comportament, a més de sistemes de creences, religió, vestuari, rituals i normes d'interacció. En paraules de la UNESCO (1982), la cultura dona a l'ésser humà la capacitat de reflexionar sobre si mateix, expressar-se i prendre consciència de la seua pròpia existència, i dona forma als individus i comunitats (UNESCO, 2021). Aquest procés crític és essencial per a discernir valors i prendre decisions ètiques dins d'una societat[287].

La societat està formada per un conjunt d'individus que comparteixen fins, comportaments i cultura, i que es relacionen cooperativament per a formar un grup o comunitat. És l'entorn en el qual les normes culturals s'experimenten, es negocien i, a vegades, es desafien.

Així, la cultura és la "caixa d'eines" simbòlica que una persona ha d'aprendre per a convertir-se en membre d'una societat. Aquesta cultura compleix diverses funcions importants:

- Satisfer les necessitats dels seus membres: La cultura proporciona les eines i coneixements necessaris perquè els individus puguin sobreviure i prosperar dins d'un entorn social específic.
- Regular les relacions socials: En establir normes i comportaments acceptables, la cultura facilita la convivència i la cooperació entre els membres d'una societat.
- Transmetre el coneixement: A través de la cultura, les generacions més joves aprenen de les anteriors adquirint habilitats, valors i creences.
- Proporcionar una explicació del món: La cultura dona sentit a l'existència humana oferint explicacions sobre fenòmens naturals, socials i espirituals.

Elements de la cultura

- Costums: Els comportaments que s'observen regularment entre els membres d'una cultura. Els costums són repetitius i rutinaris, la qual cosa ajuda a donar una sensació de normalitat i predictibilitat en la vida quotidiana.

• Aranaz Andrés, JM, & Aibar Remón, C. (2008). *Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud*. Madrid: Ministerio de Sanitat i Consum.

⁹⁴ UNESCO. (2021, 21 de maig). "La cultura, elemento central de los Objetivos de Desarrollo Sostenible."

<https://www.unesco.org/es/articles/la-cultura-elemento-central-de-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible?hub=365>

Manual de l'assignatura

- **Valors:** Els principis que els membres d'una cultura consideren desitjables o importants. Els valors guien el comportament individual i col·lectiu, i proporcionen un marc per a avaluar quines accions són correctes o incorrectes, recompensables o castigables.
- **Creences:** Són les idees o proposicions que els membres d'una cultura accepten com a veritables, sense que importi la seua validesa objectiva. Aquestes creences poden abastar des de mitologies religioses fins a teories científiques.
- **Normes de conducta:** Són les directrius específiques que governen com han d'actuar les persones en situacions concretes. Les normes reflecteixen els valors i creences subjacents d'una cultura.

Característiques de la cultura

Respecte a la cultura, s'ha de tenir que es caracteritza:

- **Aprés:** La cultura no és innata; s'aprèn i s'hereta col·lectivament al llarg de les generacions. Aquest procés d'aprenentatge cultural assegura la continuïtat dels valors, creences i normes d'una societat. Així, les diferències en el comportament no es poden explicar a través de la biologia de forma aïllada. Per exemple, hi ha grans variacions de comportament dels sexes i aquestes variacions tenen base en el que les persones han après en la seua cultura sobre el que és ser home o dona[288, 289].
- **Social:** La cultura es transmet de generació en generació a través de la interacció social. Aquest procés implica la socialització dels infants i l'adaptació contínua dels adults.
- **Compartida:** La cultura és un fenomen col·lectiu que no pot existir fora de la comunitat. S'experimenta i s'enriqueix en el context de les relacions socials. Consisteix en una creació humana compartida per grups socials específics. Les formes materials, continguts i atribucions simbòliques són estandarditzats a partir d'interaccions socials concretes dels individus.
- **Simbòlica:** Els éssers humans usen símbols (com el llenguatge, els rituals i les imatges) per a donar sentit al món. Els símbols permeten que les persones es comuniquen i compartisquen significats, sovint de formes abstractes.
- **Adaptable:** La cultura no és estàtica; està en constant canvi i evolució, en resposta a noves tecnologies, idees, i circumstàncies. Les societats i cultures que poden adaptar-se als canvis solen ser més exitoses a llarg termini.

Les societats complexes: tenen entre "les seues fronteres" més d'una cultura[290].

- **Estratificació social,** en classes socials, rangs o castes. Cada estrat queda definit per atributs culturals propis i distintius, que inclouen usos lingüístics, costums, estil de vestir, manera de menjar, característiques de l'habitatge, etc.
- **Emigrants:** Interiors o exteriors, la cultura dels quals també és pròpia i distintiva.
- **Les subcultures professionals** formen grups amb els seus propis conceptes, regles i organització social.

Societats complexes i diversitat cultural

En les societats modernes trobem múltiples cultures que coexisteixen dins de les mateixes fronteres. Aquest fenomen dona lloc a l'estratificació social, en què diferents classes socials, rangs o castes posseeixen atributs culturals distintius. Aquests atributs inclouen costums, maneres de vestir, llenguatges i patrons de comportament. A més, els moviments migratoris interns i externs també

porten cultures addicionals, la qual cosa contribueix a la complexitat i riquesa cultural d'una societat[287, 290-292].

Així mateix, dins d'aquestes societats sorgeixen subcultures professionals, com les de metges, advocats o enginyers, que desenvolupen normes pròpies i regles específiques entorn del seu exercici professional.

B) Procés d'enculturació

El procés d'enculturació és el mitjà a través del qual les persones aprenen les normes, valors, creences i hàbits de la seua cultura. Això ocorre a través de la repetició i la imitació conscient o inconscient dels models proporcionats per la generació anterior. En aquest sentit, les generacions majors exerceixen un control sobre les més joves, assegurant que certs aspectes fonamentals de la cultura es transmeten de manera coherent i contínua.

C) Relativisme cultural

El relativisme cultural sosté que totes les pautes culturals són intrínsecament dignes de respecte. Harris (1980) destaca que per a comprendre altres cultures hem d'aprendre a veure la nostra com només una entre moltes, evitant la temptació d'imposar judicis de valor basats en els costums i creences propis. Això implica un esforç conscient per entendre com el procés d'enculturació influeix en la nostra conducta i en la percepció que tenim d'altres cultures[284, 285, 288].

- Qualsevol pauta cultural és intrínsecament tan digna de respecte com les altres (Harris 1980) i ens ensenya que per a entendre altres cultures hem de saber veure la nostra com una més entre les altres.
- Un tret cultural solament és entès segons l'univers referencial de la cultura que pertany, cosa que qüestiona la possibilitat de realitzar comparacions interculturals (Termcat, 1993).
- Hem de dirigir els esforços a intentar comprendre el poder que els mecanismes d'enculturació tenen sobre la nostra conducta. Amb això aconseguirem abstraure'ns dels valors propis per a arribar a comprendre els valors, creences... dels altres.

D) Etnocentrisme

L'etnocentrisme és la creença que les pautes de conducta pròpies són les més naturals, correctes o importants, i que les persones que actuen de manera diferent són salvatges, irracionals o inferiors. Aquest fenomen és comú en moltes societats i pot portar a la intolerància cap a la diversitat cultural. La clau per a superar l'etnocentrisme és la comprensió que si haguérem sigut socialitzats en una altra cultura, considerariem normals aquests "modes salvatges" de vida.

E) Aculturació

L'aculturació es refereix al procés de canvi cultural que ocorre quan una persona o grup adopta els costums, valors i comportaments d'una cultura dominant. Aquest procés pot incloure l'assimilació, en la qual els individus integren aspectes polítics, econòmics i educatius de la cultura dominant en la seua pròpia vida quotidiana.

- Canvi cultural, que es pot produir per invenció, descobriment o difusió cultural (transmissió de fets culturals d'una cultura a una altra).
- Els individus d'una cultura minoritària o estrangera aprenen la llengua, costums i valors de la cultura estàndard o dominant gràcies a l'aculturació.

- El procés pel qual aquests individus ocupen determinades posicions socials, alhora que adquireixen els principis polítics, econòmics i educatius de la cultura dominant es diu assimilació.
- Aquests individus, a través del procés social de l'assimilació, s'integren en la cultura estàndard.

L'enculturació i l'aculturació són dos conceptes relacionats amb l'aprenentatge i l'adopció de la cultura, però es diferencien en el context i procés.

1. Enculturació:

- Es refereix al procés mitjançant el qual una persona aprèn i internalitza la cultura del seu propi grup o societat des del naixement. Aquest aprenentatge és natural, inconscient i comença des de la infància, quan els individus adquireixen els valors, normes, costums, llenguatge, i tradicions de la seua cultura. Per exemple: Un infant que creix a Espanya aprèn l'idioma espanyol, els costums locals, les tradicions familiars i les normes socials simplement vivint en aquest entorn.

2. Aculturació:

- És el procés mitjançant el qual una persona o un grup adopta o assimila aspectes culturals d'un altre grup, generalment a través del contacte prolongat entre cultures diferents. Sovint ocorre quan hi ha migració, colonització o intercanvi cultural. A diferència de l'enculturació, l'aculturació involucra la interacció entre dues o més cultures i el procés pot ser conscient i, a vegades, forçat. Així per exemple, una persona que emigra als Estats Units des de Mèxic pot adoptar costums estatunidencs, aprendre anglès i celebrar algunes festivitats estatunidenques mentre també manté alguns elements de la cultura mexicana.

Facultat d'Infermeria i Podologia

2. Cultura i salut

La relació entre cultura i salut és una àrea d'estudi fonamental per a comprendre com les diferents societats conceptualitzen i enfronten els desafiaments de la salut i la malaltia. Al llarg de la història i en diverses geografies, la cultura ha exercit un paper fonamental en la manera com els éssers humans perceben la salut, defineixen les malalties i adopten pràctiques per a prevenir-les i tractar-les. Entendre aquesta interrelació entre cultura i salut ens permet no sols millorar les pràctiques mèdiques, sinó també fomentar el respecte cap a la diversitat cultural i l'adaptació dels sistemes de salut a les necessitats específiques de diferents poblacions[284, 285, 289-292].

Cultura, societat i salut

La salut i la malaltia són fenòmens universals en l'experiència humana. No hi ha una societat en la qual aquests conceptes no siguin presents, perquè la malaltia és una constant que afecta totes les persones en algun moment de la vida. No obstant això, la manera com cada cultura afronta i comprèn la malaltia pot variar considerablement. El que un grup social considera saludable o malalt pot diferir en gran manera del que un altre grup creu. Aquesta variabilitat és deguda al fet que tant la salut com la malaltia són construccions socials, és a dir, el seu significat i comprensió estan profundament influïts pel context cultural en el qual es desenvolupen[288, 289, 291].

Cada grup social desenvolupa estratègies i tècniques específiques per a fer front a les experiències de salut i malaltia. Aquestes tècniques poden incloure sistemes de medicina tradicional, pràctiques

preventives, rituals i creences religioses, a més de les respostes biològiques i científiques. La manera com les societats organitzen els seus sistemes de salut no sols respon a les necessitats biològiques, sinó que també reflecteix les creences, valors i normes culturals. En aquest sentit, el sistema de salut d'una societat es no pot entendre plenament sense conèixer el context cultural que el sustenta.

Salut i malaltia, conceptes socialment construïts

Els conceptes de *salut* i de *malaltia* no són estàtics ni universals, varien considerablement en l'espai i en el temps. La cultura assigna un significat particular a estar sa o malalt, i això influeix en com les persones interpreten els seus símptomes i prenen decisions sobre la seua salut. El que es considera una malaltia en una societat pot no tenir el mateix estatus en una altra. Per exemple, durant el segle XVIII i XIX, en alguns cercles de l'alta societat europea l'obesitat era vista com un signe de bellesa i estatus social. Un metge escocès de l'època advertia sobre l'ús excessiu de remeis per a evitar l'obesitat, afirmant que aquests esforços sovint acabaven costant la vida de qui els practicava, mentre que la grassor era vista com un signe de salut i bellesa. Aquesta perspectiva és radicalment distinta dels valors contemporanis en moltes societats occidentals, on la primesa és considerada un estàndard de bellesa i salut.

Exemple: ...és un excés molt neci usar remeis, com fan particularment les senyores, per a evitar l'obesitat: moltes vegades paguen amb la vida aquests errors. Res contribueix tant a la bellesa i bon aire del cos com la grassor...

[Metge escocès, s. XVIII i s. XIX]

La cultura, per tant, no sols influeix en com les persones entenen la malaltia, sinó també en com es comporten enfront d'ella. La distribució de les malalties dins d'una societat està modelada en part per les pràctiques culturals que predisposen les persones a determinats comportaments. Per exemple, les pràctiques alimentàries, les normes d'higiene o els estils de vida afecten directament l'aparició de certes malalties. En moltes societats, les pràctiques culturals tradicionals estan en tensió amb les recomanacions mèdiques modernes, la qual cosa pot dificultar la implementació de polítiques de salut efectives.

Què determina la cultura en salut?

La distribució socioepidemiològica de les malalties és una clara mostra de com la cultura influeix en la salut. Les pràctiques culturals modelen el comportament de les persones i, per tant, predisposen la població a determinades malalties. Això es pot observar en la prevalença de certes malalties que estan relacionades amb patrons culturals específics, com els hàbits alimentaris, el sedentarisme o l'exposició a riscos ambientals. Per exemple, en algunes cultures, el consum excessiu d'aliments rics en greixos i sucres està vinculat a un augment en els casos d'obesitat i malalties cardíaques[284-286, 290-292].

De la mateixa manera, les concepcions culturals sobre la higiene, l'exercici físic i la interacció amb el medi ambient poden tenir un impacte significatiu en la salut de les persones. Algunes cultures promouen pràctiques d'higiene que protegeixen contra infeccions, mentre que d'altres poden no donar tanta importància a aquestes pràctiques, la qual cosa pot portar a la propagació de malalties infeccioses. En resum, les pràctiques culturals no sols determinen com les persones interactuen entre si, sinó també com interactuen amb l'entorn físic, la qual cosa té repercussions directes en la salut.

B) El sistema cultural de la salut

Cada cultura estableix el seu propi sistema per a entendre el procés salut-malaltia, basat en les seues creences, coneixements i valors. Aquests sistemes de salut no sols determinen com es classifiquen i tracten les malalties, sinó també quines condicions són considerades com a tals. En algunes cultures, certs dolors no són reconeguts com a malalties per la medicina oficial, però sí que són tractats en el marc dels sabers tradicionals. Un exemple d'això el trobem al Brasil, on malalties com l'*espinhela caída* (anomalia de l'apèndix xifoidal), el *cobreiro* (herpes zòster), la *perda* (estat de debilitat) i el mal d'ull són reconegudes i tractades dins del marc de la medicina popular, encara que no són reconegudes per la medicina formal.

El sistema cultural de salut emfatitza la dimensió simbòlica de la malaltia, i abasta el coneixement, les percepcions i les cognicions utilitzades pels membres d'una cultura per a definir, classificar i explicar la malaltia. És important recordar que totes les cultures posseeixen conceptes sobre el que significa estar malalt o sa. Aquestes concepcions no sols inclouen la definició de malalties, sinó també la classificació, que s'organitza segons criteris de símptomes, gravetat i altres factors socials i culturals.

Els sistemes de salut, per tant, varien àmpliament segons el context cultural. En algunes societats, els remeiers, xamans o líders espirituals exerceixen un paper central en l'atenció de la salut. En unes altres, la biomedicina és el sistema dominant, però fins i tot ací la cultura afecta la manera com les persones perceben l'atenció mèdica, l'ús de medicaments i la cerca d'atenció professional.

El sistema cultural de salut ressalta la dimensió simbòlica de la comprensió que es té sobre salut i inclou els coneixements, percepcions i cognicions utilitzades per a definir, classificar, percebre i explicar la malaltia.

Implicacions socioculturals en el concepte de salut

Perquè les accions en pro de la salut siguin efectives, han de tenir en compte les tradicions, creences i patrons d'interacció sociofamiliar de la cultura en qüestió. Això significa que les polítiques de salut pública no poden implementar-se de manera uniforme en totes les societats sense considerar els contextos culturals específics. Els programes de prevenció de malalties i promoció de la salut, per exemple, s'han d'adaptar a les creences locals sobre la salut, la malaltia i el benestar, de manera que la població els perceba com a rellevants i apropiats.

Canvis culturals i salut

El món contemporani està experimentant canvis culturals significatius que afecten la salut de les persones. Entre aquests canvis es troben les noves tecnologies, que han alterat els conceptes de temps i espai i han reduït el contacte físic entre les persones. A més, l'envelliment de la població i els moviments migratoris han introduït nous reptes per als sistemes de salut, com l'augment de la distància generacional i la diversitat cultural.

Aquests canvis també han comportat l'aparició de noves malalties, així com el ressorgiment de malalties emergents que es creien controlades. Aquest context obliga els sistemes de salut a adaptar-se contínuament, desenvolupant noves maneres d'entendre i atendre les necessitats de les persones. Fins fa poc, els professionals de la salut tendien a aplicar pràctiques uniformes sense tenir en compte la diversitat cultural. No obstant això, avui dia el coneixement de la diversitat cultural és clau per a adequar millor les pràctiques sanitàries a les necessitats de la societat contemporània.

Implicacions dels canvis culturals en la cura de les persones.

El coneixement i la comprensió de la diversitat cultural són essencials per als professionals de la salut. L'atenció sanitària no pot ser uniforme, ja que les diferents cultures tenen necessitats, creences i pràctiques que han de ser respectades i compreses. Això implica la necessitat d'un enfocament més personalitzat i culturalment competent en l'atenció mèdica. La cultura, el coneixement de la diversitat cultural, és la clau que permet una millor adequació de les pràctiques sanitàries a les necessitats de la societat contemporània. La formació en diversitat cultural i la sensibilització sobre les diferències culturals poden ajudar els professionals de la salut a millorar la qualitat de l'atenció que brinden, assegurant que siga adequada i efectiva per a cada individu i grup cultural.

Antropologia

L'antropologia és la disciplina que estudia la cultura i la seua relació amb els diferents aspectes de la vida humana, incloent-hi la salut. En el camp de la salut, l'antropologia proporciona eines valuoses per a entendre com les diferents cultures perceben i gestionen els problemes de salut i malaltia. L'antropologia de la salut o mèdica investiga les pràctiques i creences de salut en diverses cultures, i permet una millor comprensió dels factors culturals que influeixen en els resultats de salut i les interaccions metge-pacient.



Facultat d'Infermeria i Podologia

Capítol 26: Atenció a la diversitat cultural

L'atenció primària i comunitària és clau per a garantir el dret a la salut de les persones immigrants. El seu enfocament pròxim, preventiu, inclusiu i multisectorial permet respondre no sols a les malalties, sinó també a les condicions estructurals que perpetuen l'exclusió. Per a aconseguir-ho, és essencial integrar la interculturalitat, el respecte a la diversitat i la participació comunitària com a principis rectors de tot el sistema sanitari. En última instància, avançar cap a una APS centrada en les persones immigrants contribueix a societats més justes, saludables i cohesionades.

L'atenció primària de salut (APS) és reconeguda com l'enfocament més eficaç i equitatiu per a garantir la cobertura sanitària universal i combatre les desigualtats, incloent-hi les que afecten persones immigrants. L'APS va més enllà de l'atenció mèdica bàsica: actua com a plataforma de canvi social en abordar els determinants socials de la salut i promoure la justícia social i l'equitat. En aquest sentit, es torna essencial per a respondre a les necessitats de poblacions històricament marginades, com els immigrants, els quals sovint s'enfronten a barreres estructurals, culturals, econòmiques i lingüístiques dins dels sistemes de salut.

La migració pot agreujar les vulnerabilitats sanitàries. Molts immigrants viuen en contextos de pobresa, exclusió o inseguretat jurídica, la qual cosa incrementa el risc de patir malalties no tractades, discriminació en els serveis i accés limitat a informació oportuna. L'APS, si es dissenya amb enfocament intercultural i participatiu, pot respondre de manera efectiva i sensible a aquestes necessitats, evitant pràctiques uniformes que ignoren les diferències culturals o lingüístiques.

Els sistemes de salut poden contribuir a perpetuar o a reduir la discriminació racial. El racisme sistèmic pot manifestar-se de formes subtils, com la falta d'intèrprets, l'escassa representativitat de minories ètniques en el personal sanitari o la rigidesa en els models d'atenció. L'OMS ressalta que, per a atendre adequadament les persones immigrants, és essencial un enfocament intercultural i inclusiu en l'APS, que en reconega la història, creences i pràctiques culturals, i que garantisca uns serveis respectuosos i dignes.

La falta de serveis de salut culturalment competents pot generar desconfiança en les institucions sanitàries, abandó de tractaments i resultats sanitaris deficients. L'atenció primària ha d'integrar pràctiques com el diàleg entre sabers, la incorporació de medicina tradicional o l'adaptació cultural de serveis com el part, l'atenció prenatal o la salut mental.

Una APS eficaç ha de comptar amb la participació activa de les comunitats immigrants. L'OMS destaca la necessitat d'incloure aquestes poblacions en la planificació, implementació i avaluació de polítiques sanitàries. Això implica enderrocar barreres com la llengua, la documentació, la por a la deportació o la desinformació, i crear així espais segurs i accessibles.

Les estratègies de participació comunitària no sols milloren l'adequació dels serveis, sinó que també enforteixen l'empoderament de les persones immigrants, fomenten la confiança en el sistema i promouen el reconeixement dels seus drets. És fonamental capacitar els professionals de salut en competència cultural, ampliar la diversitat del personal i promoure el lideratge de persones migrants dins del sistema sanitari.

Perquè l'APS siga realment efectiva amb poblacions immigrants, es requereix una assignació de recursos equitativa i sostenible. Això inclou assegurar finançament per a serveis específics, contractació de mediadors interculturals, l'ús de tecnologies digitals accessibles (com la telemedicina en múltiples idiomes) i l'adaptació física de la infraestructura sanitària.

A més, els sistemes de monitoratge han d'incloure dades desglossades per ètnia, llengua i estatus migratori, de manera ètica i respectuosa, per a detectar desigualtats i avaluar l'impacte de les polítiques públiques.[293]

Introducció a l'antropologia de la salut

L'antropologia, com a ciència global, comparativa i transcultural, es dedica a l'estudi integral de la humanitat, abasta tant la biologia com la cultura i considera tant el passat com el present. El seu objectiu principal és comprendre la singularitat i diversitat humana, així com descobrir patrons fonamentals en les societats. L'antropologia de la salut ofereix un marc essencial per a comprendre com les cultures modelen les experiències de salut i malaltia, i com els sistemes mèdics poden ser adaptats per a ser més efectius en contextos culturalment diversos. L'antropologia de la salut va començar com una disciplina enfocada en l'estudi de la medicina des d'una perspectiva cultural en els anys quaranta. Inicialment denominada "antropologia de la medicina", va evolucionar cap a "antropologia de la salut" i a vegades és anomenada "antropologia de la malaltia". Aquesta disciplina ha crescut per a connectar l'antropologia social amb fenòmens relacionats amb la salut i la malaltia, i s'ha expandit per a estudiar com les creences, valors i pràctiques culturals afecten la manera com les persones experimenten i responen a temes de salut[294-296].

Subdisciplines de l'antropologia

L'antropologia es divideix principalment en dues branques: la física, que estudia l'evolució i variacions biològiques humanes, i la cultural, que examina les formes de vida, les tradicions i les estructures socials. Les dues subdisciplines tenen un paper en l'antropologia de la salut, que considera tant els aspectes biològics com els socioculturals de la salut i la malaltia.

- Medi ambient i adaptació humana: La relació entre el paisatge i l'ésser humà ha modelat els processos adaptatius de les societats. Les respostes biològiques i culturals enfront dels canvis ambientals influeixen profundament en la salut.
- Diversitat humana: Les diferències físiques i culturals entre grups humans són un focus d'estudi important en l'antropologia de la salut. La cultura és el marc de referència mitjançant el qual les societats interpreten i reaccionen a les malalties.

L'antropologia cultural es desenvolupa en dos enfocaments complementaris:

1. Etnografia: És el mètode d'investigació que proporciona una descripció detallada, o etnodescripció, d'un grup, societat o cultura específica. Durant el treball de camp, l'etnògraf recopila dades directament en la comunitat que estudia, observant i participant en la vida diària dels seus membres. Aquestes dades abasten aspectes com creences, costums, estructures socials, activitats econòmiques, polítiques i pràctiques religioses. Una vegada conclòs el treball de camp, l'etnògraf organitza, descriu, analitza i interpreta la informació recollida per a elaborar una representació comprensiva de la cultura estudiada. Tradicionalment, aquest treball s'ha dut a terme en petites comunitats locals, encara que avui dia s'estén a contextos més amplis i diversos.
2. Etnologia: Aquest vessant s'enfoca en l'anàlisi comparativa dels resultats obtinguts en l'etnografia. L'objectiu és identificar i explicar les semblances i diferències culturals entre els grups estudiats, cercant patrons que permeten distingir entre l'universal, el general i el particular en les societats humanes. L'etnologia es basa en dades de diverses subdisciplines

de l'antropologia, com l'arqueologia, per a desenvolupar teories que expliquen les dinàmiques culturals al llarg del temps i l'espai. Així, aquesta branca de l'antropologia no sols cerca comprendre les cultures en si mateixes, sinó també les connexions i variacions entre elles.

L'antropologia de la salut: Conceptualitzacions clau

L'antropologia de la salut és una branca de l'antropologia social i cultural que se centra en com les societats conceptualitzen la salut i la malaltia, a més d'examinar les institucions i tècniques de curació en diferents contextos culturals. Aquest camp estudia tant la dimensió biològica com la cultural de la salut, així com la relació entre la biomedicina i les medicines tradicionals o alternatives[296-298].

a. Relacions entre cultura i salut/malaltia. L'antropologia de la salut investiga com els sistemes culturals estructuren les creences i percepcions de la salut, les estratègies de curació i la relació entre les persones i els professionals de la salut. Des d'aquesta perspectiva, s'estudia com els factors culturals influeixen en les experiències de la malaltia, les estratègies d'afrontament i el tractament mèdic.

b. Antropologia social i cultural. L'antropologia social examina les creences, valors, símbols i estructures socials que guien les societats. En relació amb la salut, aquestes influències culturals tenen un impacte significatiu en la manera com les persones perceben el benestar i en com interactuen amb els sistemes sanitaris.

Investigació en antropologia de la salut

La investigació en antropologia de la salut usa principalment mètodes qualitius per a obtenir una visió profunda de com diferents societats conceptualitzen la salut i la malaltia. Els principals mètodes són l'etnografia i l'etnologia[296, 299].

a. Mètode etnogràfic. L'etnografia és un enfocament clau en la investigació antropològica que implica l'observació participant i la descripció densa. Els investigadors se submergeixen en el grup social que estudien, tractant de captar les percepcions "èmica" (des de dins de la cultura) i "ètica" (des de fora, com a observadors externs). Aquest enfocament permet una comprensió holística dels sistemes de salut locals, les creences sobre el cos i les pràctiques de curació.

b. Mètodes de recol·lecció de dades. A més de l'observació participant, els mètodes qualitius inclouen la realització d'entrevistes, grups de discussió i la creació de mapes d'actius de salut. Aquestes eines ajuden a recopilar informació sobre com les persones entenen i manegen els problemes de salut en la seua vida quotidiana.

Així, podem trobar aspectes comuns en la investigació antropològica de la salut[296, 299].

a. Salut i malaltia com a fenòmens culturals i biològics. L'antropologia de la salut emfatitza que la salut i la malaltia són fenòmens complexos que resulten de la interacció entre la biologia i la cultura. Per exemple, la manera com una cultura interpreta les sensacions corporals està influït per filtres culturals i epistemològics, i això té importants implicacions en com les persones cerquen atenció mèdica.

b. Determinants socioculturals i polítics. La investigació antropològica reconeix la influència dels determinants sociopolítics sobre la salut. Les desigualtats socials, l'accés a recursos i les estructures de poder influeixen en la vulnerabilitat a la malaltia i en l'accés a l'atenció mèdica.

L'antropologia de la salut adopta una varietat d'enfocaments per a abordar la complexitat dels problemes de salut:

a. Enfocament biològic. Examina les relacions entre el procés evolutiu humà, la variació genètica i la susceptibilitat o resistència a les malalties. També investiga com els factors ambientals afecten la salut.

b. Enfocament ecològic. Aquest enfocament considera com els fenòmens naturals i les activitats humanes impacten la salut. Els sistemes ecològics i les pràctiques culturals relacionades amb la dieta, per exemple, poden influir en l'aparició de malalties.

c. Enfocament etnomèdic. L'etnomedicina estudia com els diferents grups humans organitzen les seues idees sobre la malaltia i els sistemes de curació. Aquest enfocament és clau per a comprendre les medicines tradicionals i les comparacions entre aquestes i la biomedicina occidental.

d. Enfocament crític. L'antropologia crítica examina les explicacions sobre la salut des de l'economia política global, destaca les influències estructurals i critica les suposicions de neutralitat científica en la biomedicina.

e. Aplicats. S'utilitzen la teoria i els mètodes de l'antropologia per a abordar i resoldre problemes de salut en entorns clínics. Això inclou l'estudi de la relació entre la població i els professionals de la salut, el seguiment dels tractaments per part dels pacients i la comprensió de les experiències de malaltia a nivell individual i comunitari. A través d'aquest enfocament, els estudis se centren en aspectes com la planificació sanitària, l'educació en salut i la promoció d'hàbits saludables, sempre des d'una perspectiva cultural que cerca millorar l'efectivitat i l'accessibilitat dels serveis sanitaris.

Els temes centrals inclouen l'estudi dels sistemes mèdics tradicionals, la interacció entre la biomedicina i la medicina popular, les percepcions sobre la malaltia i el dolor, i les continuïtats i discontinuïtats en les pràctiques de salut.

Així, podem trobar els estudis etnomèdics que es centren a investigar les formes culturals de malaltia i els tractaments curatius. S'examinen la classificació de malalties i els llenguatges associats amb la malaltia, així com les creences populars sobre la salut i la seua relació amb les normes socials[297].

Així, per exemple, podríem posar com a exemple l'article d'Infante Vargas i Moix Queraltó[300], amb la finalitat de valorar si els diferents grups ètnics experimenten el dolor de manera similar. Les creences culturals sobre el dolor i les estratègies d'afrontament varien significativament entre grups.

[Aplicacions professionals de l'antropologia de la salut](#)

El professional de la salut ha de reconèixer que la seua intervenció es duu a terme també en un context cultural. Això implica que el seu treball influeix directament en la cultura de l'individu i afecta els seus coneixements, percepcions, valors, creences i comportaments. Per part seua, l'educador en salut necessita ser plenament conscient de les concepcions culturals pròpies, així com dels seus sentiments, judicis i prejudicis. Aquestes creences no sols són de caràcter personal, sinó que també reflecteixen una subcultura professional que ha de ser reconeguda i gestionada per a garantir una atenció adequada i respectuosa cap als pacients.

L'antropologia de la salut és una eina valuosa per a la infermeria comunitària, ja que ofereix un enfocament integral per a comprendre com la cultura influeix en la salut i en les interaccions entre pacients i professionals de la salut. Aquest enfocament pot millorar l'atenció sanitària en promoure una major sensibilitat cultural i una millor comprensió de les necessitats de diversos grups socials. El personal d'infermeria comunitària, en estar en contacte directe amb diverses poblacions, ha de desenvolupar una comprensió profunda d'aquestes diferències culturals per a proporcionar una atenció sanitària efectiva, respectuosa i accessible. La competència cultural no sols millora la qualitat de l'atenció, sinó que també construeix ponts de confiança entre els pacients i el sistema de salut, i enforteix la capacitat del professional per a abordar de manera integral les necessitats de salut de la comunitat.

A. Competència cultural

Un aspecte fonamental de l'antropologia aplicada en la salut és millorar la relació entre els professionals de la salut i els pacients en ser conscients de les diferències culturals. La competència cultural implica la capacitat dels professionals de comprendre i respectar les creences i pràctiques culturals dels pacients per a proporcionar un tractament efectiu. La cultura modela profundament com les persones perceben la salut i la malaltia. En algunes cultures, la salut pot ser vista com un estat d'equilibri entre el cos, la ment i l'esperit, mentre que en altres la salut s'associa més estretament amb l'absència de malaltia física. D'aquesta manera, la cultura influeix en el que les persones consideren un "estat saludable" i, per tant, en com defineixen i reconeixen els problemes de salut. Per a un infermer o infermera comunitària, entendre aquestes diferències conceptuals és essencial per a poder oferir una cura efectiva i sensible a les creences del pacient.

Per exemple, en algunes cultures llatinoamericanes la malaltia pot ser vista com un càstig diví o com un desequilibri espiritual, la qual cosa afecta directament en com s'interpreten els símptomes i quin tipus de tractament se cerca. La influència de les creences tradicionals, així com les que involucren la medicina alternativa o l'ús de remeis casolans, també pot afectar l'adherència als tractaments biomèdics.

A més del concepte general de salut, la cultura també influeix en com les persones atribueixen les causes de les malalties. Algunes cultures tendeixen a veure la malaltia com el resultat de factors biològics o ambientals (com virus, bacteris o condicions de vida), mentre que d'altres poden atribuir-la a forces sobrenaturals o espirituals. Aquestes creences poden influir en la manera com els pacients perceben les intervencions mèdiques i en com s'adhereixen a les recomanacions sanitàries.

Un infermer o infermera comunitària que estiga familiaritzat amb aquestes diferències culturals pot ajustar millor la manera com presenta la informació sobre les causes i tractaments de les malalties. Per exemple, si un pacient creu que la seua malaltia ha sigut causada per una maledicció o un mal d'ull, el simple enfocament biomèdic pot no ser suficient perquè seguisca el tractament. El professional de la salut ha de ser capaç d'integrar aquests sistemes de creences en l'educació sanitària, mostrant respecte i proporcionant explicacions que no invaliden les creences del pacient.

La vivència de la malaltia també està profundament influïda per la cultura. La manera com els símptomes són expressats, la tolerància al dolor o les expectatives sobre la duració de la malaltia poden variar significativament entre diferents grups culturals. Algunes cultures promouen una expressió oberta del sofriment, mentre que d'altres valoren la contenció i l'autocontrol, la qual cosa

influeix en la comunicació del pacient sobre el seu estat de salut. El personal d'infermeria comunitària ha d'estar atent a aquestes diferències per a no malinterpretar la gravetat o l'impacte de la malaltia en el pacient. Per exemple, en cultures en què es minimitza el dolor o el malestar, un pacient pot no expressar completament els seus símptomes, la qual cosa pot portar a una avaluació inexacta de l'estat de salut.

Cada cultura té recursos i estratègies propis per a enfrontar-se a la malaltia que van més enllà dels tractaments mèdics convencionals. Les pràctiques tradicionals de curació, la medicina alternativa i les xarxes socials de suport familiar són aspectes clau en moltes cultures per a afrontar la malaltia. Aquests recursos poden incloure l'ús de plantes medicinals, rituals o la consulta amb remeiers o guaridors. Per al personal d'infermeria comunitària, és important conèixer i respectar aquestes estratègies culturals i, en compte de rebutjar-les, trobar maneres d'integrar-les en els plans de tractament biomèdic. En alguns casos, la col·laboració amb guaridors tradicionals o el reconeixement d'aquests recursos pot millorar l'adherència als tractaments mèdics i enfortir la relació entre el pacient i el sistema sanitari.

B. Influència de la cultura en la relació professional-usuari

Taula 12. Adaptat de [299]: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132*-05592006000300007

Client/Usuari	Professional/Terapeuta
Compromís	Compromís
S'adona de les diferències	S'adona de les diferències
Percep distància social	Percep distància social
Creu que el terapeuta no el vol comprendre	Pautes estàndard de comunicació
Tem ser jutjat	Veu l'usuari com a estereotip
Manifesta elevada ansietat	Manifesta un augment de l'ansietat
Aliança terapèutica	Aliança terapèutica
No desenvolupa una bona relació	Creu que l'usuari és resistent
Se sent incomprès	No comprèn l'usuari
Manifesta molta desconfiança	No respon adequadament a la desconfiança
Disminueix l'autorevelació	Veu l'usuari sense motivació o psicològicament no mentalitzat
Resultats	Resultats
Mostra frustració/ansietat	Mostra ansietat i frustració

Manual de l'assignatura

Cancel·la les sessions	Manifesta mala aliança; pot fer un mal diagnòstic
Falla en les cites	Percep una planificació defectuosa del tractament
Abandona prematurament el tractament	Observa resultats erronis

La cultura també pot influir en la percepció i el tracte que els professionals de la salut atorguen als seus pacients. Els prejudicis o estereotips basats en la raça, l'ètnia o la classe social poden afectar la qualitat de l'atenció que reben els pacients. Un professional d'infermeria comunitària ha de ser conscient d'aquests prejudicis implícits i esforçar-se per tractar-los per a evitar que influeixen negativament en l'atenció. La competència cultural es converteix en una habilitat clau per a garantir que els pacients se senten valorats i respectats, independentment de l'origen cultural.

Per altra banda, cal no oblidar que les normes culturals i religioses dels pacients poden tenir un impacte significatiu en les seues expectatives sobre la cura de la salut. Per exemple, certes pràctiques religioses poden influir en la manera com un pacient percep la intervenció mèdica, com ara la prohibició de certs tractaments o la necessitat de ritus específics abans o després de procediments mèdics. El personal infermer ha de ser sensible a aquestes normes i estar disposat a adaptar les pràctiques d'atenció per a respectar les creences del pacient, sempre que siga clínicament segur fer-ho.

Un dels desafiaments més comuns en la infermeria comunitària és la barrera de l'idioma. La falta d'una comunicació efectiva pot generar malentesos quant als diagnòstics, tractaments i expectatives. Per això, és fonamental que els professionals de la salut disposen d'eines, com ara intèrprets o materials traduïts, per a garantir que els pacients compreguen la informació sobre la seua salut. A més, és important que el professional tinga paciència i estiga disposat a repetir o reformular les explicacions quan calga.

També hi ha diferències culturals en els significats que atorga el pacient: la interpretació del diagnòstic o tractament pot variar significativament entre els pacients de diferents contextos culturals. Algunes cultures poden tenir expectatives distintes sobre el rol dels medicaments, el temps que hauria d'ocupar la recuperació o l'efectivitat de certs tractaments. Aquestes diferències culturals poden portar a malentesos si no s'aborden adequadament. Per exemple, un pacient d'una cultura que valora altament la intervenció mèdica ràpida pot sentir-se frustrat si el seu tractament requereix canvis en l'estil de vida o ajustos prolongats en compte de solucions immediates. El personal d'infermeria comunitària ha d'explicar clarament el raonament darrere de cada recomanació mèdica, adaptant l'explicació segons les expectatives i el context cultural del pacient.

Finalment, la cultura pot influir en com els pacients afronten el coneixement d'un diagnòstic o pronòstic. En algunes cultures, parlar obertament de malalties greus o terminals pot ser vist com a inapropiat o fins i tot com una falta de respecte cap al pacient. En altres, la transparència total és valorada, i s'espera que s'informe el pacient de tots els detalls. És fonamental que el personal d'infermeria comunitària compregua aquestes sensibilitats culturals i adapte la comunicació per a respectar les preferències del pacient i la seua família quant a la divulgació d'informació.

C. Competència cultural en l'àmbit institucional ⁹⁵

La competència cultural en l'àmbit institucional és fonamental per a proporcionar una atenció sanitària efectiva i equitativa[301]. Mesurar i millorar aquesta competència implica una combinació d'educació, avaluació i compromís amb la comunitat. Això assegura que els serveis no sols siguin culturalment sensibles, sinó que també promoguen un entorn de respecte i col·laboració. La competència cultural en l'àmbit institucional es refereix a l'habilitat de les organitzacions i els seus professionals per a reconèixer i respectar la diversitat cultural de les comunitats a les quals serveixen. Això inclou comprendre com les diferències culturals poden influir en la salut i el benestar de les persones, i adaptar-hi els serveis i polítiques en conseqüència.

La competència cultural implica diversos components essencials:

1. Consciència cultural: Reconèixer com la cultura pròpia influeix en la percepció de la salut i el comportament professional.
2. Coneixement: Adquirir informació sobre les característiques culturals de les comunitats ateses, la qual cosa inclou entendre'n les pràctiques, creences i valors.
3. Habilitats pràctiques: Desenvolupar la capacitat d'interactuar i comunicar-se efectivament amb persones de diverses cultures.
4. Actitud positiva: Fomentar una disposició oberta i respectuosa cap a les diferències culturals, la qual cosa és crucial per a establir relacions de confiança.

La competència cultural no sols millora la qualitat del servei, sinó que també promou l'equitat en l'accés a l'atenció sanitària. En adaptar-se a les particularitats culturals, les institucions poden evitar malentesos que porten a una atenció deficient i millorar l'experiència general dels pacients. A més, fomenta un ambient de respecte i col·laboració entre els professionals de la salut i la comunitat, la qual cosa és fonamental per a abordar de manera efectiva els desafiaments en l'atenció sanitària. Per a mesurar la competència cultural en el nivell institucional es poden considerar diversos enfocaments:

1. Avaluacions de necessitats: Realitzar estudis per a identificar les necessitats culturals de la població atesa.
2. Indicadors d'assoliment: Establir mètriques per a avaluar l'efectivitat dels serveis oferits a diferents grups culturals.
3. Formació contínua: Implementar programes de capacització per al personal que incloguen formació en competència cultural com a part integral del seu desenvolupament professional.
4. *Feedback* de la comunitat: Involucrar la comunitat en l'avaluació dels serveis, recollint-ne les impressions i suggeriments.

Com indica Martínez [302], l'avaluació ha de cobrir diversos àmbits organitzatius, com ara recursos humans, pràctiques atencionals, recursos materials (protocols, fullets, materials educatius, etc.), entorn físic, política de personal, programes d'intervenció, i per això recomana diferents ítems que poden incorporar-se a qüestionaris d'autoavaluació.

⁹⁵ Infante Vargas, P.; Moix Queraltó, J. (2005). "¿Sienten el dolor del mismo modo los diferentes grupos étnicos?" *Medicina Clínica*, 124, 61–66. DOI: <https://dx.doi.org/10.1157/13070455>.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775305716109?via%3Dihub>

Salut de la població immigrant

El fenomen de la immigració a Espanya ha introduït reptes importants per al sistema de salut. La immigració ha sigut un fenomen notable a Espanya en les últimes dècades i ha transformat el teixit social i cultural del país. La diversitat cultural i els determinants de salut específics de la població immigrant requereixen un enfocament sensible a les necessitats d'aquesta població, com el dol migratori i les malalties importades.

Des de principis dels anys 2000, Espanya ha experimentat un augment significatiu en la població immigrant. Segons dades de l'Institut Nacional d'Estadística (INE), en 2001 els immigrants representaven aproximadament el 3,7% de la població total, xifra que va ascendir al 13,5% en 2011. A partir de 2019, es va estimar que aproximadament 5,3 milions de persones, al voltant de l'11,3% de la població total, eren immigrants. Aquest creixement s'ha vist influït per diversos factors, com ara la cerca d'oportunitats laborals, la crisi econòmica i les condicions de vida als països d'origen.

Factors determinants de la salut en la població immigrant

La salut de la població immigrant està influïda per una varietat de factors determinants, que es poden classificar en:

1. Factors socioeconòmics: Les condicions laborals, el nivell d'ingressos i l'estabilitat en l'ocupació són fonamentals. La precarietat laboral afecta negativament la salut i limita l'accés a serveis mèdics i a una nutrició adequada.
2. Factors culturals: Les creences, pràctiques i tradicions culturals tenen un paper important en com els immigrants perceben i manegen la seua salut. La barrera de l'idioma i les diferències culturals poden obstaculitzar la comunicació amb els professionals de la salut.
3. Accés a serveis de salut: La falta d'informació sobre el sistema de salut i la dificultat per a accedir a serveis mèdics poden resultar en una atenció sanitària deficient.
4. Xarxes socials: La integració en xarxes de suport social pot influir positivament en la salut mental i emocional dels immigrants.

El fenomen conegut com a "efecte de l'immigrant sa" suggereix que els immigrants, especialment els que migren per raons econòmiques, tendeixen a tenir més bona salut en comparació amb la població nativa. Aquest fenomen és degut al fet que, generalment, les persones que emigren són més saludables i actives, la qual cosa els permet superar les barreres del viatge i adaptar-se a un nou entorn. No obstant això, aquest efecte pot disminuir amb el temps a mesura que s'enfronten a dificultats econòmiques i socials al país receptor. Malgrat l'"efecte de l'immigrant sa", la població immigrant afronta reptes significatius en termes de salut. Les estadístiques mostren que els immigrants poden presentar una major incidència de certes malalties, com trastorns mentals, a causa de factors d'estrès associats amb la migració i l'adaptació a un nou entorn. A més, hi ha una preocupació creixent sobre l'accés a serveis de salut, especialment per a aquells en situació irregular, que poden evitar buscar atenció per por de ser deportats.

Així, entre les situacions que podem trobar hi ha:

- Dol migratori: Es refereix a l'experiència emocional que afronten els immigrants en deixar la llar i adaptar-se a una nova cultura. Aquest dol pot incloure la pèrdua de la família, amics, cultura i la terra natal. Els efectes del dol migratori poden manifestar-se en símptomes d'ansietat, depressió i altres trastorns psicològics. És important reconèixer que el dol no es

limita a l'arribada, sinó que pot ser un procés continu al llarg de la vida de l'immigrant. Achotegui[303], en el seu llibre *Los siete duelos de la migración y la interculturalidad*, indica que aquest dol migratori ressalta la complexitat del procés migratori i l'impacte que té sobre la salut emocional dels immigrants, indica la necessitat d'atenció psicològica i social per a facilitar-ne l'adaptació i el benestar en el nou entorn, i classifica aquests dols en:

1. Dol per la família i pels sers estimats: La separació de familiars i amics provoca una profunda sensació de pèrdua que afecta la xarxa de suport emocional.
 2. Dol per la llengua: L'idioma és un vincle cultural i social. La dificultat per a comunicar-se en el nou entorn pot generar frustració i aïllament.
 3. Dol per la cultura: Deixar enrere els costums, tradicions i formes de vida de la cultura natal pot causar un sentiment de desconnexió i tristesa.
 4. Dol per la terra: La pèrdua de la llar i el paisatge familiar és un aspecte significatiu, especialment per als qui tenen una forta inclinació al lloc d'origen.
 5. Dol per l'estatus social: Els immigrants sovint experimenten un canvi en l'estatus socioeconòmic, la qual cosa pot resultar en la pèrdua de reconeixement i autoestima.
 6. Dol pel contacte amb el grup de pertinença: La separació de la comunitat cultural i social a la qual pertanyien pot portar a una sensació de soledat i desarrelament.
 7. Dol pels riscos per la integritat social: Afrontar prejudicis i discriminació en el nou país pot afectar la salut mental i emocional dels immigrants, fet que afegeix un sentit d'inseguretat.
- Síndrome d'Ulisses: La síndrome d'Ulisses és un terme utilitzat per a descriure un conjunt de símptomes que afecta els immigrants caracteritzat per una sensació d'estrès crònic, ansietat i depressió. Les característiques i símptomes d'aquesta síndrome inclouen:
 - Àrea depressiva: Tristesa profunda, plor freqüent i desmotivació.
 - Àrea d'ansietat: Pensaments recurrents, irritabilitat i insomni.
 - Àrea somatomorfa: Manifestacions físiques, com cefalees i fatiga.
 - Àrea dissociativa: Sentiments de despersonalització, dèficit d'atenció i problemes de memòria.

Aquesta síndrome ressalta la importància d'abordar les necessitats de salut mental en la població immigrant, especialment en contextos de vulnerabilitat social.

Polítiques i accions en salut cap a la població immigrant

Davant el creixent nombre d'immigrants, Espanya ha implementat diverses polítiques de salut dirigides a aquesta població. Algunes d'aquestes accions inclouen:

1. Accés universal a l'atenció sanitària: Des de 2012 s'han fet esforços per a garantir l'accés a serveis de salut per a tots els immigrants, independentment de la situació legal. No obstant això, la implementació efectiva d'aquestes polítiques varia segons la comunitat autònoma.
2. Programes de sensibilització: S'han desenvolupat iniciatives per a informar la població immigrant sobre els seus drets en l'accés a la salut i els recursos disponibles, així com per a capacitar als professionals de la salut en competència cultural.
3. Integració de serveis de salut mental: Reconeixent la necessitat d'abordar problemes de salut mental, s'han promogut programes que ofereixen atenció psicològica i suport emocional a immigrants en situació de vulnerabilitat.

4. Col·laboració amb organitzacions comunitàries: Les autoritats sanitàries han treballat amb ONG i organitzacions comunitàries per a crear xarxes de suport i recursos per a immigrants i facilitar que s'integren en el sistema de salut.

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA 

Facultat d'Infermeria i Podologia

ESTILS DE VIDA EN LA PROMOCIÓ DE LA SALUT I LA PREVENCIÓ DE LA MALALTIA

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA 

Facultat d'**I**nfermeria i **P**odologia

Capítol 27: La conducta humana, determinant de la salut i la malaltia

La conducta humana, determinant de la salut i de la malaltia

La conducta humana es defineix com el conjunt d'accions, pensaments i expressions d'un individu en resposta a l'entorn, ja siga un ambient físic o social. Aquesta conducta no sols implica el que fem de manera visible, sinó també els processos mentals i emocions que ocorren internament i que modelen les nostres respostes a diferents situacions[304]. La conducta és, en essència, una forma d'adaptació activa a l'entorn, dissenyada per a assegurar el benestar, la supervivència i el desenvolupament de la persona en relació amb el context en el qual es troba.

Els principis que fonamenten i expliquen la conducta humana inclouen:

1. **Causalitat:** Tota conducta té una causa o raó subjacent. Aquesta causa pot ser tant externa, com un estímul ambiental o una situació concreta, com interna, com ho són les emocions o pensaments. La causalitat en la conducta suggereix que cada acte té un origen específic, la qual cosa permet que, mitjançant l'observació i l'anàlisi, es puguin preveure o entendre patrons de comportament en funció de les causes.
2. **Finalitat:** La conducta humana sol orientar-se cap a objectius específics, ja siga conscientment o inconscient. Cada acció té una meta, una intenció o una raó de ser que en justifica la realització. Aquesta finalitat permet que les persones actuen en funció de metes a curt i llarg termini, motivades per assoliments com l'èxit personal, l'acceptació social o la satisfacció emocional. Aquest principi és essencial per a comprendre per què els individus actuen de certes maneres per a aconseguir un propòsit o satisfer una necessitat.
3. **Motivació:** La motivació és el motor que impulsa la conducta humana. Representa l'energia o el desig que mobilitza l'individu cap a l'acció. Aquesta motivació pot originar-se en necessitats fisiològiques, com la fam o la son, en necessitats emocionals i socials, com el desig de pertinença, o en necessitats més profundes, com l'autorealització. La motivació pot ser intrínseca, derivada d'interessos i valors interns, o extrínseca, impulsada per recompenses o estímuls externs.

La conducta humana té un paper fonamental en la determinació tant de la salut com de la malaltia. A través dels comportaments quotidians, les persones influeixen de manera directa en el benestar físic, mental i social propi. Algunes conductes, com mantenir una alimentació equilibrada, practicar activitat física regularment o evitar el consum de substàncies nocives estan associades amb una millor salut i una major longevitat. Per contra, hàbits com el sedentarisme, el consum de tabac o una dieta poc saludable incrementen el risc de desenvolupar malalties cròniques com l'obesitat, la diabetis tipus 2, les malalties cardiovasculars i diversos tipus de càncer.

Els comportaments de salut no sols afecten l'individu, sinó que també influeixen en la salut pública, ja que certes pràctiques, com la vacunació i l'adherència a les mesures de prevenció, poden contribuir a la protecció de tota la població enfront de malalties contagioses. Per tant, entendre els factors que impulsen aquestes conductes és clau per a poder intervenir i promoure hàbits més saludables.

Factors relacionats amb la conducta de la salut

Hi ha diversos factors que influeixen en la conducta de la salut, els quals poden dividir-se en múltiples categories, com factors individuals, socials i ambientals[305-307]. Cadascun d'aquests factors interactua de manera complexa i determina com les persones es comporten respecte a la seua salut.

1. Coneixements: Els coneixements sobre salut són un dels pilars perquè una persona prenga decisions informades sobre els seus hàbits. L'educació en salut és crucial perquè l'individu entenga els riscos i beneficis associats a certs comportaments. No obstant això, encara que saber el que és saludable és necessari, no sempre és suficient per a canviar comportaments.
2. Habilitats: Les habilitats personals per a adoptar i mantenir comportaments saludables són essencials. Per exemple, una persona pot saber que ha de fer exercici per a millorar la salut, però si no té les habilitats per a planificar una rutina d'exercici adequada o no sap com incorporar l'activitat física en la vida diària, és probable que no ho faci.
3. Creences: Les creences sobre la salut també són determinants. Si una persona creu que té un alt risc de desenvolupar una malaltia i que les accions preventives poden reduir aquest risc, és més probable que adopte comportaments saludables. Aquest tipus de creences estan ben reflectides en el model de creences de salut (*health belief model*), que considera la percepció del risc i la valoració dels beneficis com a factors clau per al canvi de conducta.
4. Valors: Els valors personals i culturals tenen un rol important en com es percep la salut. En moltes cultures, certs aliments o pràctiques poden estar fortament valorats, la qual cosa pot facilitar o dificultar l'adopció d'hàbits saludables. Per exemple, en algunes cultures el tabac està profundament integrat en les pràctiques socials, la qual cosa pot fer més difícil deixar de fumar.
5. Actituds: Les actituds cap a la salut també influeixen en la conducta. Una actitud positiva cap a l'activitat física, per exemple, farà més probable que una persona es mantinga activa. Les actituds, al seu torn, estan formades per creences, emocions i experiències prèvies.

Teories i models explicatius de conductes de salut

Hi ha diverses teories i models que intenten explicar les conductes de salut, cadascun dels quals aborda diferents aspectes del comportament humà i les influències que el modelen. Depenent del model explicatiu es dona més o menys pes a cadascun dels seus components[304].

Teories de l'aprenentatge: conductisme i cognitivisme [308]

Conductisme

El conductisme se centra en la relació entre estímuls i respostes, i es planteja que la conducta és el resultat d'un aprenentatge basat en la interacció amb l'entorn. Aquest enfocament inclou dues formes de condicionament principals:

- Condicionament clàssic (Pàvlov): Es produeix quan un estímulo inicialment neutre s'associa repetidament amb un altre estímulo que provoca una resposta automàtica, la qual cosa eventualment comporta que l'estímul neutre també provoqui la mateixa resposta.
- Condicionament operant (Skinner): Aquí, la conducta es veu modelada per les conseqüències que la segueixen. Les conductes que són reforçades tendeixen a repetir-se, mentre que les que són castigades disminueixen. Encara que es considera una explicació simplista de la conducta humana, aquest model és útil per a implementar estratègies de reforç en el canvi de comportaments de salut.

Cognitivisme

El cognitivisme posa èmfasi en el paper del processament de la informació en la conducta. S'argumenta que els individus comparen la nova informació amb esquemes cognitius preexistents per a donar-li sentit. Els esdeveniments i situacions s'interpreten en funció del que ja s'ha après, i la

interacció amb l'entorn porta a reorganitzar aquests esquemes. Segons aquest enfocament, el subjecte és el protagonista, ja que la manera que té de percebre i processar la informació influeix en les seues decisions i comportaments.

Teories de la motivació: teoria de l'aprenentatge social

Segons aquesta teoria, l'aprenentatge de conductes es dona dins d'un context social. Els processos d'imitació i modelatge són fonamentals per a comprendre com els estils de vida se socialitzen. La conducta de persones properes, com la família, amics i professors, exerceix una influència directa sobre l'aprenentatge d'estils de vida[309, 310]. A més, el comportament està regulat per un pensament anticipatori que precedeix l'acció, i el canvi de conducta depèn de la percepció de control personal sobre l'ambient, coneguda com el locus de control[311, 312].

Teories de l'actitud: models sociocognitius

Comparteixen l'enfocament d'analitzar els factors que influeixen en les decisions i comportaments humans, especialment en el context de la salut i altres comportaments intencionals.

- Les teories de l'actitud se centren en com les actituds, creences i percepcions de les persones cap a certs objectes, situacions o conductes influeixen en les seues decisions i comportaments. Els seus components claus són l'actitud (l'avaluació positiva o negativa d'un objecte o conducta, que és el resultat de les creences sobre les seues conseqüències) i les creences (idees o percepcions sobre el comportament, els seus resultats i la probabilitat que es produïsquen).
- Els models sociocognitius: Aquests models amplien la idea d'actitud en incloure també factors socials i cognitius, com la influència de la norma social i la percepció de control. Són teories més completes que consideren el context social i les creences d'autoeficàcia.
- La teoria de l'acció raonada, enunciada per Azjen i Fishbein en 1975, afirma que el comportament intencional està determinat per la intenció de la persona, la qual depèn de la seua actitud envers el comportament i les normes socials que percep. Els seus components clau són:
 - o Intenció: La disposició a realitzar una conducta, que és el millor predictor que la persona actuarà d'una certa manera.
 - o Actitud cap al comportament: Avaluació positiva o negativa sobre realitzar la conducta. Això es basa en les creences i expectatives sobre els resultats de la conducta.
 - o Normes subjectives: Percepció de la pressió social per a realitzar o no realitzar el comportament. Això es basa en les creences sobre el que pensen persones significatives (familiars, amics, etc.).

No obstant això, s'ha de tenir en compte que aquesta teoria està limitada perquè suposa que les persones tenen control absolut sobre les seues conductes, la qual cosa no sempre és realista, ja que hi ha factors externs que poden afectar la capacitat d'actuar.

- Teoria de la conducta planificada (Azjen, 1991). És una extensió de la TRA que afegeix el component de control conductual percebut, reconeixent que no tots els comportaments estan sota control voluntari. Es va dissenyar per a explicar millor les conductes en les quals hi ha limitacions externes o internes. Aquest model suggereix que el determinant immediat de la

conducta és la intenció de dur-la a terme, i aquesta intenció està determinada per diversos factors:

- Actituds: Basades en les creences conductuals sobre els resultats esperats de la conducta, així com en l'avaluació d'aquests resultats.
- Norma subjectiva: Influenciada per les creences normatives sobre el que els altres pensen respecte a la conducta i la motivació per a complaure aquestes expectatives.
- Control conductual percebut: La percepció de la persona sobre la facilitat o dificultat per a realitzar la conducta, la qual cosa pot reflectir limitacions o barreres internes i externes. Aquest component és similar al concepte d'autoeficàcia en altres models.

Aquesta teoria ha sigut aplicada amb èxit en adolescents, per exemple, en el disseny de programes orientats a modificar actituds i conductes entorn de l'ús de preservatius. S'han desenvolupat instruments per a mesurar les actituds i la norma subjectiva, i s'ha observat que la percepció de control sobre la conducta sol ser baixa a causa de dificultats en l'accés i ús de preservatius.

Taula 13. Teories d'aprenentatge

	DISTRIBUCIÓ DE FACTORS	FACTORS CLAU	EXEMPLE
Conductisme	El conductisme clàssic i operant se centren en que la conducta és un producte directe d'estímuls i respostes (E-R). L'ambient, mitjançant estímuls externs, actua com el principal factor d'influència.	Reforços (positius i negatius) i càstigs per a modelar la conducta. Condicionament clàssic: l'associació entre estímuls i respostes automàtiques. Condicionament operant: les conseqüències d'una conducta determinen si aquesta es repetirà o no.	Si un infant rep elogis (reforç positiu) per fer les feines, és més probable que repetisca la conducta en el futur.
Teoria de l'aprenentatge social (Bandura)	La conducta s'explica com una interacció entre l'ambient, la persona i la conducta en si mateixa (model triàdic recíproc).	Observació i imitació: aprenem en observar els altres, especialment models significatius. Reforços i càstigs indirectes: no sols importen els reforços directes, sinó també els observats en els altres. Autoeficàcia: la creença en la capacitat pròpia per a realitzar una conducta.	Un adolescent pot començar a practicar un esport si observa que els seus amics s'hi diverteixen i reben elogis (reforç indirecte) i si ell mateix creu que és capaç de practicar-lo (autoeficàcia).
Psicologia cognitiva	La conducta es basa en els processos mentals interns que organitzen i donen sentit a la informació (percepció, memòria, processament d'informació).	Esquemes i creences: la manera com percebem i avaluem una situació influeix en la nostra resposta. Processament d'informació: interpretem l'ambient segons les experiències prèvies.	Davant un examen, un estudiant amb un esquema d'autoconfiança probablement se sent motivat a estudiar (conducta), mentre

Manual de l'assignatura

		Presa de decisions i resolució de problemes: analitzem la informació per a prendre decisions de conducta	que algú amb un esquema de fracàs podria evitar estudiar per por de fracassar.
Teoria del canvi social	En aquesta teoria, la conducta és el resultat de la influència de canvis culturals, socials i estructurals, i se centra en com el context social impacta en les conductes individuals i col·lectives.	Normes socials: el que es considera acceptable o no en una societat. Estructures socials: classes, rols i xarxes que afecten el comportament. Moviments i canvis socials: canvis en normes i valors (ex., moviments socials) que modifiquen les conductes al llarg del temps.	Si una societat comença a valorar més la sostenibilitat, és probable que molts individus adopten conductes proambientals, com reciclar o reduir el consum de plàstic, per la pressió i el canvi de valors socials.

Models de conducta en EPS

Hi ha múltiples models que intenten explicar per què les persones es comporten d'una determinada manera respecte a la seua salut i com poden modificar-se aquests comportaments[309, 313-319]. Aquests models ajuden a comprendre els factors que influeixen en les decisions de les persones, i són àmpliament utilitzats en el disseny d'intervencions en salut pública.

1. Model de creences en salut (*health belief model*)[318]: Aquest model va ser desenvolupat en la dècada de 1950 per a entendre per què les persones no participaven en programes de detecció de malalties. Proposa que les decisions de salut estan influïdes per certes creences individuals sobre l'amenaça d'una malaltia i l'eficàcia de les conductes preventives. Aquest model sosté que l'adopció de conductes saludables depèn de la percepció del risc de desenvolupar una malaltia (vulnerabilitat percebuda), la gravetat d'aquesta malaltia, la percepció dels beneficis de l'acció preventiva i les barreres percebudes per a adoptar-la. També subratlla la importància de la percepció personal sobre la salut en la presa de decisions.
2. Teoria de l'acció raonada (*theory of reasoned action*) i la teoria del comportament planejat (*theory of planned behavior*): La TRA va ser desenvolupada per a explicar les decisions conductuals intencionals, i afirma que les persones prenen decisions de salut basades en intencions, influïdes per actituds i normes socials. La TPB amplia aquest model incloent-hi el concepte de control percebut. Aquest model planteja que la intenció d'una persona de realitzar un comportament específic és el major predictor de la conducta, i aquesta intenció està influïda per les actituds cap al comportament, les normes subjectives (pressió social percebuda) i el control percebut sobre el comportament. Si una persona creu que té el control sobre el comportament (com deixar de fumar), serà més probable que ho intente.
3. Model transteòric del canvi (*transtheoretical model of change*): Aquest model descriu el canvi de conducta com un procés d'etapes, que inclou: precontemplació, contemplació, preparació, acció i manteniment. La intervenció s'ha d'ajustar segons l'etapa en què es trobe la persona. Per exemple, una persona en l'etapa de precontemplació no està llesta per a fer canvis i necessita informació i motivació, mentre que algú en l'etapa d'acció està fent canvis activament, però necessita suport per a mantenir-los.

4. Teoria social cognitiva o model socioecològic: Aquesta teoria se centra en l'autoeficàcia, o la creença que un és capaç de realitzar una acció o canviar un comportament. Segons aquesta teoria, les conductes de salut estan influïdes per l'entorn social, l'experiència passada i la percepció de les habilitats personals. Un individu que creu en la seua capacitat de canviar té més probabilitats d'intentar modificar la conducta.
5. Model de promoció de la salut de Pender: Aquest model se centra en els factors personals i en com promouen o dificulten l'adopció de conductes saludables. Pender va suggerir que les persones cerquen activament millorar el benestar i estan motivades per a participar en activitats que perceben com a beneficioses per a la seua salut.
6. Model del procés d'adopció de precaucions (*precaution adoption process model* - PAPM): Aquest model explica com les persones avancen des de la falta de consciència d'un risc de salut fins a l'adopció de mesures per a reduir-lo. Se centra en els processos de decisió en etapes.

Taula 14. Exemples de models de conducta en EPS

MODEL	FACTORS CLAU	EXEMPLE
Model de creences en salut (<i>health belief model</i> - HBM)	Susceptibilitat percebuda: La percepció de la probabilitat de contraure una malaltia. Gravetat percebuda: La percepció de la gravetat de les conseqüències de la malaltia. Beneficis percebuts: La creença en l'efectivitat de les accions preventives per a reduir el risc o la gravetat de la malaltia. Barreres percebudes: Les percepcions dels obstacles que dificulten l'adopció de la conducta de salut. <i>Cues to action</i>: Estímuls que promouen l'acció, com campanyes de salut o consells de professionals. Autoeficàcia: La confiança de la persona en la seua capacitat per a dur a terme la conducta.	Algú que creu que té una alta probabilitat de desenvolupar diabetis (susceptibilitat percebuda) i percep que la diabetis és greu (gravetat percebuda), estarà més motivat per a adoptar una dieta saludable, sempre que senta que els beneficis superen les barreres i que té la capacitat de canviar els hàbits alimentaris.
Teoria del comportament planejat (<i>theory of planned behavior</i> - TPB)	Actitud cap al comportament: Les creences sobre els resultats d'una conducta específica i l'avaluació d'aquests resultats. Normes subjectives: La percepció de l'aprovació o desaprovació de les	Si una persona té una actitud positiva cap a l'exercici, creu que el seu cercle social aprova aquest hàbit i se sent amb control per a organitzar el seu temps, és més probable que es comprometa a fer exercici regularment.

Manual de l'assignatura

	persones importants en la vida de l'individu (com amics i familiars). Control conductual percebut (només en TPB): La percepció de la persona sobre la seua capacitat per a realitzar la conducta, similar a l'autoeficàcia.	
Model transteòric del canvi (<i>stages of change</i>)	Etapas del canvi: Precontemplació: La persona no considera fer un canvi i no percep la necessitat de fer-lo. Contemplació: La persona comença a pensar a canviar, però encara no s'hi compromet. Preparació: Es prenen petits passos cap al canvi i es planifica l'acció. Acció: La persona fa el canvi de conducta. Manteniment: La persona manté la nova conducta al llarg del temps. Recaiguda (possible en qualsevol etapa): La persona torna a la conducta anterior i pot reiniciar el cicle.	Una persona que està en l'etapa de contemplació podria estar considerant reduir el consum d'alcohol però encara no se sent llesta per a fer-ho. En l'etapa d'acció, aquesta persona començaria a evitar situacions d'alt risc de recaiguda.
Model de promoció de la salut de Pender	Experiències prèvies: La història personal amb conductes de salut, que influeix en la motivació i les creences. Característiques i cognicions individuals: Inclouen percepcions de beneficis, barreres i autoeficàcia. Influència interpersonal i situacional: Normes socials, suport familiar, context cultural.	Una persona que ha experimentat el benestar d'una alimentació equilibrada en el passat i té suport familiar podria estar més motivada a mantenir una dieta saludable.
Model del procés d'adopció de precaucions (<i>precaution adoption process model</i> - PAPM)	Etapas del procés: Desconeixement: La persona no és conscient de la conducta de risc. Coneixement però sense compromís: La persona s'adona del risc, però encara no decideix.	Algú que no ha considerat mai l'ús de protector solar, en informar-se dels riscos del càncer de pell, podria decidir començar a usar-ne regularment.

34376 Infermeria comunitària

	Compromís per a actuar: Decideix que farà un canvi, encara que no ha passat a l'acció. Acció: La persona implementa la conducta de salut. Manteniment: La conducta es converteix en un hàbit.	
Teoria social cognitiva o model socioecològic:	Nivells d'influència: Individual: Creences, coneixements i actituds personals. Interpersonal: Xarxes de suport social, com amics i família. Institucional: Normes i polítiques dins d'organitzacions, com centres de treball i escoles. Comunitari: Relacions i normes en la comunitat. Polític i ambiental: Polítiques públiques, regulacions i entorn físic.	L'activitat física en una persona pot estar influïda per factors com la seua actitud individual cap a l'exercici, el suport de la família, les instal·lacions en el lloc de treball, la infraestructura de parcs en la seua comunitat i les polítiques de salut pública.

Cada teoria ofereix un marc diferent per a entendre com i per què es desenvolupa i manté la conducta de fumar o beure, i quins factors poden influir en la decisió de començar, continuar o deixar l'hàbit.

Taula 15. Hàbits de salut i teories

TEORIA	EXPLICACIÓ
Conductisme	Fumar o beure és reforçat per plaer o alleujament d'estrès, apresos a través de condicionament.
Cognitivisme	Es basa en creences i expectatives personals sobre els efectes de fumar o beure.
Teoria de l'aprenentatge social	La conducta és influïda per l'observació de models i el reforç social (acceptació del grup).
Teoria de l'acció raonada	La intenció de fumar o beure depèn de l'actitud i les normes socials percebudes.
Model de creences de salut	La conducta depèn de la percepció de risc, gravetat i beneficis versus barreres.
Teoria del canvi social	Factors culturals, normes socials i polítiques influeixen en la prevalença i acceptació del consum.

Com canviar la conducta?

Canviar la conducta implica modificar actituds, percepcions i comportaments, especialment en contextos educatius, per a promoure l'aprenentatge d'habilitats i valors positius. Es poden usar diferents estratègies i actituds per a aconseguir el canvi.

Taula 16. Estratègies per al canvi de conducta

ESTRATÈGIA	DESCRIPCIÓ	OBJECTIU
Role playing	Representació de rols per a experimentar diferents punts de vista.	Desenvolupar empatia i comprensió d'actituds i conductes.
Tècniques de cooperació	Treball en grup per a aconseguir objectius comuns.	Fomentar la col·laboració, el respecte i l'empatia.
Tècniques de grup	Activitats grupals de reflexió i debat.	Promoure la discussió i la reflexió col·lectiva sobre actituds i valors.
Modelatge participatiu	Imitació directa del model en una acció conjunta.	Fomentar l'autoeficàcia i l'aprenentatge pràctic.
Modelatge no participatiu	Observació del model sense participació directa.	Motivar la imitació a través de l'observació.
Modelatge d'acció encoberta	Visualització mental de la conducta del model.	Enfortir l'aprenentatge anticipant mentalment la conducta.
Comunicació persuasiva	Ús de missatges convincent que apel·len a valors i emocions.	Modificar actituds mitjançant missatges dissenyats per a connectar amb creences i valors.
Classificació de valors	Reflexió i priorització de valors personals.	Ajudar a alinear les conductes amb els valors personals i promoure canvis duradors.

1. Estratègies de canvi d'actituds mitjançant la participació a l'aula.

- *Role playing*. Té l'objectiu de desenvolupar empatia, comprensió i habilitats de comunicació, afavorint canvis en l'actitud mitjançant l'experiència i reflexió, i permet que l'alumnat es pose en el lloc dels altres assumint diferents rols o personalitats en situacions específiques.
- Tècniques de cooperació a l'aula. Es pretén fomentar valors com el respecte, l'empatia i la cooperació per a ajudar l'alumnat a valorar el treball en grup i a canviar actituds competitives per col·laboratives. Per a això es plantegen activitats en les quals l'alumnat treballa en equip per a resoldre problemes o fer tasques comunes, fets que promouen la interacció i la col·laboració.

- Tècniques de grup com Phillips 66 o grups d'investigació. L'objectiu és estimular la reflexió, la comunicació i el respecte a les opinions alienes modificant actituds sobre temes específics. S'organitzen activitats grupals per a discutir temes, expressar opinions i escoltar diferents perspectives.

2. Modelatge de Bandura

El modelatge o aprenentatge per observació d'Albert Bandura és una tècnica poderosa que influeix en les actituds i comportaments en observar i imitar models[320]. Hi ha diferents tipus de modelatge que s'empren per a canviar conductes i actituds.

a) Modelatge participatiu. L'observador participa en l'acció al costat del model, que guia i executa la conducta mentre l'observador el segueix i l'imita. Es pretén afavorir l'aprenentatge pràctic i l'autoeficàcia, ja que l'estudiant participa activament mentre observa i reproduïx el comportament desitjat.

b) Modelat no participatiu. L'observador observa com el model executa una conducta sense participar-hi directament. L'objectiu és permetre que l'estudiant veï les conseqüències positives d'una conducta per a motivar que la imite, sense necessitat que hi intervinga.

c) Modelat d'acció encoberta. L'observador visualitza mentalment el model realitzar la conducta, imaginant pas a pas com actua. Té com a objectiu ajudar l'alumnat a internalitzar i anticipar els passos d'una conducta, reforçant l'aprenentatge i l'autoeficàcia en la imaginació abans de dur-la a terme.

3. Comunicació persuasiva. La comunicació persuasiva cerca modificar actituds i comportaments mitjançant l'exposició a missatges que generen reflexió i canvi de percepció. Per a això, involucra l'ús de missatges dissenyats acuradament per a canviar actituds, dirigits a aspectes emocionals i racionals. Pretén canviar actituds a través de missatges que aconseguisquen connectar amb les creences i valors del receptor. Així, com a elements claus hem de tenir en compte:

- Font de confiança: Els missatges són més efectius quan provenen d'una font respectada o amb autoritat.
- Contingut: El missatge ha de ser clar i convincent i apel·lar a la lògica i/o a les emocions.
- Audiència: Conèixer les característiques i creences de l'alumnat per a adaptar el missatge i fer-lo rellevant.

4. Clarificació de valors. La clarificació de valors és una tècnica que ajuda l'alumnat a identificar i reflexionar sobre els seus propis valors i promoure canvis d'actitud basats en les seues prioritats personals. Per a això, l'alumnat reflexiona i prioritza valors personals, com respecte, honestat o responsabilitat, per a identificar els més importants en la seua vida. L'objectiu és facilitar la introspecció i l'alineació d'actituds i conductes amb els valors propis, la qual cosa pot promoure canvis duradors en la conducta. Així, a l'aula es duren a terme activitats d'autoavaluació, debats o llistes de valors perquè l'alumnat trie i classifique els més significatius, compartisca les seues eleccions i reflexione sobre com aquests valors influeixen en la seua conducta. Entre aquestes destaquen:

- Llista de valors. Consisteix a presentar una llista de valors (com respecte, honestat, justícia, responsabilitat o amicitat, entre altres) perquè l'estudiant trie els que considera més importants.

Manual de l'assignatura

- Frases inacabades. Aquesta tècnica es basa a proporcionar a l'alumnat frases que ha de completar, les quals estan dissenyades per a estimular la reflexió sobre les seues creences, valors i actituds.
- Redacció de la biografia pròpia. La redacció d'una autobiografia permet que l'alumnat explore la seua història de vida, identificar moments clau i reflexionar sobre com han modelat els seus valors i creences.
- Discussió de dilemes morals. Aquesta tècnica consisteix a plantejar situacions de conflicte moral en les quals l'alumnat ha de prendre decisions o posicionar-se considerant els seus valors i principis ètics.

Taula 17. Tècniques de clarificació de valors

TÈCNICA	DESCRIPCIÓ	OBJECTIU	EXEMPLE
Llista de valors	Selecció i jerarquització de valors personals.	Identificar i reflexionar sobre els valors personals i la seua importància en la vida quotidiana.	- Presentar una llista àmplia de valors. - Demanar a l'alumnat que seleccione de 5 a 10 valors que considere importants. - Convidar l'alumnat a jerarquitzar aquests valors seleccionats, de major a menor rellevància. - Fomentar una discussió en la qual compartisquen les seues eleccions i expliquen per què aquests valors són importants.
Frases inacabades	Completar frases per a expressar actituds i valors.	Facilitar l'expressió de valors i actituds de manera oberta i honesta.	- Presentar una sèrie de frases incompletes relacionades amb valors i actituds (per exemple, "Per a mi, l'amistat significa...", "El més important en la vida és...", "Mai faria... perquè..."). - Convidar l'alumnat a completar-les de manera honesta i reflexiva. - Fomentar la discussió en parelles o en grup sobre les respostes, promovent el respecte per les diferents perspectives.
Redacció de la biografia	Escriure sobre experiències i moments significatius de la vida.	Reflexionar sobre la influència d'experiències passades en els valors actuals.	- Demanar a l'alumnat que escriga sobre la seua vida, enfocant-se en moments, decisions i experiències que els hagen impactat profundament. - Guiar la reflexió cap a la identificació de valors i lliçons importants obtingudes d'aquestes experiències. - Realitzar una reflexió final sobre com els valors identificats en la seua biografia influeixen en la conducta actual i en les metes futures.

Discussió de dilemes morals	Reflexionar i discutir sobre situacions de conflicte moral.	Promoure l'anàlisi ètica i la confrontació de valors en situacions hipotètiques.	- Presentar un dilema moral (per exemple: "Una persona hauria de mentir per a protegir un amic d'un càstig injust?"). - Demanar a l'alumnat que reflexione sobre el que faria i, el més important, que n'explique les raons. - Fer una discussió en grup en què cada estudiant puga expressar el seu punt de vista i escoltar altres opinions. - Facilitar una reflexió conjunta, i destacar com els valors de cada persona influeixen en les seues decisions i el respecte cap a la diversitat de respostes.

Aplicació en la modificació de la conducta de salut

Per a aplicar aquests models i teories en la pràctica, és necessari utilitzar intervencions personalitzades que aborden els factors específics que influeixen en la conducta de cada individu. Algunes estratègies per a modificar la conducta de salut inclouen:

1. Educació en salut: Brindar a les persones els coneixements necessaris per a entendre els riscos associats amb les seues conductes i els beneficis d'adoptar hàbits saludables. Per exemple, programes d'educació sobre la dieta equilibrada o els riscos del consum de tabac.
2. Millora d'habilitats: Ensenyar habilitats pràctiques, com ara com llegir etiquetes nutricionals, planificar una rutina d'exercici o manejar l'estrès de manera saludable.
3. Foment de l'autoeficàcia: Ajudar les persones a desenvolupar la confiança en la seua capacitat de canviar, a través d'intervencions com el consell breu o l'entrevista motivacional, en què el professional de salut fa costat al pacient en la fixació de metes assolibles i proporciona reforços positius al llarg del procés.
4. Modificació de creences i actituds: A través d'intervencions psicològiques o educatives es poden modificar creences errònies sobre la salut i fomentar actituds més positives cap als comportaments saludables.
5. Suport social i comunitari: L'entorn social i comunitari és clau per a facilitar el canvi. Per exemple, crear xarxes de suport, com grups de caminada o programes comunitaris de deshabituació tabàquica, pot reforçar el canvi de conducta.

Enfocaments d'educació per a la salut

Els enfocaments de l'educació per a la salut (EPS) han evolucionat al llarg del temps en tres generacions o etapes, cadascuna amb una visió i estratègies diferents per a abordar els problemes de salut i promoure canvis en els comportaments[247, 249, 253].

1. Model de primera generació. Aquest enfocament, que va predominar en les primeres etapes de l'educació per a la salut, se centrava en la informació i el coneixement com l'eina clau per a canviar conductes de salut. Es basava en la creença que, si les persones disposaven d'informació correcta i suficient sobre les conductes de risc i els beneficis de les conductes saludables, automàticament modificarien els comportaments. Així, es caracteritzava per:

- Transmissió d'informació: L'enfocament consistia a donar a les persones coneixements sobre salut, malalties, factors de risc i conductes preventives.
- Enfocament prescriptiu: Les recomanacions venien dels experts, i les persones eren vistes com a receptors passius de la informació.
- Responsabilitat individual: Es feia èmfasi en la responsabilitat de l'individu per a canviar la conducta una vegada tenia la informació.

Aquest model subestimava la influència de factors socials, emocionals i econòmics sobre la salut. Encara que proveïa d'informació valuosa, no sempre conduïa a un canvi de conducta, ja que no tenia en compte les barreres psicològiques, socials o culturals que els individus afronten.

2. Segona generació: Educació per a la salut basada en el comportament. L'enfocament de segona generació sorgeix com una reacció al model informatiu, reconeixent que només proporcionar informació no era suficient per a canviar els comportaments de salut. Ací es posa èmfasi en el canvi de conducta com a objectiu principal i s'incorporen teories de l'aprenentatge conductual, com el condicionament operant. Es caracteritzava per:
 - Canvi de comportament: Es pretenia influir directament en les conductes de les persones a través de la modificació d'hàbits i pràctiques quotidianes, amb l'objectiu de reduir els factors de risc.
 - Reforços i condicionaments: Basat en el conductisme, aquest enfocament usava reforços positius i negatius (recompenses o càstigs) per a consolidar comportaments saludables o eliminar comportaments de risc.
 - Programes dirigits a l'individu: Encara que més pràctic que l'enfocament informatiu, aquest model encara s'enfocava en l'individu, sense abordar prou els factors socials o estructurals.

Malgrat l'efectivitat per a canviar comportaments a curt termini, aquest enfocament resultava limitat en la capacitat per a generar canvis sostenibles i duradors, especialment en contextos en què les conductes estaven profundament influïdes per l'entorn social i econòmic.

3. Tercera generació: EPS participativa, crítica i emancipadora. L'enfocament de tercera generació sorgeix com una evolució crítica dels models anteriors, i respon a la necessitat d'abordar els factors socials, econòmics i polítics que afecten la salut de les persones i comunitats. Aquest enfocament reconeix que els comportaments individuals estan influïts per l'entorn en el qual les persones viuen, i que el canvi real només pot ocórrer si s'intervé sobre les condicions estructurals que determinen la salut. Entre els punts importants destaca:
 - Participació activa de la comunitat: Es promou la participació activa dels individus i les comunitats en la identificació de problemes de salut i en la cerca de solucions. La comunitat ja no és un receptor passiu, sinó que participa en la construcció del coneixement i l'acció.
 - Enfocament crític: Aquest enfocament convida a reflexionar críticament sobre les condicions socials que generen desigualtats en salut. Es basa en l'anàlisi de les causes estructurals dels problemes de salut, com la pobresa, l'accés limitat a recursos i l'exclusió social.
 - Emancipació: L'objectiu final és l'emancipació dels individus i les comunitats donant-los el poder de transformar les condicions de vida. Això implica un canvi no sols a nivell individual, sinó també social, per a millorar l'equitat en salut.

- Educador com a agent de canvi: En aquest enfocament, l'educador en salut es converteix en un facilitador o agent de canvi, que ajuda les persones a empoderar-se per a millorar la seua salut. L'educador treballa en conjunt amb la comunitat facilitant un procés de presa de decisions compartit.

Aquest enfocament sorgeix com a resposta a la limitació dels enfocaments de primera i segona generació, que no aconseguien canviar comportaments a llarg termini ni abordar les arrels estructurals dels problemes de salut. En compte de responsabilitzar l'individu de la seua pròpia salut, reconeix la influència del context social, ambiental i econòmic en els comportaments de salut[321].

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA 

Facultat d'Infermeria i Podologia

Capítol 28: Estils de vida i salut

Estils de vida: Definició

Els estils de vida constitueixen el conjunt de factors personals, socials, polítics i ambientals que, interactuant de manera complexa, determinen l'estat de salut dels individus i de les poblacions. Aquest concepte ha sigut utilitzat per a referir-se als comportaments que influeixen en la salut, ja siga de manera positiva o negativa.

Determinants de la salut i determinants socials de la salut (DSS)

Els determinants de la salut són els factors que influeixen de manera directa o indirecta en la salut individual. Aquests elements interactuen a diferents nivells d'organització social i tenen un impacte en l'estat de salut de la població general. Segons la Comissió dels DSS[322-326], es refereixen a les circumstàncies en les quals les persones naixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen, inclosos els sistemes de salut.

Factors determinants de la salut

Hi ha quatre grans grups de factors que determinen l'estat de salut d'una persona[323, 325, 326]:

1. **Característiques individuals:** Inclouen factors genètics i adquirits, com ara la personalitat, els interessos o l'educació rebuda, entre altres. Aquests factors personals influeixen en com una persona maneja la seua salut i com respon a l'entorn.
2. **Medi ambient:** L'entorn físic i geogràfic també influeix en la salut, ja que afecta les condicions de vida i, al mateix temps, es veu alterat per l'acció humana. Aquest factor pot ser desglossat en:
 - L'entorn microsocial: Inclou l'habitatge, la família, les amistats, els veïnats, l'ambient laboral o estudiantil i altres grups d'adscripció voluntària.
 - Els factors macrosocials: Destaquen el sistema social, la cultura predominant, la influència de grups econòmics i de pressió, els mitjans de comunicació i les institucions oficials.
3. **Estil de vida:** Aquest és un dels factors determinants més rellevants, ja que abasta una sèrie de comportaments que, mantinguts de forma prolongada, afecten directament sobre l'estat de salut, ja siga promovent el benestar o causant danys.
4. **Serveis de salut:** L'accessibilitat, qualitat i efectivitat dels serveis de salut tenen un impacte directe en l'estat de salut de la població. Aquests serveis poden prevenir malalties, tractar-les i promoure estils de vida més saludables.

El concepte d'estil de vida ha guanyat rellevància des que es va associar als comportaments que influeixen en els problemes de salut. En les dècades de 1970 i 1980, va créixer l'interès per aquest tema a causa de l'augment de malalties cròniques no infeccioses, les quals estaven relacionades amb factors ambientals i estils de vida poc saludables. L'estil de vida ha sigut definit de diverses formes per organismes internacionals i experts en salut:

- Segons l'OMS (1985), es refereix a la manera general de viure de les persones, que es basa en la interacció entre les condicions de vida i les pautes individuals de conducta, les quals estan determinades per factors socioculturals i personals.
- L'OMS (1997) descriu els estils de vida com a patrons de comportament que emergeixen de la interacció entre les característiques personals, les interaccions socials i les condicions socioeconòmiques i ambientals.
- Altres experts, com Mendoza (2000), subratllen que els estils de vida es poden entendre com el conjunt de patrons de conducta que caracteritzen la manera de viure d'un individu o grup.

Característiques dels estils de vida[327, 328]

1. Naturalesa conductual i observable: Encara que les actituds, valors i motivacions poden influir en els comportaments, l'estil de vida es refereix únicament a les conductes observables.
2. Persistència temporal: Perquè un comportament forme part de l'estil de vida, s'ha de mantenir durant un temps prolongat i demostrar una certa consistència en el temps.
3. Combinació de conductes: L'estil de vida involucra un conjunt de conductes que solen ocórrer de manera consistent i simultània.

Variables que constitueixen l'estil de vida

L'estil de vida abasta una sèrie de variables clau que influeixen en la salut[329]:

- Consum d'alcohol i tabac.
- Hàbits alimentaris i activitat física.
- Consum de drogues i medicaments.
- Hàbits de descans.
- Conductes de risc i prevenció d'accidents.
- Higiene personal i revisions mèdiques.
- Activitats de temps lliure i conducta sexual.
- Aparença i hàbits d'higiene.

Avaluació dels estils de vida saludables

Avaluar els estils de vida saludables és un repte a causa de la seua complexitat. No obstant això, s'han desenvolupat diverses eines per a realitzar aquesta avaluació de manera sistemàtica, com les entrevistes estructurades i els qüestionaris estandarditzats[321, 322, 324].

Entrevistes estructurades: Les entrevistes estructurades permeten obtenir informació valuosa sobre l'estil de vida d'una persona. Algunes preguntes clau inclouen:

- Vostè participa en esports o activitats físiques?
- Es fa revisions mèdiques de manera regular?
- Fuma de manera habitual? Ha fumat almenys un cigarret diari durant sis mesos?
- Com es classifica quant al consum d'alcohol: no bevedor, bevedor ocasional o bevedor habitual?

Qüestionaris[330, 331]: Els qüestionaris són les eines més utilitzades per a avaluar els estils de vida. Aquests instruments han sigut estandarditzats i validats per a garantir la precisió dels resultats. Hi ha qüestionaris dirigits a diferents grups d'edat:

- Infants i adolescents: Inventari de conductes de salut en escolars (WHO, 1986), Escala d'autoconcepte de la salut per a infants (Rester, 1984), Qüestionari d'avaluació de l'estil de vida (NWI, 1980).
- Adults: Qüestionari de l'estil de vida personal (Muhlenkamp & Brown, 1983), Qüestionari d'estil de vida promotor de la salut (Pender, 1982), Qüestionari de perfil d'estil de vida (PEPS-I, 1996).
- Persones majors: Inventari d'estil de vida per a persones majors (Schian, 1991/92), Qüestionari de l'estil de vida de les persones majors (Balaguer & Lloréns, 1997).

Estratègies per a la promoció dels estils de vida saludable

Les estratègies per a promoure estils de vida saludables se centren en dos grans enfocaments: la modificació de comportaments individuals i l'abordament de variables ambientals i contextuais[327, 328].

Estratègies individuals

1. Consell breu i integral⁹⁶: Aquest enfocament consisteix a oferir recomanacions clares i motivacionals sobre estils de vida durant una consulta mèdica o trobada professional. El consell breu i integral és una estratègia d'intervenció utilitzada principalment en l'àmbit de l'atenció primària de salut per a promoure hàbits saludables i prevenir malalties. Consisteix a proporcionar informació clara, concisa i personalitzada sobre un aspecte específic de la salut, amb l'objectiu de motivar que el pacient adopte canvis en l'estil de vida. Aquest tipus de consell sol tenir una duració curta, generalment entre 2 i 10 minuts, i s'aprofiten moments oportuns, com consultes mèdiques rutinàries, per a dur-lo a terme.[332]

El principal objectiu d'aquesta intervenció és promoure canvis positius en el comportament de salut del pacient mitjançant la informació i la motivació[333]. A més, cerca:

1. Augmentar la consciència sobre els riscos associats a determinats comportaments.
2. Proporcionar eines pràctiques per a modificar conductes de risc, com fumar, el sedentarisme o una dieta poc saludable.
3. Motivar el pacient perquè es comprometa amb el seu propi benestar.
4. Facilitar un seguiment continu i la participació activa en el procés de millora de la salut.

El consell breu no es limita a donar instruccions, sinó que implica una conversa col·laborativa en què el professional de salut i el pacient treballen junts per a identificar possibles canvis.

⁹⁶Martínez, Manuel Francisco, Martínez, Julia, & Calzado, Visitación. (2006). "La Competencia Cultural como referente de la Diversidad Humana en la Prestación de Servicios y la Intervención Social". *Psychosocial Intervention*, 15 (3), 331-350. Recuperat el 21 d'octubre de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000300007&lng=es&tlng=ca.

Aquesta tècnica també pot ajudar a abordar barreres al canvi, com la falta de motivació o la percepció de dificultat[334].

El consell breu i integral és una eina poderosa en l'àmbit de l'atenció primària per a influir en els comportaments de salut dels pacients. L'efectivitat resideix en què és oportú, concís i personalitzat, la qual cosa augmenta les possibilitats que el pacient es comprometa amb els canvis proposats[335]. La clau d'aquest enfocament és que no es limita a proporcionar informació, sinó que se centra a motivar i guiar el pacient cap a accions concretes i a fomentar un paper actiu en la cura de la seua salut. Es caracteritza per:

- Duració curta i eficient: Aprofita moments puntuals durant la consulta per a proporcionar informació clau i proposar canvis concrets.
- Informació personalitzada: El missatge està adaptat a les circumstàncies del pacient (el seu estat de salut, estil de vida, riscos específics).
- Orientació cap al canvi: A més d'oferir informació, cerca activar el procés de canvi en el pacient proposant metes assolibles.
- Ús de llenguatge clar: S'eviten termes complicats per a assegurar-se que el pacient comprèn les recomanacions.
- Empatia i escolta activa: El professional de salut ha d'escoltar el pacient per a identificar les motivacions personals, preocupacions o barreres que puguen dificultar el canvi.

Taula 18. Exemples de consell breu i integral⁹⁷

Consell sobre el tabaquisme:	Escenari: Una persona de 35 anys acudeix a la infermeria d'atenció primària per a una consulta rutinària. La infermera aprofita per a preguntar-li si fuma. Diàleg: Infermera: "Veig que fumes un paquet de cigarrets al dia. Has pensat a deixar de fumar?" Pacient: "Sí, ho he intentat diverses vegades, però sempre hi torne." Infermera "Deixar de fumar és difícil, però pot millorar la teua salut en moltes àrees. Si redueixes el consum a poc a poc, podries sentir-te millor en qüestió de setmanes. Podem oferir-te suport amb substituïts de nicotina o medicaments que fan que siga més fàcil deixar-ho. Què et sembla si comencem reduint a la meitat els cigarrets durant la setmana vinent? Després podem avaluar el progrés." Pacient: "Sona bé, podria intentar-ho."	En aquest cas, la infermera ha donat un consell clar, específic i personalitzat en menys de cinc minuts, abordant el tema des de la motivació i oferint una solució pràctica, sense forçar el pacient.

⁹⁷ Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Disponible en:

<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/activo/consejoIntegralAP.htm>

Manual de l'assignatura

Consell sobre l'activitat física:	Escenari: Un pacient de 50 anys acudeix a la consulta mèdica per una revisió mèdica general, i durant l'entrevista l'infermer troba que porta una vida sedentària. Diàleg: Infermer: "Hem revisat els resultats i tot sembla bé, però veig que no fas gaire exercici. Sabies que incorporar només 30 minuts de caminada al dia pot reduir el risc de malalties cardíques i millorar l'energia?" Pacient: "No ho sabia, però no tinc temps per a anar al gimnàs." Infermer: "No necessites un gimnàs. Que et sembla si comences caminant a la feina o durant l'esmorzar? Si et compromets a fer-ho almenys tres dies aquesta setmana, podries notar la diferència en l'energia. Després podem parlar sobre altres exercicis fàcils que podries fer a casa."	En aquest exemple, l'infermer ha proporcionat informació rellevant i concreta, oferint una solució senzilla que s'adapta a les limitacions del pacient. A més, no ha sobrecarregat el pacient amb massa expectatives, sinó que ha proposat un canvi petit i assolible.
Consell sobre la dieta saludable:	Escenari: Un pacient de 40 anys amb sobrepès visita l'infermera per a un control de glucosa. Diàleg: Infermera: "Els nivells de glucosa estan un poc elevats. Fer alguns canvis simples en la dieta podria ajudar-te a controlar-los millor. Has considerat reduir els refrescos i reemplaçar-los per aigua o te sense sucre?" Pacient: "Ho he pensat, però em resulta difícil." Infermera: "Ho entenc, és un hàbit difícil de canviar. Però fins i tot reduint una o dues llandes al dia pots notar millores. Què et sembla començar amb una setmana i després avaluem com et sents?"	Aquest exemple mostra com la infermera identifica una àrea de millora en l'alimentació i suggereix un petit canvi que és realista per al pacient, evitant que se senti aclaparat.
Consell sobre el consum d'alcohol:	Escenari: Un home de 45 anys acudeix a l'infermer per a una revisió mèdica anual. Durant la consulta, l'infermer s'interessa pels seus hàbits de consum d'alcohol. Diàleg: Infermer: "Em vas comentar que prens algunes copes de vi quasi diàriament. Si bé el consum moderat no sempre és un problema, més d'una copa al dia pot afectar la salut amb el temps. T'has plantejat reduir un poc el consum?" Pacient: "Sí, però és part de la meua rutina després de la feina, m'ajuda a relaxar-me." Infermer: "Entenc, potser podries intentar reduir la quantitat o alternar-ho amb aigua o begudes sense alcohol. Fins i tot	En aquest consell, l'infermer reconeix l'hàbit del pacient, però també suggereix canvis graduals en compte d'una eliminació total, fet que ajuda el pacient a sentir-se més en control del procés.

	reduir a sols alguns dies a la setmana pot tenir beneficis per a la salut. Et sembla si proves a limitar-ho als caps de setmana?" Pacient: "Podria intentar-ho."	

2. *Entrevista motivacional*: L'entrevista motivacional és una tècnica de comunicació centrada en el pacient que s'usa per a facilitar el canvi de comportament en àrees relacionades amb la salut. En l'àmbit de la infermeria comunitària, aquesta estratègia resulta especialment valuosa, ja que ajuda els i les professionals a promoure estils de vida saludables en la població, abordant problemes com el tabaquisme, l'obesitat, la inactivitat física o l'abús de substàncies. Aquest enfocament no es limita a proporcionar informació o donar instruccions, sinó que es basa en una conversa col·laborativa. El o la professional usa l'escolta activa, l'empatia i un enfocament no confrontatiu perquè el pacient explore les motivacions, barreres i fortaleces pròpies per al canvi. L'entrevista motivacional cerca empoderar l'individu, fomentant que siga ell mateix qui prenga les decisions sobre la seua salut, fet que incrementa el seu compromís i confiança en el procés de canvi[336]. Entre els principis en els quals es basa l'entrevista motivacional, trobem:

- Expressar empatia: L'infermer o infermera escolta i valida els sentiments del pacient, la qual cosa ajuda a crear un ambient de confiança i respecte.
- Desenvolupar discrepància: L'infermer o infermera ajuda el pacient a identificar la diferència entre el seu comportament actual i els objectius o valors de salut que desitja aconseguir, de manera que es genera una presa de consciència.
- Evitar la confrontació: L'enfocament és no confrontatiu. L'infermer o infermera no imposa canvis, sinó que convida el pacient a reflexionar sobre els beneficis del canvi.
- Adaptar-se a la resistència: Si el pacient mostra resistència al canvi, l'infermer o infermera no ha de forçar el procés, sinó explorar les causes de la resistència.
- Fomentar l'autoeficàcia: L'infermer o infermera reforça la creença del pacient en la seua capacitat per a canviar, i celebrar fins i tot els petits assoliments.

L'entrevista motivacional també s'estructura entorn de les etapes del procés de canvi, conegudes com el model transteòric [334, 335]:

1. Precontemplació: El pacient no reconeix la necessitat de canvi.
2. Contemplació: El pacient comença a considerar la possibilitat d'un canvi.
3. Preparació: El pacient es prepara per a actuar.
4. Acció: El pacient implementa canvis concrets en el seu comportament.
5. Manteniment: El pacient treballa per a consolidar i mantenir el canvi a llarg termini.

El personal d'infermeria comunitària ha d'identificar en quina etapa del canvi es troba el pacient per a adaptar la intervenció. Així, podem observar una sèrie d'exemples[91, 211, 334, 335]:

Taula 19. Exemples d'entrevista motivacional

Entrevista motivacional sobre l'activitat física:	Escenari: Una dona de 60 anys amb sobrepès acudeix a la infermera comunitària per a un control de salut, i es detecta que porta una vida sedentària. Diàleg: Infermera: "M'alegra veure't avui. Voldria saber un poc més sobre la teua rutina diària. Com et sents amb el teu nivell d'activitat física?" Pacient: "La veritat és que no faig gaire exercici. No tinc temps ni energia." Infermera: "Ho entenc, el dia a dia pot ser esgotador. Però també has esmentat abans que t'agradaria sentir-te amb més energia. Com creus que canviaria la teua vida si pogueres augmentar un poc l'activitat física?" Pacient: "Tal vegada em sentiria millor... però no sé per on començar." Infermera: "Podem començar a poc a poc. Per exemple, podries provar de caminar 10 minuts després de dinar. No es tracta de fer grans canvis immediatament, sinó de fer petits passos. Què et sembla si ho intentes aquesta setmana?"	En aquest exemple, la infermera usa l'empatia per a validar les dificultats de la pacient, però també explora els possibles beneficis que la motivarien a fer canvis. A més, ofereix un suggeriment accessible i no intimidant, adaptada a la situació de la pacient.
Entrevista motivacional sobre el control del consum d'alcohol:	Escenari: Un home de 45 anys assisteix a una consulta amb la infermera comunitària, que observa que el seu consum d'alcohol és elevat. Diàleg: Infermera: "Hem parlat abans sobre el consum d'alcohol. Com et sents respecte d'això en aquest moment?" Pacient: "Sé que bec més del que tocaria, però és la meua manera de relaxar-me després d'un dia llarg." Infermera: "Ho puc entendre. A vegades, després d'un dia dur, sembla que l'alcohol ajuda a desconnectar. Però també has esmentat que et preocupa la salut a llarg termini. Què és el que més et preocupa sobre continuar amb aquest hàbit?" Pacient: "Bé, em preocupa desenvolupar problemes de salut, com li va passar a mon pare." Infermera: "És comprensible que penses en això. Què creus que podries fer per a reduir un poc el consum i millorar la	Ací, la infermera evita jutjar el pacient, la qual cosa podria generar resistència. En compte d'això, s'enfoca en les preocupacions expressades pel pacient i l'ajuda a pensar en solucions que siguin realistes i assolibles per a ell, i promou un canvi positiu.

34376 Infermeria comunitària

	salut sense sentir que renunciïs a la teua manera de relaxar-te?" Pacient: "Tal vegada podria limitar-me a beure només els caps de setmana." Infermera: "Això sona com un bon pla. Limitar el consum a uns dies específics podria ser un bon pas per a sentir-te més en control. T'agradaria intentar-ho i veure com et sents?"	
Entrevista motivacional sobre deixar de fumar:	Escenari: Un jove de 30 anys acudeix a una cita amb la infermera comunitària per a una revisió de rutina. Durant la conversa, sorgeix que fuma un paquet de cigarrets al dia. Diàleg: Infermera: "Veig que fumes bastant. Has pensat a deixar de fumar?" Pacient: "Sí, ho he pensat, però em costa massa." Infermera: "És completament normal sentir que és difícil. Deixar de fumar pot ser un repte, però també és una de les millors decisions per a la salut. Què és el que et fa sentir que deixar-ho seria tan difícil en aquest moment?" Pacient: "M'ajuda a reduir l'estrès. No sé si podria deixar-ho sense sentir-me pitjor." Infermera: "Entenc que l'estrès pot fer que fumar sembli l'única eixida. Però també podríem explorar altres maneres de manejar l'estrès que et facen sentir bé sense necessitat de fumar. T'agradaria parlar d'algunes opcions?" Pacient: "Podria intentar-ho, però no estic segur de si funcionarà." Infermera: "No has de prendre una decisió immediata. L'important és que ja estàs pensant en com t'afecta i això és un gran primer pas. Podem treballar en petites metes, com reduir gradualment el nombre de cigarrets. Què et sembla si aquesta setmana intentes fumar només la meitat del que fumes normalment?"	En aquest cas, la infermera no pressiona el pacient perquè deixi de fumar immediatament. En compte d'això, valida les seues preocupacions i el guia cap a un possible canvi petit però significatiu, i demostra que està disposada a acompanyar-lo en el procés.
Entrevista motivacional sobre l'alimentació saludable:	Escenari: Una mare de 35 anys amb obesitat acudeix a la infermera comunitària preocupada pel seu pes i el dels seus fills. Diàleg:	Ací, la infermera ajuda la pacient a identificar una solució pràctica que s'ajuste al seu estil de vida, en compte d'imposar canvis dràstics que podrien no ser sostenibles.

Manual de l'assignatura

	Infermera: "Has esmentat que et preocupa el teu pes i el dels teus fills. Com t'agradaria que foren els àpats a casa?" Pacient: "M'agradaria que foren més saludables, però entre el treball i els xiquets, sempre acabe recorrent al menjar ràpid." Infermera: "Sembla que tens moltes responsabilitats i a vegades és difícil trobar temps per a cuinar. Què creus que podries fer per a millorar l'alimentació a casa sense que et resulte massa difícil?" Pacient: "Potser podria començar preparant menjars senzills el cap de setmana per a no haver-hi de pensar durant la setmana." Infermera: "Això és una molt bona idea. Preparar alguns àpats amb antelació podria ajudar-te a tenir més control sobre el que menges tu i els teus fills. T'agradaria provar-ho aquest cap de setmana i veure com funciona?"	

Estratègies comunitàries

L'acostament interinstitucional i comunitari i les estratègies contextuais són enfocaments clau en la promoció de la salut pública i en el treball de la infermeria comunitària. Aquestes estratègies se centren a intervenir en els entorns físics, socials i econòmics on les persones viuen, treballen i es desenvolupen, amb l'objectiu de crear ambients que afavorisquen estils de vida saludables[252, 253, 333].

A diferència de les intervencions dirigides únicament a l'individu, les estratègies contextuais i l'acostament interinstitucional i comunitari consideren que els comportaments de salut estan fortament influïts per l'entorn social, les polítiques públiques i els recursos disponibles en la comunitat. Per tant, aquestes estratègies promouen canvis a nivell estructural i comunitari per a facilitar comportaments saludables en la població.

Les estratègies contextuais cerquen modificar l'entorn en el qual les persones prenen decisions relacionades amb la seua salut. L'objectiu és fer que les opcions saludables siguin les més fàcils i accessibles. Aquestes estratègies aborden factors socials, ambientals i econòmics que influeixen en la salut, com ara la disponibilitat d'aliments saludables, la infraestructura per a l'exercici físic o les polítiques per a reduir el consum de tabac o alcohol[252, 253, 336, 337].

Algunes de les principals estratègies contextuais inclouen:

1. Modificació de l'entorn físic: Això pot implicar la creació o millora d'infraestructures que promouen l'activitat física, com parcs, carrils per a bicicletes o espais recreatius. També pot incloure garantir l'accés a aliments saludables a través de mercats comunitaris o programes de subsidi alimentari.

2. Polítiques públiques i regulacions: Impulsar polítiques que limiten l'accés a productes nocius per a la salut (com el tabac i l'alcohol) o que incentiven comportaments saludables (com lleis per a entorns laborals lliures de fum o programes d'incentius per a l'exercici).
3. Iniciatives educatives: Crear campanyes de conscienciació sobre la importància de la salut i el benestar en entorns clau, com escoles, llocs de treball o centres comunitaris.

L'estratègia del Sistema Nacional de Salut (SNS) d'Espanya, adoptada en 2013 per a promoure estils de vida saludables i augmentar l'esperança de vida en bona salut, està directament alineada amb l'enfocament d'estratègies contextuais i acostament interinstitucional i comunitari en la infermeria comunitària. Els dos enfocaments comparteixen el mateix objectiu: millorar la salut de la població no sols a través d'intervencions individuals, sinó també modificant els entorns i les polítiques que influeixen en les decisions de salut[252, 253, 337].

L'estratègia del SNS proposa un enfocament multisectorial, la qual cosa implica la col·laboració de múltiples actors socials, com el sistema sanitari, les institucions educatives, empreses, governs locals, ONG i comunitats, per a fomentar estils de vida més saludables. Aquesta col·laboració és un component essencial de les estratègies contextuais i l'acostament interinstitucional i comunitari, que cerquen intervenir en els entorns i contextos on les persones viuen, treballen i es relacionen, creant condicions que afavorisquen l'adopció de comportaments saludables.

Per exemple, una intervenció per a promoure l'activitat física en la comunitat, tal com s'ha descrit en el cas de la millora de parcs o la creació de senderes segures, és una estratègia contextual que involucra múltiples actors, com els governs locals, les organitzacions comunitàries i els serveis de salut. Aquesta acció està d'acord amb l'enfocament multisectorial que promou l'SNS, l'objectiu de la qual és millorar la salut mitjançant la cooperació entre diferents institucions.

Què és l'acostament interinstitucional i comunitari?

L'acostament interinstitucional i comunitari consisteix en la col·laboració entre diferents institucions (com escoles, organitzacions sense finalitats de lucre, serveis de salut, autoritats locals i grups comunitaris) per a abordar els determinants socials de la salut i promoure estils de vida saludables.

Aquest enfocament reconeix que cap organització o institució pot abordar per si sola els complexos factors que influeixen en la salut de la comunitat. En canvi, la cooperació entre múltiples actors permet generar canvis més amplis i sostenibles. En unir-se, aquestes organitzacions poden compartir recursos, coneixements i habilitats, la qual cosa resulta en una intervenció més completa i efectiva.

En l'àmbit de la infermeria comunitària, el personal infermer exerceix un paper crucial en l'acostament interinstitucional, en actuar com a facilitador del canvi i coordinador entre els diferents actors involucrats.

Exemples d'estratègies contextuais i interinstitucionals en la infermeria comunitària

	ESCENARI	ESTRATÈGIA CONTEXTUAL	ACOSTAMENT INSTITUCIONAL	EXEMPLE
Promoció de l'activitat física a nivell comunitari:	Una comunitat rural disposa de pocs espais públics on la gent pugui exercitar-se. La infermera comunitària,	Modificació de l'entorn físic mitjançant la construcció de	Col·laboració entre l'ajuntament, ONG locals i el servei de salut per a	La infermera comunitària es coordina amb el municipi i una ONG per a instal·lar equip d'exercici al parc, i organitza

Manual de l'assignatura

	juntament amb les autoritats locals i organitzacions no governamentals (ONG), desenvolupen un projecte per a millorar les instal·lacions d'un parc local i organitzar esdeveniments de caminades i classes d'exercicis gratuïts.	senderes segures i àrees d'exercici a l'aire lliure.	proporcionar recursos i organitzar les activitats.	caminades setmanals per als veïns, amb l'objectiu d'augmentar l'activitat física entre els adults majors. El municipi aporta l'espai i les infraestructures, l'ONG proporciona voluntaris per a liderar les caminades, i la infermera supervisa l'impacte en la salut dels participants.
Reducció del consum de tabac mitjançant polítiques públiques:	En una ciutat petita, el consum de tabac continua sent alt entre la joventut. L'infermer comunitari, juntament amb el centre de salut local, impulsa una campanya a les escoles i es coordina amb les autoritats locals per a crear espais lliures de fum en llocs públics, com parcs i platges.	Implementació de polítiques públiques que prohibeixen fumar en determinats espais públics i campanyes educatives sobre els riscos del tabac.	Treball conjunt entre el centre de salut, el govern local, les escoles i associacions de famílies per a reduir l'accés i l'exposició al tabac.	L'infermer comunitari col·labora amb els centres educatius per a oferir xarrades informatives sobre els perills del tabaquisme, a més d'organitzar tallers per a pares. Al seu torn, treballa amb l'ajuntament per a aprovar una ordenança que prohibisca fumar en parcs i platges i crear un entorn que desincentive el consum de tabac.
Foment d'una alimentació saludable en la comunitat:	En una zona urbana desfavorida, moltes famílies no tenen accés a aliments frescos i saludables a causa de la falta de supermercats i mercats d'agricultors. La infermera comunitària treballa amb ONG, el govern local i els serveis socials per a establir un mercat d'agricultors setmanal i desenvolupar un programa d'educació nutricional en els col·legis.	Augment de l'accés a aliments saludables i creació d'entorns que promouen millors decisions alimentàries.	Participació del sector privat (agricultors locals), el sector públic (autoritats municipals) i organitzacions comunitàries per a oferir accés a aliments frescos i educar a la població sobre nutrició.	La infermera es coordina amb els agricultors locals per a organitzar mercats setmanals en el barri, al mateix temps que lidera tallers sobre nutrició en els col·legis locals, ensenyant als infants i les seues famílies sobre la importància d'una dieta equilibrada. A més, amb l'ajuda del govern local, s'implementen cupons d'aliments per a les famílies més necessitades i assegurar que puguin accedir a productes frescos.
Promoció de la salut mental i el benestar emocional en la comunitat:	En una zona urbana, els nivells d'estrès i ansietat en la població són elevats a causa de factors com la desocupació i la falta de suport social. L'infermer comunitari col·labora amb serveis de salut mental, associacions locals i el govern per a desenvolupar programes de suport comunitari.	Creació d'entorns de suport que promouen el benestar emocional i reduïsquen els factors de risc psicosocial.	Coordinació entre els serveis de salut mental, ONG locals, centres educatius i el govern per a oferir programes de suport emocional i assessorament.	L'infermera comunitari facilita la creació d'un grup de suport per a persones que afronten problemes de salut mental. Aquest grup compta amb la col·laboració de psicòlegs dels serveis de salut mental i s'organitza en un centre comunitari, on també s'imparteixen tallers de maneig de l'estrès. Al seu torn, el govern local finança l'accés gratuït a aquests serveis, mentre les ONG

				col·laboren proporcionant voluntaris i recursos addicionals.
Prevenició de malalties cròniques mitjançant programes de promoció de la salut en el lloc de treball:	En una empresa gran, molts empleats presenten factors de risc per malalties cròniques com la diabetis o la hipertensió. La infermera comunitària col·labora amb l'empresa i un centre de salut local per a implementar un programa de benestar laboral que incloga revisions mèdiques, assessorament sobre alimentació i la promoció de l'activitat física.	Intervenció en l'entorn laboral per a promoure la salut mitjançant canvis en el comportament i l'accés a serveis de salut.	Col·laboració entre l'empresa, els serveis de salut i organitzacions especialitzades en benestar laboral per a oferir programes de promoció de la salut dins de la jornada laboral.	La infermera comunitària coordina la implementació d'un programa de revisions mèdiques anuals en l'empresa, juntament amb l'organització de pauses actives i xarrades d'alimentació saludable. A més, en col·laboració amb un gimnàs local, l'empresa ofereix descomptes als empleats que desitgen inscriure's en activitats físiques.

Importància de la intervenció

L'estratègia del SNS de 2013 es basa en la promoció d'estils de vida saludables mitjançant la intervenció de diferents actors i sectors de la societat, cosa que es complementa amb el model de les 5 as en l'àmbit de l'Atenció Primària. La importància de la intervenció a través del model de les 5 as radica en el fet que proporciona un enfocament estructurat i efectiu per a promoure el canvi de comportaments en salut, i facilita que els professionals, com el d'infermeria comunitària, puguin guiar els pacients de manera clara, pràctica i sistemàtica cap a estils de vida més saludables[337]. Aquest model és particularment valuós perquè s'adapta a les necessitats individuals, mentre que també es basa en un procés col·laboratiu que empodera el pacient. Els consells integrals en estil de vida en atenció primària van vinculats amb recursos comunitaris en població adulta, orientats a millorar:

- Activitat física.
- Alimentació.
- Consum de tabac.
- Consum d'alcohol.
- Benestar emocional/estrès.
- Lesions no intencionals (fàrmacs i conducció).
- Abordament de les malalties cròniques.

Així, el model de les 5 as és una eina clau en la intervenció en estils de vida saludables. Consisteix en els següents passos:

1. Esbrinar (en castellà, *averiguar*): Identificació precisa dels factors de risc. La primera A, esbrinar, és fonamental perquè permet identificar els factors de risc i les conductes que afecten negativament la salut del pacient. Aquesta avaluació inicial és crítica per a entendre els hàbits i circumstàncies que necessiten ser modificats. La importància d'aquesta fase radica en el fet que proporciona una base sòlida per a la intervenció. No es pot abordar un problema si no se sap exactament quin és. Per exemple, un pacient pot no ser conscient de l'impacte de la seua dieta alta en greixos o de la falta

d'activitat física, per la qual cosa esbrinar aquests detalls permet que el professional de salut pugui orientar la intervenció de manera específica.

2. Aconsellar: Informació clara i personalitzada. En la segona A, aconsellar, el professional de la salut proporciona informació clara, específica i personalitzada sobre els riscos i beneficis associats amb el comportament actual del pacient. El consell que es dona en aquesta etapa és fonamental perquè ha de ser adaptat al pacient, basat en el seu nivell de comprensió, la seua realitat i les seues metes personals. Ací es motiva el pacient a fer un canvi, explicant de manera senzilla com certs comportaments poden millorar la seua salut o prevenir malalties. Per exemple, un pacient que fuma pot rebre informació sobre els beneficis immediats i a llarg termini de deixar de fumar, amb recomanacions personalitzades sobre com començar el procés.

3. Acordar: Col·laboració en la fixació de metes. La tercera A, acordar, ressalta la importància d'involucrar el pacient en la presa de decisions i col·laborar en l'establiment de metes clares i assolibles. El valor d'aquesta fase està en el fet que les metes que s'acorden són realistes i personalitzades, la qual cosa n'augmenta la probabilitat d'èxit. Les persones estan més disposades a comprometre's quan senten que tenen veu en el procés i que les metes són factibles dins del seu context. Per exemple, en compte de simplement dir-li a un pacient que ha de fer exercici, es pot recordar començar amb una caminada de 20 minuts tres vegades per setmana, una cosa manejable i accessible per al pacient.

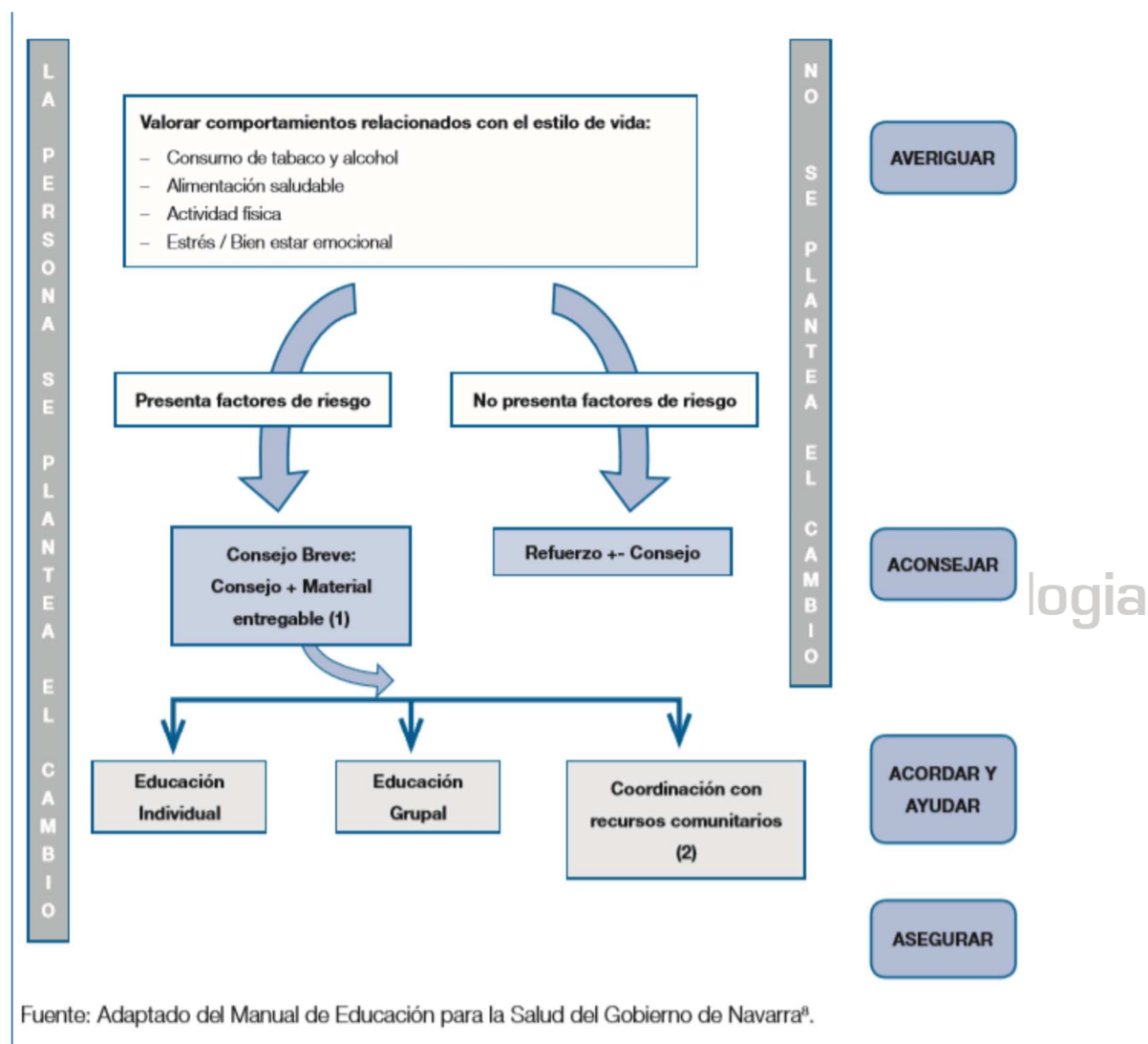
4. Ajudar: Provisió de recursos i suport. En la quarta A, ajudar, el professional de salut facilita al pacient els recursos, eines i suport que necessita per aconseguir les metes establides. El suport en aquesta etapa és fonamental perquè molts canvis en el comportament requereixen més que simple motivació; necessiten recursos pràctics. Per exemple, si el pacient ha acordat millorar la dieta, el professional podria suggerir un pla de menjars saludable, recomanar un grup de suport local o fins i tot referir-lo a un nutricionista. A més, aquest suport pot incloure l'ajuda en el maneig de barreres com l'estrès o la falta de temps, i brindar solucions personalitzades.

5. Assegurar: Seguiment i ajustos. L'última A, assegurar, es refereix al seguiment regular i continu del progrés del pacient, ajustant el pla si és necessari. El seguiment és fonamental per assegurar la sostenibilitat del canvi. Moltes persones poden començar bé però afronten dificultats a mesura que avancen en el camí cap a hàbits més saludables. Programar visites de seguiment o cridades telefòniques permet que el professional de salut monitore el progrés del pacient, ofereix retroalimentació positiva i ajuste les metes o estratègies segons els desafiaments trobats. Per exemple, si un pacient ha tingut problemes per a deixar de fumar, el professional pot ajustar la intervenció oferint un tractament alternatiu o reforçant el suport psicològic.

Aquest model ha demostrat ser eficaç en la millora de diversos aspectes de la salut, com l'activitat física, l'alimentació, el consum de tabac i alcohol i el benestar emocional. Els consells integrals en atenció primària estan dissenyats per a fer costat a la població adulta en l'adopció de comportaments més saludables i, entre altres beneficis, permet:

- Personalització de la cura: El model està dissenyat per a adaptar-se a les necessitats i circumstàncies específiques de cada pacient, la qual cosa el fa més efectiu.

- Empoderament del pacient: En col·laborar en la fixació de metes i el pla d'acció, el pacient es converteix en un actor actiu en el seu propi procés de millora de la salut, la qual cosa reforça el seu compromís.
- Seguiment continu: Assegura que el canvi no sols s'iniciï, sinó que també es mantinga, cosa que redueix la possibilitat de recaigudes.
- Intervenció estructurada: Proporciona un full de ruta clar perquè els professionals de salut guien el procés d'intervenció de manera sistemàtica, fet que facilita millors resultats.



Il·lustració 7. Algorisme pres de Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta (2015).

Taula 20. Les 5 as

ESBRINAR (<i>averiguar</i>)	Preguntar sobre els factors i les conductes de risc, així com sobre els aspectes que afecten l'elecció o el canvi de la conducta.
ACONSELLAR	Donar consells clars, específics i personalitzats, i incloure informació sobre els riscos/beneficis personals.
ACORDAR	Pactar col·laborativament els objectius i els mètodes mes apropiats, basats en els interessos i en la capacitat per al canvi de la persona.
AJUDAR	Usar tècniques per a ajudar la persona a aconseguir els objectius pactats adquirint les habilitats, la confiança i el suport social/ambiental que afavoreix el canvi, juntament amb els tractaments farmacològics quan siguin adequats.
ASSEGURAR	Fixar (assegurar) visites de seguiment (en el centre o telefòniques) per a ajudar/secundar i per a ajustar el pla terapèutic com es necessita, inclosa la derivació a unitats especialitzades quan siga necessari.

El fenomen *chemsex*

El *chemsex* és un fenomen emergent que planteja desafiaments importants per a la salut pública, particularment en contextos urbans i entre comunitats específiques. El *chemsex* representa un repte important per a la salut pública i per als sistemes d'atenció sanitària. La infermeria comunitària, amb el seu enfocament holístic i accessible, té un paper fonamental en la prevenció i tractament d'aquest fenomen. La capacitat, la comprensió i l'empatia són essencials per a garantir una cura integral i respectuosa[338-340].

El terme *chemsex* combina les paraules *chemicals* ('drogues') i *sex* ('sexe') i es refereix a l'ús intencionat de substàncies psicoactives per a prolongar i potenciar les relacions sexuals. És una pràctica principalment associada a homes gais, bisexuals i altres homes que practiquen sexe amb homes (GBHSH), així com persones trans. Encara que s'associa majorment amb contextos grupals, també pot ocórrer de manera individual o virtual. El *chemsex* sol implicar llargues sessions de sexe (des d'hores fins a dies) i sovint amb múltiples parelles sexuals. L'ús d'aplicacions com Grindr o Scruff facilita les trobades i l'organització d'aquestes sessions.

A nivell global, el *chemsex* ha sigut identificat com un problema rellevant en països europeus, particularment en ciutats com Londres, París, Madrid i Barcelona. Segons estudis com l'*European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey (EMIS)* i dades recopilades per organitzacions com Apoyo Positivo i Imagina Más a Espanya, les grans urbs i destinacions turístiques LGBTIQ+ mostren major prevalença.

A Espanya, estudis recents revelen que al voltant d'un 20% dels participants en enquestes GBHSH han practicat *chemsex* l'últim any; les ciutats de Madrid i Barcelona en són focus principals. A nivell mundial, el fenomen continua sent una preocupació creixent a causa de les implicacions que té en la transmissió d'infeccions de transmissió sexual (ITS) i la seua relació amb problemes de salut mental i addiccions[338-343].

El *chemsex* es caracteritza pel policonsum de drogues, amb combinacions que inclouen:

- GHB/GBL (èxtasi líquid): Indueix eufòria i desinhibició.
- Metamfetamina (*crystal meth*): Estimula l'energia i el desig sexual.
- Mefedrona (miau-miau): Incrementa l'eufòria i el plaer tàtil.
- Ketamina, cocaïna, popper i MDMA: També són freqüents.

Aquestes substàncies se solen administrar per via oral, nasal o intravenosa (*slamming*), la qual cosa comporta diferents riscos. El consum té lloc en cases particulars, saunes, clubs sexuals o zones de *cruising*. Les motivacions per a participar en el *chemsex* inclouen:

- Superar la timidesa o la vergonya en contextos sexuals.
- Incrementar el plaer i la duració del sexe.
- Connectar emocionalment amb altres i sentir-se part d'una comunitat.
- Afrontar problemes com el rebuig, l'homofòbia internalitzada o la soledat.

Riscos per a la salut i implicacions clíniques

El *chemsex* comporta una àmplia gamma de riscos per a la salut que afecten tant el benestar físic com l'emocional dels qui el practiquen. Els principals riscos que poden presentar són:

Riscos per a la salut física

1. Infeccions de Transmissió Sexual (ITS):
 - El *chemsex* està estretament relacionat amb pràctiques sexuals d'alt risc, com el sexe sense protecció amb múltiples parelles, la qual cosa augmenta la prevalença de VIH, hepatitis C, sífilis, gonorrea i clamídia.
 - L'ús compartit de xeringues durant el consum intravenós (*slamming*) incrementa la probabilitat de contraure hepatitis virals i altres infeccions sanguínies.
2. Sobredosi i toxicitat:
 - Substàncies com el GHB/GBL tenen un estret marge de seguretat, on petites variacions en la dosi poden provocar sobredosis potencialment letals, caracteritzades per depressió respiratòria, pèrdua de consciència o fins i tot mort.
 - El policonsum agreuja la imprevisibilitat dels efectes, en augmentar el risc de col·lapse cardiovascular, intoxicacions severes i interaccions tòxiques entre drogues.
3. Problemes derivats de l'ús intravenós:
 - La injecció inadequada pot provocar infeccions locals (abscessos, cel·lulitis) i sistèmiques (sèpsies), a més de dany vascular crònic.
 - Les males pràctiques higièniques en injectar eleven els riscos d'infeccions greus.
4. Interaccions farmacològiques:
 - Algunes drogues usades en el *chemsex* interactuen amb tractaments antiretrovirals per al VIH, i potencien efectes adversos o disminueixen l'eficàcia dels medicaments, la qual cosa podria derivar en fallades terapèutiques.

5. Deterioració neurològica:

- L'ús prolongat de substàncies com metamfetamines pot provocar dany cerebral, pèrdua cognitiva, brots psicòtics i malalties neurodegeneratives a llarg termini.

Riscos per a la salut mental

1. Addiccions:

- Moltes drogues emprades en el *chemsex*, com el GHB, la metamfetamina i la mefedrona, tenen un alt potencial addictiu, que porten a cicles de consum problemàtic difícils de trencar.

2. Trastorns psiquiàtrics:

- És freqüent el desenvolupament o agreujament de quadres d'ansietat, depressió, trastorns d'estrès posttraumàtic i brots psicòtics. Aquests poden estar vinculats tant al consum de substàncies com a la vivència d'experiències traumàtiques (agressions sexuals, estigmatització).

3. Suïcidis:

- Les experiències negatives relacionades amb el *chemsex*, combinades amb l'estigmatització i l'aïllament social, contribueixen a un augment en les taxes de suïcidi.

Riscos socials

1. Deteriorament de la vida social i laboral:

- Les persones que practiquen *chemsex* sovint reporten dificultats per a mantenir ocupacions o relacions personals a causa dels efectes negatius del consum prolongat.
- L'endeutament i els problemes legals són comuns entre els qui desenvolupen consums problemàtics.

2. Exclusió social:

- L'estigma associat al *chemsex* i la falta de comprensió en els entorns socials i familiars agreugen la sensació d'aïllament.

Implicacions clíniques

• Increment en la càrrega sanitària:

- L'atenció a persones amb complicacions derivades del *chemsex* demanda recursos en múltiples nivells, des de salut sexual fins a salut mental i maneig d'addiccions.
- Les hospitalitzacions per sobredosis, infeccions greus o brots psicòtics representen un desafiament per als serveis d'urgències.

• Falta de protocols específics:

- En molts sistemes sanitaris, l'atenció al *chemsex* manca de protocols estandarditzats, la qual cosa dificulta un abordament integral. És fonamental sensibilitzar els professionals sobre aquesta problemàtica.

- Abordament interdisciplinari:
 - Els pacients que practiquen *chemsex* requereixen atenció coordinada entre equips mèdics, psicològics i socials per a tractar tant les conseqüències immediates com els factors subjacents.

Necessitat d'un programa d'educació per a la salut (EPS) i reducció de riscos

L'abordament del *chemsex* requereix una resposta multidimensional que combine prevenció, sensibilització, detecció precoç i atenció integral. Tant les organitzacions comunitàries com els professionals d'atenció primària són pilars fonamentals per a reduir els riscos associats, garantir un tractament adequat i fomentar canvis positius en la salut i benestar de les persones involucrades[339, 340]. Aquest enfocament ha d'involucrar diferents nivells de la societat, des de la ciutadania en general fins a les persones directament afectades, amb diferents eixos de actuació:

1. Informació sobre el fenomen del *chemsex*:

- Dirigit a la ciutadania en general, incloent-hi mitjans de comunicació, familiars, amics de persones que practiquen *chemsex* i professionals sanitaris i socials.
- Pretén sensibilitzar i educar per a generar consciència sobre els riscos i conseqüències associats a la pràctica.

2. Prevenció selectiva:

- Focalitzada en persones que no practiquen *chemsex* però estan exposades a l'entorn on ocorre, com la comunitat gai en general, usuaris d'aplicacions de cites, assistents a saunes, locals de sexe i zones de *cruising*.
- Inclou mesures educatives i de sensibilització per a minimitzar el risc d'involucrar-se en aquesta pràctica.

3. Prevenció indicada:

- Dissenyada per a persones que ja practiquen *chemsex*, promovent la reducció de riscos a través d'estratègies personalitzades.

4. Detecció i derivació:

- Dirigida a persones en situacions de crisi o que han desenvolupat problemes associats al *chemsex*, com addiccions o complicacions psicològiques.
- Implica la identificació primerenca i la derivació a recursos especialitzats per a una atenció continuada.

5. Intervenció:

- Centrada en persones amb problemes relacionats amb el *chemsex* que estan disposades a rebre tractament.
- Pot incloure objectius d'abstinència o estratègies de reducció de danys.

Les organitzacions de base comunitària exerceixen un paper essencial en l'abordament del *chemsex*, en promoure la participació activa de la comunitat i adaptar estratègies a les seues necessitats específiques. Aquestes organitzacions:

- Creen espais segurs entre parelles, facilitant la recopilació d'informació sobre l'ús de drogues en contextos sexuals, els seus significats i les necessitats dels usuaris.
- Dissenyen estratègies de reducció de danys en consum i pràctiques sexuals adaptades a les experiències dels usuaris.

Manual de l'assignatura

- Identifiquen els canals de comunicació més eficaços per a arribar a la població objectiu.
- Ofereixen atenció integral basada en drets, incloent-hi aspectes psicosocials, fisiològics i mèdics.
- Proveeixen serveis confidencials i gratuïts, en un entorn que afavoreix la comoditat i confiança dels usuaris.

Aquestes característiques permeten abordar no sols el consum de substàncies, sinó també altres aspectes que influeixen en la vivència de la sexualitat, i garantir així una atenció més holística.

Els professionals d'atenció primària tenen un paper clau en la detecció, avaluació i intervenció primerenca de problemes relacionats amb el *chemsex*. Aquest nivell assistencial ofereix:

1. **Accessibilitat:**

- Els adults joves, encara que solen evitar els serveis sanitaris, accedeixen sovint als centres d'atenció primària, la qual cosa facilita el contacte inicial.

2. **Atenció longitudinal:**

- Les relacions de confiança que es generen al llarg del temps amb els pacients permeten abordar temes sensibles com el consum de drogues i la sexualitat.

3. **Enfocament integral:**

- Els equips multidisciplinaris d'atenció primària consideren la salut en les dimensions biològica, psicològica i social, per la qual cosa ofereixen un abordament complet.

4. **Habilitats en comunicació:**

- La formació en tècniques com l'entrevista motivacional facilita abordar aspectes íntims i privats i promoure, així, una intervenció eficient i respectuosa.

Encara que la falta de temps i coneixement específic són reptes comuns, una capacitat adequada pot transformar les consultes en espais efectius per a la detecció de problemes relacionats amb el *chemsex*. L'ús de preguntes obertes, llenguatge no moralista i atenció al llenguatge no verbal són claus per a fomentar la confiança del pacient. L'atenció primària pot avaluar conjuntament aspectes com les substàncies consumides, els contextos d'ús, la vivència personal i la motivació al canvi del pacient. Això permet derivar-lo al recurs més adequat i establir vincles amb organitzacions comunitàries especialitzades, i així enfortir l'atenció integral. Implementar un programa d'EPS amb aquestes característiques no sols milloraria els resultats de salut, sinó que també ajudaria a reduir l'estigma i fomentar l'autocura en les comunitats més afectades pel *chemsex*.

L'atenció des de la infermeria comunitària

La infermeria comunitària exerceix un paper essencial en la detecció, prevenció i atenció a persones que practiquen *chemsex*. Això inclou:

1. **Detecció precoç:**

- Identificar patrons de consum i conductes de risc durant consultes de salut general o sexual.
- Crear un entorn de confiança perquè els pacients puguin parlar obertament.

2. **Atenció integral:**

- Realitzar proves periòdiques d'ITS i oferir orientació sobre la prevenció, com l'ús de preservatius i PrEP.
- Gestionar els efectes secundaris de les drogues i tractar complicacions mèdiques relacionades.
- Derivar a serveis especialitzats en addiccions i salut mental quan siga necessari.

3. **Prevenció i educació:**

- Informar els pacients sobre els riscos del *chemsex* i oferir estratègies de reducció de danys.
- Facilitar accés a recursos comunitaris i organitzacions que treballen amb població LGBTIQ+.

4. **Acompanyament personalitzat:**

- Dissenyar plans terapèutics individualitzats que aborden tant les necessitats mèdiques com les socials i emocionals.
- Establir vincles amb altres disciplines (treball social, psicologia) per a un abordament multidisciplinari.

VNIVERSITAT
E VALÈNCIA



Facultat d'Infermeria i Podologia

Manual de l'assignatura

PLANIFICACIÓ D'UN PROJECTE D'EDUCACIÓ PER A LA SALUT

VNIVERSITAT
E VALÈNCIA 

Facultat d'Infermeria i Podologia

Capítol 29: L'acció educativa. Els programes d'educació per a la salut

Introducció⁹⁸

La promoció de la salut és un enfocament essencial per a construir comunitats més saludables, sostenibles i resilients. En combinar estratègies educatives, legislatives i comunitàries, pretén empoderar les persones perquè assumisquen el control de la seua salut, i fomentar un enfocament preventiu i proactiu. La seua integració en les polítiques públiques i els programes d'atenció sanitària és clau per a afrontar els reptes de salut del segle XXI.

L'educació per a la salut, tal com es destaca en la Carta d'Ottawa (1986), és una estratègia fonamental dins del marc de la promoció de la salut. Aquest enfocament s'orienta cap a l'adquisició de coneixements i habilitats que permeten a les persones prendre decisions informades sobre la seua salut i adoptar estils de vida saludables[249, 252, 253, 344].

L'EPS és un procés que:

- Informa: Proporciona dades clares i precises sobre temes de salut.
- Motiva: Estimula l'adopció d'hàbits saludables.
- Secunda: Acompanya les persones en la implementació de pràctiques sostenibles. A més, impulsa canvis ambientals i promou la formació professional i la investigació per a ajudar aquests objectius.

La promoció de la salut pot enfocar-se en diferents àmbits, segons la població destinatària i els objectius plantejats:

Per públic objectiu

- Programes dirigits a la població general: Campanyes de conscienciació i prevenció primària.
- Programes dirigits a població malalta: Intervencions orientades al maneig de malalties cròniques i prevenció secundària.

Per temàtica

- Problemes de salut específics: Malalties cròniques, infeccions, salut mental, etc.
- Estils de vida: Alimentació saludable, activitat física, maneig de l'estrès, entre altres.
- Transicions vitals: Suport en etapes com la menopausa, adolescència, jubilació, etc.

Les intervencions poden adaptar-se a diferents contextos i necessitats, permetent una atenció personalitzada i col·lectiva:

1. Consell/informació

Una intervenció breu que combina informació i motivació.

Es realitza durant consultes o trobades professionals, aprofitant oportunitats per a orientar als usuaris cap a un canvi positiu.

⁹⁸ Materiales para reforzar el consejo sobre estilos de vida saludable en atención primaria.

Disponible en:

<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/estrategiaSNS/materialesDeRefuerzo/home.htm>

2. Educació individual

Consisteix en una sèrie organitzada de consultes educatives personalitzades.

S'aborden temes específics com la diabetis, l'alimentació o el maneig d'emocions, treballant des d'una perspectiva àmplia i pràctica.

3. Educació grupal o col·lectiva

Sèrie de sessions programades dirigides a grups.

Aquestes sessions tenen com a objectiu millorar les capacitats individuals i grupals per a afrontar problemes de salut específics.

També inclou intervencions comunitàries destinades a sensibilitzar a col·lectius sobre factors socials, polítics i ambientals que influeixen en la seua salut.

Concepte de programa en EPS⁹⁹

L'Educació per a la Salut (EPS) és una estratègia fonamental per a facilitar l'adquisició de comportaments saludables i modificar els que són perjudicials. Implementar-los requereix un procés previ de programació i planificació orientat a garantir l'eficàcia de les intervencions. Això implica dissenyar programes planificats que responguen a les necessitats educatives de la població, definint amb claredat els objectius, anticipant els recursos necessaris i seleccionant les metodologies més adequades per a aconseguir-los de manera eficient[344-346].

L'EPS té com a propòsit oferir oportunitats d'aprenentatge a les persones perquè compreguen els factors que condicionen la seua salut i la de la seua comunitat. Aquest coneixement les capacita per a prendre decisions informades que els permeten adoptar estils de vida saludables en un marc de llibertat i responsabilitat individual.

Un programa en EPS és un procés mitjançant el qual se selecciona i organitza una sèrie d'activitats destinades a aconseguir objectius específics que aborden problemes de salut importants per a l'individu, la família o la comunitat. Aquest enfocament no sols inclou la planificació inicial, sinó també la implementació i avaluació de les accions, i garanteix un cicle continu de millora.

La planificació en EPS comprèn tres nivells principals: plans, programes i projectes, cadascun amb un abast i estructura diferents:

- Pla: És el nivell més ampli d'organització, on s'integren diverses estratègies i programes amb propòsits globals comuns.
- Programa: Constitueix el segon nivell i es defineix com un conjunt estructurat i integrat d'estratègies que formen part d'un pla més gran.
- Projecte: És el nivell més específic, orientat a resoldre problemes concrets o cobrir necessitats particulars dins d'un programa.

⁹⁹https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/escuela/docs/proyectosPedagogicos_2007.pdf

Un programa d'EPS s'elabora seguint un conjunt de fases que n'asseguren l'eficàcia i l'alineació amb les necessitats de la població, així com la seua rellevància i efectivitat:

- Anàlisi de la situació: Identificació de necessitats i problemes de salut en la població i diagnòstic del context sociocultural, econòmic i sanitari.
- Marc de decisions: Priorització dels problemes identificats, valoració de recursos disponibles i factibilitat i determinació de la població diana (grup al qual es dirigeix la intervenció).
- Definició d'objectius: Establiment d'objectius generals (metes àmplies a llarg termini) i específics (resultats concrets i mesurables).
- Disseny d'activitats i estratègies: Selecció de metodologies educatives, accions participatives i recursos didàctics per a aconseguir els objectius.
- Avaluació: Disseny d'instruments i mecanismes per a mesurar l'impacte del programa, tant en el desenvolupament (avaluació formativa) com en els resultats finals (avaluació sumativa).

Respecte a la tipologia de programes en educació per a la salut, trobem:

- Plans de salut. Són el nivell més ampli de planificació, on s'integren múltiples programes de salut amb propòsits comuns, com la promoció d'hàbits saludables o la prevenció de malalties. Exemple: Plans de salut regionals o nacionals, com el "V Pla de Salut 2022-2030" de la Comunitat Valenciana.
- Programes integrats de salut. Aquests programes agrupen diverses intervencions específiques sota un objectiu comú, normalment orientat a una necessitat concreta o un grup poblacional definit (per edat, gènere o condició de salut). Exemple: programes per a la prevenció de malalties cardiovasculars o per a la reducció de l'accidentalitat.
- Programes específics o subprogrames. Es refereixen a un conjunt d'accions que cobreixen objectius molt concrets, dirigits a resoldre problemes específics o a abordar situacions amb condicionants similars. Exemple: projectes destinats a la població general, com campanyes d'informació ciutadana o tallers sobre l'ús adequat de la farmaciola casolana.

Hi ha diferents nivells de planificació:

- Planificació de conjunt: Consisteix en la integració de programes de salut per a aconseguir objectius globals, com ocorre amb els plans de salut.
- Planificació específica: S'enfoca en intervencions puntuals, com l'organització d'un programa o l'execució d'un projecte concret.

La planificació és el pilar fonamental de qualsevol intervenció en EPS. Permet optimitzar els recursos, garantir l'efectivitat de les estratègies i maximitzar l'impacte en la població. A través d'un procés ben estructurat, l'EPS pot transformar la manera com les persones perceben i gestionen la seua salut, i fomentar comunitats més saludables i sostenibles.

Dimensió educativa dels programes de salut

Segons Rochón (1991), les bases teòriques de l'Educació per a la Salut (EPS) es fonamenten en quatre preguntes essencials que guien aquesta disciplina: Quines modificacions en el comportament milloren la salut? Com es produeixen aquests canvis? Com es pot facilitar l'aprenentatge? I com es pot comunicar aquesta informació a la població? Aquestes preguntes estructuren l'EPS i permeten

respondre als desafiaments educatius i de salut de manera integral i efectiva. En aquesta línia, l'EPS es defineix com una disciplina interdisciplinària[347] que aprofita aportacions de diverses àrees del coneixement tant en el marc teòric com en l'aplicació pràctica, amb la finalitat d'aconseguir els seus objectius.

Cadascuna de les preguntes fonamentals es vincula amb diferents disciplines:

- Quines conductes milloren la salut?: Aquesta pregunta recorre a les ciències de la salut, abordant àrees com la promoció de la salut, la prevenció de malalties i el tractament d'afeccions.
- Com es produeixen els canvis en el comportament?: Es relaciona amb les ciències del comportament, incloent-hi la psicologia, sociologia i antropologia, que expliquen els mecanismes d'adaptació i canvi de conductes.
- Com es facilita l'aprenentatge?: Vinculada amb les ciències de l'educació, aquesta pregunta involucra camps com la pedagogia i l'educació social, que guien els processos d'ensenyament-aprenentatge.
- Com es comunica la informació?: Relacionada amb les ciències de la comunicació, analitza com transmetre missatges de manera efectiva per a influir en la comprensió i acció de les persones.

Els cinc pilars de l'aprenentatge proposats per la UNESCO destaquen com es promou el desenvolupament integral de les persones mitjançant valors, normes i actituds[155, 344, 347]. En el context de l'EPS, aquests pilars reforcen la formació de ciutadans conscients de la seua salut i la de la seua comunitat:

- **Aprendre a conèixer:** Desenvolupa la capacitat intel·lectual i el pensament crític, proporcionant coneixements bàsics sobre salut i factors que l'afecten.
- **Aprendre a fer:** Fomenta habilitats pràctiques necessàries per a aplicar accions saludables en el dia a dia, des d'hàbits d'higiene fins a estratègies per a afrontar riscos.
- **Aprendre a ser:** Promou valors i actituds que contribueixen al creixement personal, l'ètica i la responsabilitat individual cap a la cura de la salut.
- **Aprendre a viure junts:** Desenvolupa competències socials per a convida-hi harmònicament, col·laborant en la promoció i protecció de la salut comunitària.
- **Aprendre a aprendre:** Facilita l'adaptació a nous coneixements, impulsant l'aprenentatge continu sobre salut i benestar en un món en constant canvi.

Aquests pilars s'interrelacionen i enforteixen tant el desenvolupament individual com el col·lectiu, amb un enfocament final de "servir a tothom" mitjançant la millora de la qualitat de vida i la convivència.

Planificació curricular en l'educació per a la salut

La planificació curricular en l'EPS és el procés d'estructurar i organitzar l'aprenentatge per a aconseguir objectius educatius específics de manera eficient. Aquest procés no sols guia les accions pedagògiques, sinó que assegura la coherència entre els objectius, continguts, metodologies i avaluacions, orientant cada element cap a la formació de ciutadans crítics, responsables i capacitats.

Els components clau de la planificació curricular són:

- Objectius educatius: Representen el punt de partida i responen a la pregunta "què volem aconseguir?". Definició: Metes d'aprenentatge generals (a llarg termini) i específiques (concretes i mesurables). Un exemple diria: "L'estudiant serà capaç d'identificar factors de risc per a malalties cardiovasculars i dissenyar estratègies per a prevenir-les."
- Continguts educatius: Responen a "què ensenyar?", i abasten coneixements, habilitats i valors. S'han de seleccionar continguts rellevants i adequats al nivell del grup. I poden incloure conceptes (saber), procediments (saber fer) i actituds (saber ser).
- Seqüenciació: Organitzats del simple al complex, facilitant la progressió de l'aprenentatge.
- Metodologia d'ensenyament: Aborda com ensenyar, mitjançant estratègies i recursos.
- Enfocaments: Poden ser tradicionals o actius, com l'aprenentatge basat en projectes o col·laboratiu.
- Recursos: Ús de materials digitals i impresos adaptats a les necessitats dels estudiants.
- Temporalització: Respon a "quan ensenyar?" i estableix el temps necessari per a cada contingut o activitat.
- Planificació: Dividir el currículum en unitats didàctiques o blocs.
- Balanç: Assegurar temps suficient per a cobrir temes i reforçar aprenentatges.
- Activitats d'aprenentatge: Dissenyades per a respondre a com ensenyar, connecten els continguts amb els objectius. Poden ser exploratòries (activen coneixements previs), pràctiques (apliquen l'après) i reflexives (consoliden aprenentatges). Exemple: realització d'un taller sobre alimentació saludable en el context familiar.
- Avaluació: Respon a "què, com i quan avaluar?" i assegura que els objectius s'aconsegueixen. Pot ser inicial (diagnòstica), formativa (procés) i sumativa (resultats). S'utilitzen diferents instruments, com rúbriques, proves, observacions i portafolis.
- Selecció i seqüenciació: Asseguren que les activitats i continguts triats siguin pertinents i estiguin organitzats de manera lògica per a maximitzar l'impacte.

Un currículum d'EPS ha de ser un tot coherent on els objectius guien els continguts, les activitats i les avaluacions, mentre que la metodologia i la temporalització assegurin l'eficiència del procés. A més, és essencial que la planificació contemple tant el nivell macro (plans i programes) com el micro (projectes específics) i s'ajuste a les necessitats particulars de cada context.

En definitiva, l'educació per a la salut, a través d'una planificació curricular sòlida i una base interdisciplinària, constitueix una eina essencial per a formar individus capaços de cuidar del seu benestar i contribuir activament al desenvolupament de comunitats més saludables.

Funcions del currículum

El currículum no es limita a estructurar el procés d'ensenyament-aprenentatge; també exerceix funcions essencials que orienten la labor pedagògica i assegurin que els objectius educatius s'aconsegueixen de manera efectiva. Les seues principals funcions inclouen:

- Explicitar les intencions educatives: Proporciona claredat sobre els objectius, metes i propòsits que es pretenen aconseguir en el procés educatiu. Això ajuda a definir què es desitja aconseguir amb els estudiants i estableix un marc de referència per a avaluar-ne el progrés.

- Orientar la pràctica pedagògica: Actua com una guia per als docents i garanteix la coherència i consistència en les estratègies, continguts i mètodes d'ensenyament.

Perquè aquestes funcions siguin rellevants i efectives, la selecció dels continguts s'ha de basar en quatre fonts principals que determinen tot currículum, particularment en el context de l'educació per a la salut (EPS):

1. Font epistemològica. Es fonamenta en l'estructura interna de la disciplina, és a dir, en els coneixements científics, la seua història, estat actual i tendències futures. En l'EPS, aquesta font cobra especial rellevància a causa de l'evolució dels conceptes de salut al llarg del temps. Cada nou enfocament sobre la salut aporta matisos importants, que reflecteixen el nivell de comprensió de la societat en diferents moments històrics. Així, s'ha de donar resposta a una sèrie de preguntes clau com ara: Quins són els coneixements científics actuals sobre la salut? Com han evolucionat històricament? Quins mètodes empren els investigadors en l'àrea de la salut?. Així, per exemple, en l'EPS: analitzar com el concepte de "salut positiva" ha influït en les estratègies actuals de promoció del benestar i prevenció de malalties.

2. Font sociològica. Es basa en les necessitats socials emergents i les demandes específiques de la població. Aquestes necessitats reflecteixen canvis en els estils de vida, reptes com l'envelliment de la població, l'alimentació poc saludable, la falta d'activitat física o problemes relacionats amb l'augment de la desocupació i els moviments migratoris. Aquesta font permet que el currículum responga de manera dinàmica als problemes actuals i fomenti en els ciutadans la capacitat d'intervenir-hi mitjançant actituds proactives i el desenvolupament d'habilitats pràctiques. Les preguntes clau a respondre són: Per què certs temes de salut són rellevants en la societat actual? Quins coneixements bàsics ha de tenir un ciutadà per a enfrontar-se als reptes de salut contemporanis?

Com es poden dissenyar estratègies efectives per a abordar aquests problemes? Per exemple, en l'EPS podria ser incorporar contingut que promogui hàbits saludables en alimentació i exercici físic, o que fomenti el maneig de l'estrès per a contrarestar malalties derivades de l'estil de vida actual.

3. Font psicològica. Explora els processos de desenvolupament intel·lectual, social i psicomotor dels individus, així com els mecanismes d'aprenentatge. En l'EPS, aquesta font és essencial per a comprendre com les persones adquireixen, retenen i apliquen informació relacionada amb la seua salut. A més, permet dissenyar programes adaptats a les diferents etapes de desenvolupament i nivells de maduresa intel·lectual. Les qüestions per a respondre serien, entre altres: Quin és el nivell de desenvolupament cognitiu, emocional i social del públic objectiu? Quins interessos i valors posseeixen? Quins estils de vida i comportaments hi predominen? Un exemple en l'EPS seria dissenyar activitats basades en la psicologia social per a promoure canvis de comportament, com deixar de fumar o millorar la gestió del temps en pro de la salut mental.

4. Font pedagògica. Se centra en l'experiència i pràctica docent, usant les investigacions psicopedagògiques per a dissenyar estratègies efectives d'ensenyament-aprenentatge. Aquest enfocament considera la metodologia i les activitats més adequades per a facilitar la comprensió, la interiorització de valors i l'adquisició d'habilitats. S'indagaria en: De quina manera es poden ensenyar i interioritzar conceptes i valors relacionats amb la salut? Com es fomenta la capacitat d'elecció responsable i crítica en els estudiants? Quins problemes o situacions s'han de presentar per a promoure un aprenentatge significatiu? I en l'EPS podria ser utilitzar estudis de cas sobre problemes de salut pública per a desenvolupar la capacitat crítica i la presa de decisions fonamentades.

La interacció d'aquestes quatre fonts permet construir un currículum coherent i adaptat a les necessitats actuals. Per exemple, un programa d'EPS pot incloure:

- Des de la font epistemològica: Informació actualitzada sobre malalties prevenibles mitjançant estils de vida saludables.
- Des de la font sociològica: Continguts que responguen a problemes comunitaris, com l'obesitat o el sedentarisme.

- Des de la font psicològica: Mètodes per a abordar les barreres psicològiques al canvi d'hàbits.
- Des de la font pedagògica: Estratègies pràctiques, com tallers interactius o simulacions, per a reforçar l'aprenentatge.

En síntesi, el currículum en EPS ha de ser un instrument dinàmic que no sols transmeti coneixements, sinó que també fomenti actituds i habilitats per a millorar el benestar personal i col·lectiu, adaptant-se als reptes d'una societat en constant transformació.

Models per a l'elaboració de programes i activitats d'intervenció

Els models d'intervenció són eines clau dissenyades per a facilitar l'aplicació pràctica dels coneixements existents i servir com a guia en la planificació i execució de programes educatius i activitats orientades al canvi de conducta. A continuació es presenten tres models destacats en aquest àmbit:

1. Model PRECEDE-PROCEED[247, 252, 253, 344, 347]

El Model PRECEDE-PROCEED, desenvolupat inicialment per Green en 1980, és un dels més reconeguts i àmpliament utilitzats. El nom deriva d'un enfocament en dues fases: PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation*) i PROCEED (*Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*).

El diagnòstic educatiu i conductual ha de precedir a la planificació de la intervenció, i a més ha de reconèixer la influència de factors socials i ambientals en la salut. Es distingeixen diferents fases:

- Diagnòstic de la situació: Avaluació epidemiològica i social per a identificar les necessitats de salut i problemes prioritaris.
- Diagnòstic del comportament: Identificació de les causes que subjauen als problemes de salut.
- Diagnòstic educacional: Identificació de tres tipus de factors clau:
 - o Factors predisposants: Interns a la persona, com coneixements, actituds, creences, percepcions i característiques sociodemogràfiques que motiven la conducta.
 - o Factors facilitadors: Elements externs que permeten o restringeixen la conducta, com recursos disponibles, accessibilitat o legislació.
 - o Factors reforçants: Factors posteriors a la conducta, com el suport de l'entorn social (família, companys, personal de salut).
- Diagnòstic administratiu: Anàlisi dels recursos necessaris, formació dels educadors, disseny de mètodes d'intervenció i planificació de l'avaluació del programa.
- Programació: Disseny de la intervenció educativa sobre la base dels diagnòstics realitzats.
- Implementació: Execució de les accions educatives planejades.
- Avaluació: Anàlisi de resultats, impacte i efectivitat del programa implementat.

La fase PROCEED és fonamental perquè aquesta etapa reconeix la influència dels factors socials, polítics i ambientals en la salut, i integra aquests determinants en el disseny d'intervencions més holístiques i efectives. Així, per exemple, respecte a la hipertensió arterial, podríem dissenyar una intervenció adequada.

1. Diagnòstic de la situació:

- Epidemiològic: Identificació de valors de pressió arterial elevats, antecedents d'hipertensió en la família i prevalença en la població atesa.

Manual de l'assignatura

- Social: Avaluació dels determinants socials del pacient, com nivell socioeconòmic, accés a serveis de salut i nivell educatiu.

2. Diagnòstic del comportament:

- Identificar els hàbits de vida que contribueixen a la hipertensió, com el consum excessiu de sal, sedentarisme, tabaquisme i estrès crònic.

3. Diagnòstic educacional:

Identificació dels factors que influeixen en la conducta del pacient:

Factors predisposants:

- Interns:
 - Falta de coneixements sobre la hipertensió i el seu maneig.
 - Creences errònies, com pensar que només han de prendre medicació quan se senten malament.
 - Actituds negatives cap al canvi d'hàbits, com la percepció que "és massa tard" per a modificar l'estil de vida.

Factors facilitadors:

- Externs:
 - Accés limitat a aliments saludables (fruites i vegetals).
 - Dificultat per a participar en programes d'activitat física per falta d'infraestructura en la comunitat o per limitacions econòmiques.
 - Falta de temps per a assistir a controls mèdics regulars.

Factors reforçants:

- Conseqüències socials:
 - Actituds de suport o desmotivació de la família per a seguir una dieta baixa en sal o realitzar activitat física conjunta.
 - Influència positiva del personal de salut mitjançant el reforç constant del progrés del pacient.

4. Diagnòstic administratiu:

- Avaluar els recursos necessaris per a la intervenció:
 - Disponibilitat de programes comunitaris per al maneig de la hipertensió.
 - Capacitació del personal d'infermeria en tècniques d'educació per a la salut.
 - Disseny de materials educatius (fullets, guies) que siguin accessibles i comprensibles per al pacient.

5. Programació de la intervenció educativa:

Dissenyar activitats centrades en:

- Tallers sobre l'impacte de la hipertensió i com prevenir complicacions (infarts i accidents cerebrovasculars).
- Sessions grupals de planificació de dietes baixes en sodi.
- Activitats pràctiques, com caminades comunitàries o classes de relaxació per al maneig de l'estrès.

6. Implementació:

- Realitzar una intervenció personalitzada:
 - Ensenyar el pacient com llegir etiquetes nutricionals per a identificar aliments alts en sodi.
 - Crear un pla conjunt per a incorporar activitat física en la rutina diària.
 - Assegurar un seguiment periòdic per a avaluar avenços i ajustar l'estratègia segons els resultats.

7. Avaluació:

- Procés: Monitorar l'assistència a les sessions i el compliment del pla d'intervenció.
- Impacte: Reduir els nivells de pressió arterial en el pacient.
- Resultat: Avaluar canvis sostenibles en l'estil de vida, com una dieta saludable i la incorporació d'activitat física regular.

Si ho adaptarem a una intervenció individual per a una pacient amb hipertensió arterial:

- Factors predisposants: La pacient té un baix nivell de coneixement sobre els riscos de la hipertensió. Creu que la medicació és suficient per a controlar-la, sense necessitat de modificar l'estil de vida.
- Factors facilitadors: Encara que té accés a atenció mèdica, la seua comunitat manca d'opcions accessibles d'aliments frescos i saludables. A més, el seu horari laboral dificulta la pràctica d'activitat física regular.
- Factors reforçants: La seua família, en no estar informada, continua cuinant amb alts nivells de sal, però estan disposats a col·laborar si se'ls educa adequadament.

Intervenció proposada:

El personal d'infermeria dissenya un programa educatiu que inclou:

- Un taller familiar sobre hàbits alimentosos saludables, explicant alternatives a l'ús de sal.
- Una llista de mercats locals amb opcions econòmiques per a fruites i vegetals.
- Recomanacions d'exercicis simples i realitzables a casa.

Avaluació:

Després de 3 mesos, s'avalua si la pacient ha reduït els nivells de pressió arterial i si la família ha implementat canvis en la dieta, fets que demostren millores en el coneixement i la pràctica.

2. Model de l'andragogia de Knowles

L'andragogia, definida com l'art i la ciència d'ensenyar als adults a aprendre, té els fonaments en la teoria de Malcolm Knowles[247, 253, 344]. Aquest model se centra en les característiques específiques de l'aprenentatge en adults, els quals posseeixen experiències prèvies i motivacions distintes a les dels infants. El model de l'andragogia de Knowles parteix de la idea que els adults aprenen de manera diferent dels infants, a causa de les experiències prèvies, l'autonomia i la necessitat d'aprendre de manera pràctica i orientada a resoldre problemes reals. Malcolm Knowles va desenvolupar aquest model en la dècada de 1970 i va proposar un enfocament educatiu centrat en les particularitats de l'aprenentatge adult, al qual va anomenar andragogia, diferenciant-lo de la pedagogia, que s'enfoca en l'aprenentatge infantil.

Knowles va identificar diversos principis fonamentals per a l'aprenentatge d'adults, basats en característiques psicològiques, socials i cognitives d'aquesta etapa de la vida. El model parteix de la premissa que els adults són autodirigits, és a dir, assumeixen responsabilitat pel seu aprenentatge i participen activament en el seu procés formatiu. A més, emfatitza que l'aprenentatge és més efectiu quan està relacionat amb les experiències prèvies dels adults, ja que aquestes actuen com un recurs clau per a construir nous coneixements.

Un altre principi central és que els adults tendeixen a estar motivats a aprendre quan ho consideren rellevant per a resoldre problemes específics o millorar aspectes de la seua vida personal o professional. A diferència dels infants, que moltes vegades aprenen de forma més abstracta, els adults requereixen una aplicació immediata del que aprenen. Així mateix, el model reconeix que els adults necessiten un entorn educatiu que fomenti el respecte mutu, l'horitzontalitat en la relació entre educadors i aprenents i la flexibilitat en els mètodes i continguts.

Finalment, Knowles va subratllar la importància de diagnosticar les necessitats d'aprenentatge dels adults, formulant objectius clars i planificant activitats educatives que responguen a aquestes necessitats. El model també destaca l'avaluació contínua, que permet reajustar els objectius i les estratègies i assegurar que l'aprenentatge siga útil i significatiu.

Els principis clau del model són:

- Clima d'aprenentatge: Crear un entorn que estimule la participació activa, l'horitzontalitat i la flexibilitat.
- Diagnòstic de necessitats: Identificar les àrees d'aprenentatge que els adults consideren rellevants.
- Planificació participativa: Dissenyar objectius i activitats educatives de manera col·laborativa.
- Formulació d'objectius: Establir metes clares i adaptades al context de l'aprenent.
- Implementació: Realització d'activitats educatives adaptades a les característiques dels participants.
- Rediagnòstic i avaluació: Avaluar el progrés i ajustar les intervencions d'acord amb noves necessitats.

El model és especialment útil en programes d'educació per a la salut, en què es busca fomentar l'autonomia i l'autoeficàcia en adults per a millorar-ne el benestar.

3. Model de Freire: Programa de conscienciació

Basat en la pedagogia crítica de Paulo Freire, aquest model té com a objectiu principal l'alliberament de l'individu a través de la presa de consciència social i política. Així, s'han de definir els "cercles de cultura", que són espais de diàleg horitzontal en què els participants comparteixen sabers, exploren les seues experiències i analitzen críticament les estructures socials que generen desigualtat. Les etapes del model són:

- Presa de consciència subjectiva: Reconeixement personal de les condicions que afecten la seua vida.
- Consciència objectiva: Anàlisi de les contradiccions sociopolítiques que originen problemes estructurals.
- Consciència de base: Construcció d'una percepció col·lectiva dels problemes, que promou la solidaritat.
- Consciència política: Planificació d'accions col·lectives per a generar canvis en les estructures sociopolítiques.
- Consciència alliberada: Transformació personal i social que permet actuar amb una nova mentalitat.

Aquest model fomenta la col·laboració entre professionals de la salut i les comunitats, i empodera les persones perquè assumisquen un rol actiu en la cura de la seua salut i en la transformació del seu entorn. Així, aquest model promou l'empoderament i la capacitat crítica dels individus per a actuar sobre les condicions que afecten la seua qualitat de vida.

Aquests tres models ofereixen enfocaments complementaris per al disseny i l'execució de programes d'intervenció en salut. Mentre que el model PRECEDE-PROCEED proporciona un marc estructurat basat en diagnòstics, l'andragogia de Knowles posa èmfasi en les característiques de l'aprenentatge en adults, i el model de Freire destaca la importància de l'empoderament i el canvi social. Integrar-los pot generar programes més efectius, personalitzats i transformadors.

Taula 21. Comparació models per al disseny i execució de programes d'intervenció en salut

ASPECTE	MODEL PRECEDE-PROCEED	MODEL D'ANDRAGOGIA DE KNOWLES	MODEL DE FREIRE: PROGRAMA DE CONSCIENCIACIÓ
ENFOCAMENT PRINCIPAL	Diagnòstic i planificació sistemàtica per a promoure la salut mitjançant intervencions específiques.	Ensenyament i aprenentatge enfocats en adults. Basat en l'autonomia i experiències prèvies.	Transformació sociopolítica mitjançant la presa de consciència crítica i l'empoderament.
PROPÒSIT	Identificar i modificar factors predisposants, facilitadors i reforçants per a millorar la salut.	Ajudar els adults a aprendre de manera efectiva i significativa, partint de les seues necessitats.	Promoure un canvi social i personal a través del diàleg i la conscienciació crítica.

Manual de l'assignatura

POBLACIÓ OBJECTIU	Individus o comunitats amb problemàtiques de salut específiques.	Adults en processos d'aprenentatge.	Comunitats o grups en situacions d'opressió o desigualtat social.
FASES PRINCIPALS	1. Diagnòstic situacional (epidemiològic, social). 2. Diagnòstic conductual. 3. Diagnòstic educacional (factors predisposants, facilitadors i reforçants). 4. Diagnòstic administratiu. 5. Programació. 6. Implementació. 7. Avaluació.	1. Establir un clima d'aprenentatge positiu. 2. Planificació participativa. 3. Diagnòstic de necessitats d'aprenentatge. 4. Establiment d'objectius. 5. Implementació d'activitats. 6. Avaluació i rediagnòstic.	1. Presa de consciència subjectiva. 2. Anàlisi de problemes (contradiccions sociopolítiques). 3. Construcció de consciència col·lectiva. 4. Consciència política (acció organitzada). 5. Transformació personal i social.
PRINCIPALS EINES	Diagnòstics educatius i administratius. Estratègies d'intervenció educativa.	Participació activa. Horitzontalitat en l'ensenyament. Flexibilitat en la planificació.	Diàleg crític. Cercles de cultura. Reflexió col·lectiva.
ROL DE L'EDUCADOR	Agent que identifica problemes i facilita la modificació de comportaments.	Facilitador i guia que fomenta l'autonomia de l'adult en l'aprenentatge.	Facilitador de diàleg, acompanya el procés de conscienciació i empoderament.
EXEMPLE D'APLICACIÓ	Disseny de programes d'intervenció per a hipertensió, obesitat o prevenció de malalties.	Cursos de formació per a adults en habilitats laborals o educatives.	Programes comunitaris per a combatre desigualtats socials o millorar condicions de vida.

Capítol 30: Anàlisi de la situació i delimitació del problema

Anàlisi de la situació i marc de decisions

Les etapes fonamentals en la programació educativa, tant en l'àmbit de l'educació com de la salut pública, són les següents[345-347]:

1. Anàlisi de les necessitats educatives: Implica la identificació de les necessitats reals de la població objectiu, considerant els problemes de salut predominants i els determinants socials, econòmics i culturals que influeixen en el seu benestar.
2. Definició d'objectius i continguts: Estableix metes clares i assolibles relacionades amb l'educació per a la salut, seleccionant els continguts pertinents per a la població a la qual es dirigeix el programa.
3. Metodologia: Es refereix al disseny de les estratègies i mètodes d'ensenyament-aprenentatge més adequats per a aconseguir els objectius del programa.
4. Avaluació: És l'etapa en la qual es mesura l'impacte i l'efectivitat de les intervencions, assegurant que s'han aconseguit els objectius proposats i ajustant les accions si és necessari.

En aquesta fase inicial, s'elabora un diagnòstic detallat que permeti comprendre les necessitats de salut de la població a la qual es dirigeix el programa. Aquesta anàlisi inclou la identificació dels problemes de salut, la valoració de les possibilitats d'intervenció i l'establiment de prioritats. La informació recopilada és fonamental per a desenvolupar un enfocament estratègic adequat. Aquesta anàlisi es duu a terme en dues fases principals:

Fase I: Anàlisi de la situació

En aquesta fase és fonamental reunir informació rellevant que ens permeti conèixer les característiques de la població objectiu i els problemes de salut prevalents. La identificació de necessitats implica:

1. Identificar les necessitats de salut de la població: Per a això, és fonamental obtenir dades de població, com censos, piràmides de població i dades socioeconòmiques.
2. Valorar les possibilitats d'intervenció: Analitzar els recursos disponibles per a dur a terme una intervenció, així com les barreres i facilitadors que poden influir en l'èxit del programa.
3. Establir prioritats: Pel fet que les necessitats de salut solen ser moltes, és necessari fer una priorització.

Fase II: Seguidament, en aquesta fase cal:

- 1) Reunir informació i comprendre els problemes de salut.
- 2) Prioritzar les necessitats o problemes.
- 3) Definir el problema.

Reunir informació

En aquesta fase, es recullen dades sobre els problemes de salut utilitzant diverses fonts:

Manual de l'assignatura

1. Dades de salut: Inclouen indicadors com taxes de morbiditat, mortalitat, prevalença i incidència de malalties, i recursos sanitaris disponibles (hospitals, centres de salut, farmàcies).
2. Dades socioeconòmiques i demogràfiques: Informació sobre característiques sociodemogràfiques de la població, com edat, gènere, nivell educatiu o situació econòmica, entre altres.
3. Hàbits i condicions de l'entorn: S'analitzen factors com els hàbits alimentaris, el consum de tabac i alcohol i les condicions ambientals (aigua potable, qualitat de l'aire, etc.).
4. Estudi bibliogràfic: Revisió d'investigacions prèvies i literatura científica rellevant sobre els problemes de salut identificats.

Hi ha tres mètodes principals per a recopilar informació rellevant:

1. Observació directa: Implica l'observació i escolta activa de la població per a identificar patrons i comportaments rellevants.
2. Entrevistes: A través de converses directes amb individus o grups, es poden obtenir percepcions sobre el problema de salut i les possibles solucions.
3. Consulta de registres i documents: Examinar fonts escrites, com informes previs, enquestes o estudis sobre la comunitat.

Una vegada identificats els problemes de salut, s'han de prioritzar segons la gravetat, l'impacte social i la disponibilitat de recursos per a abordar-los. Atès que sempre hi ha més problemes dels que es poden tractar simultàniament, és necessari centrar-se en un o uns pocs problemes clau per a maximitzar l'impacte de la intervenció.

Exemple de tècnica per a prioritzar problemes: Tècnica del grup nominal (tècnica de consens), la qual fa possible aconseguir un consens ràpid en relació amb qüestions, problemes, solucions o projectes. Permet produir i prioritzar un ampli nombre d'elements. Evita, a més, termes de «perdedors» i «guanyadors» entre els membres del grup.

Definició del problema

Una vegada s'ha analitzat i prioritzat un problema de salut, és necessari definir-lo de manera clara i precisa. El problema ha de ser abordat en tots els aspectes, sense reduir-lo únicament a la dimensió mèdica, sinó considerant-ne també els factors socials, culturals, educatius i comunitaris.

En definir el problema de salut, s'han d'identificar els factors de risc involucrats. Aquests són els elements que augmenten la probabilitat que es presente el problema de salut. Els factors de risc poden ser directes (com el consum de tabac) o indirectes (com la falta d'accés a atenció mèdica o informació adequada).

A més, és important identificar la població diana (és a dir, el grup al qual es dirigirà la intervenció). La població diana pot estar determinada per la naturalesa del problema, però sempre ha de ser clarament definida per a aconseguir una intervenció efectiva.

Exemple: Malalties cardiovasculars. Les malalties cardiovasculars són trastorns que afecten el cor o els vasos sanguinis, i generalment estan associades amb l'ateroesclerosi, una condició per la qual les artèries s'obstrueixen per acumulació de greix i colesterol. Això pot provocar problemes greus, com atacs cardíacs o accidents cerebrovasculars. Els factors de risc més comuns són el consum de tabac, la hipertensió arterial, els nivells elevats de colesterol, una dieta poc saludable, la falta d'activitat

física i l'obesitat. La prevenció d'aquestes malalties es basa a evitar aquests factors de risc a través de l'educació per a la salut.

És fonamental definir el problema íntegrament, tenint en compte tots els factors que contribueixen que aparega, i establir intervencions que aborden tant les causes directes com les indirectes.

- Revisió de bibliografia: És necessari consultar estudis previs sobre el problema de salut per a comprendre'n millor l'abast i les intervencions que han tingut èxit en el passat.
- Descripció de la població diana: S'han d'especificar les característiques sociodemogràfiques de la població sobre la qual es desitja intervenir (edat, gènere, nivell socioeconòmic, etc.).
- Exploració del problema: És important investigar aspectes com les actituds, creences, coneixements i normes culturals de la població respecte al problema de salut.

En definir el problema de salut s'han d'identificar els factors de risc involucrats, que són els elements que augmenten la probabilitat que es presente el problema de salut. Els factors de risc poden ser directes (com el consum de tabac) o indirectes (com la falta d'accés a atenció mèdica o informació adequada). Així per exemple, respecte als factors de risc, podem trobar:

- Càries dental: Mala higiene bucal, dieta rica en sucre, falta d'accés a serveis dentals.
- Malalties cardiovasculars: Consum de tabac, hipertensió, dieta no saludable, obesitat.
- Accidents laborals: Falta d'equip de protecció, condicions laborals insegures.
- Accidents de trànsit: Conducció temerària, falta d'educació viària, ús excessiu de l'alcohol.

Definició d'objectius

La formulació d'objectius constitueix un pilar essencial en la planificació de qualsevol programa de salut. Aquest procés té com a propòsit establir amb claredat què s'espera aconseguir mitjançant la intervenció, i proporciona una base sòlida per a l'avaluació posterior de resultats. En dissenyar un programa educatiu en salut, és crucial que els objectius siguin específics, clars i assolibles, ja que no sols defineixen els resultats esperats, sinó que també orienten i estructuren les activitats a realitzar.

Així mateix, és fonamental elaborar un cronograma que especifique el temps necessari per a aconseguir aquests objectius i avaluar l'impacte generat. Aquest cronograma facilita l'organització i assegura que els recursos es distribuïsqen de manera eficient, cosa que optimitza les possibilitats d'èxit del programa.

Definició i exemple d'un objectiu de salut

Un objectiu de salut descriu el canvi esperat en el problema que motiva la intervenció. Per exemple, reduir en un 25% la probabilitat de morir a causa de malalties cròniques principals (cardiovasculars, tumors, diabetis i malalties respiratòries cròniques) en la població de 30 a 70 anys a la Comunitat Valenciana per a l'any 2025, en comparació amb les dades de 2010.

Per a formular un objectiu clar, és necessari identificar els següents elements:

- Espai: l'àrea o regió on s'implementarà el programa.
- Població objectiu: les persones a les quals va dirigida la intervenció.
- Duració temporal: el període necessari per a aconseguir l'objectiu.
- Quantitat esperada: la magnitud del canvi esperat.

També es poden respondre preguntes com:

- A qui es dirigeix el programa?
- Quins beneficis obtindran les persones?
- Quin serà el benefici esperat?
- Durant quant temps es durà a terme?

La formulació d'objectius ha d'estar estretament vinculada amb l'anàlisi del problema de salut identificat, seguint aquesta estructura:

- Objectiu de salut o meta: Es relaciona directament amb el problema de salut.
- Objectiu general: Aborda un factor de risc vinculat al problema.
- Objectius específics: Tracten factors contribuents o accions concretes per a mitigar el problema.

L'estructuració dels objectius pot organitzar-se en tres nivells:

Objectiu de salut: Reduir l'obesitat en un X% en la població infantil de Paiporta en un any.

Objectiu general: Augmentar en un 40% la proporció d'infants a Educació Infantil que consumeixen una dieta sana i equilibrada.

Objectius específics o educatius:

- Reconèixer els aliments saludables enfront dels alts en greixos.
- Elaborar receptes senzilles i saludables.
- Promoure el rebuig al consum excessiu de llepolies.

L'objectiu de salut i l'objectiu general sorgeixen com a resultat de l'anàlisi del problema i la justificació del programa, estan orientats cap a la solució o mitigació del problema identificat i prenen com a referència indicadors de salut específics relacionats amb el problema.

És habitual que el nombre d'objectius generals siga reduït, i que en molts casos només es limite a un. A l'hora de formular-se, han d'incloure els següents elements:

- Naturalesa de la situació desitjada: Resultats concrets que s'esperen aconseguir.
- Criteris d'èxit o fracàs: Indicadors que permeten mesurar l'assoliment de l'objectiu.
- Cronologia: El moment en què l'objectiu ha de ser complit.
- Població de referència: El grup al qual va dirigida la intervenció.
- Àmbit d'aplicació: El lloc i la zona geogràfica on es desenvoluparà el programa.

La formulació adequada dels objectius assegura que els esforços estiguen alineats amb les necessitats detectades, la qual cosa facilita una intervenció eficaç i mesurable. Així, els objectius es caracteritzen per ser:

- Pertinents: Relacionats directament amb el problema de salut.
- Mesurables: Se'n pot avaluar el grau d'èxit o fracàs.
- Precisos: Enfocats en un aspecte concret.

- Comprensibles: Clars i fàcils d'interpretar.
- Factibles: Assolibles dins del temps i recursos disponibles.

Els objectius educatius són fonamentals per a aconseguir canvis en les actituds, coneixements i habilitats de la població diana. Es refereixen a aprenentatges de l'educand, estan definits de manera concreta i són avaluables, quantitativament o qualitativa. És necessari atendre a tots els àmbits d'aprenentatge, i es formulen en forma d'objectius o de continguts. Aquests objectius han d'abordar les tres àrees principals de l'aprenentatge.

- Àrea cognitiva: Aprenentatge de conceptes, fets i principis.
- Àrea emocional: Desenvolupament d'actituds, valors i normes.
- Àrea procedimental: Adquisició d'habilitats i competències.

Mètodes educatius i estratègies

Per a aconseguir els objectius, és necessari triar les estratègies i mètodes adequats.

ESTRATÈGIES:

Procediment general metodològic que pot comprendre diverses activitats d'aprenentatge, ús específic de mitjans massius o altres mitjans per a la difusió de la informació o per a dur a terme la intervenció.

En la selecció de l'estratègia influeixen:

- Orientació conceptual dels professionals. Quant a l'enfocament de l'EPS, la importància que donen a la implicació dels usuaris.
- Naturalesa i abast dels recursos disponibles. Tenir a disposició els mitjans de comunicació de masses o no (ràdio, TV, premsa) determina que l'estratègia pugui estar més centrada en el treball comunitari o individual.
- Grup de població al qual va dirigit. També determina l'estratègia més adequada.
- Nivell d'estructuració social de la zona. És de primordial importància per a definir l'estratègia. En zones amb alt nivell d'estructuració es podria centrar la intervenció en les organitzacions o líders socials (associacions de veïns, de mestresses de casa, etc.).
- Tipus de problema. Els problemes o necessitats de salut pública (p.ex., càncer) requereixen estratègies orientades a la implicació de tots els individus de la comunitat. En problemes de salut més específics, es poden usar estratègies de caràcter individual o grupal.
- Característiques culturals i socioeconòmiques. Hi ha experiències que posen de manifest que estratègies d'intervenció vàlides per a la població general no tenen cap impacte en grups específics (població marginal, població rural, urbana, etc.).

Com realitzar les estratègies?

La millor manera d'abordar el problema és a través de:

- Mètodes educatius més adequats.
- Activitats.
- Recursos.

Mètodes Educatius:

Els mètodes educatius són les estratègies que s'usen per a transmetre coneixements, actituds i habilitats als individus o comunitats. En l'àmbit de l'educació per a la salut, aquests mètodes es divideixen en directes i indirectes, i han de ser elegits segons les característiques de la població, el tipus de problema de salut i els recursos disponibles.

Mètodes directes

Els mètodes directes impliquen una interacció cara a cara entre l'educador en salut i els destinataris. Aquests mètodes són especialment eficaços per a fomentar un aprenentatge actiu i personalitzat. Els mètodes directes inclouen:

1. Xarrada o conferència: Una exposició verbal sobre un tema específic, en la qual l'educador transmet informació rellevant. És útil per a audiències grans, però ha de ser complementada amb altres mètodes interactius per a assegurar la comprensió i l'aprenentatge.
2. Entrevista: Permet una conversa individualitzada, en què l'educador pot avaluar les necessitats, actituds i comportaments de la persona i proporcionar informació adaptada.
3. Classes magistrals: Enfocament tradicional en el qual s'imparteix contingut a un grup mitjançant una exposició estructurada, amb major espai per a preguntes i respostes.
4. Dinàmiques de grup: Activitats grupals interactives que fomenten la participació i l'intercanvi d'experiències. Són útils per a la reflexió col·lectiva i la construcció conjunta de coneixements.
5. Assessorament o consell: Un enfocament personalitzat en què l'educador en salut ofereix orientació específica sobre com canviar comportaments o prendre decisions saludables, basat en les necessitats individuals.

Característiques dels mètodes directes:

- Interactivitat: Faciliten la participació activa dels destinataris.
- Personalització: S'adapten al nivell de coneixement i context del públic.
- Immediatesa: Permeten aclarir dubtes de manera instantània.
- *Feedback* directe: Ofereixen retroalimentació immediata, la qual cosa permet ajustar els missatges segons les respostes i necessitats dels participants.

Mètodes indirectes

Els mètodes indirectes no requereixen una interacció directa entre l'educador i els destinataris, però són igualment efectius per a la difusió d'informació a gran escala. Alguns exemples de mètodes indirectes són:

1. Material imprès: Fullets, cartells i altres materials gràfics que contenen informació clau sobre un tema de salut. Són útils per a arribar a grans audiències.
2. Mitjans de comunicació: Ús de la ràdio, televisió, internet i altres mitjans massius per a difondre missatges de salut. Les campanyes mediàtiques poden arribar a un públic ampli i divers.
3. Vídeos i multimèdia: Vídeos educatius, documentals o presentacions en línia, que permeten transmetre informació visual i auditiva facilitant la comprensió de conceptes complexos.

4. Xarxes socials i plataformes digitals: A través de publicacions, blogs, i vídeos, es poden aconseguir audiències joves i tecnològicament connectades, així com promoure la interacció i l'intercanvi d'idees.

Característiques dels mètodes indirectes:

- Abast ampli: Permeten arribar a un públic massiu sense la necessitat d'interacció directa.
- Flexibilitat temporal: Els destinataris poden accedir a la informació en qualsevol moment i lloc.
- Rendibilitat: Sovint més econòmics que els mètodes directes, especialment quan s'utilitzen mitjans massius.
- Baixa personalització: La falta d'interacció directa limita la capacitat d'adaptar el missatge a les necessitats individuals.

Activitats

Les activitats representen el conjunt de tasques específiques dissenyades per a aconseguir els objectius establits en un programa de salut. Han de ser diverses, integrades i adaptades a les necessitats de la població objectiu, i assegurar que són pertinents i efectives. A més, és essencial que cada activitat estiga clarament definida i organitzada sota criteris homogenis que faciliten que es pugui implementar i fer-ne el seguiment.

Per a garantir una planificació adequada, cada activitat ha d'incloure els elements següents:

- Número i nom de l'activitat: Una referència única per a facilitar-ne la identificació.
- Objectius: El propòsit específic que es pretén aconseguir amb l'activitat.
- Destinataris: El grup al qual va dirigida la tasca.
- Metodologia: L'enfocament o tècnica utilitzada, com qüestionaris, enquestes, xarrades o entrevistes.
- Descripció del procediment: Una explicació detallada dels passos necessaris per a dur a terme l'activitat.
- Recursos humans i materials: Les persones, eines i equips requerits.
- Lloc i duració: L'espai on es desenvoluparà i el temps estimat per a completar-la.
- Mètodes d'avaluació: Mecanismes per a mesurar l'èxit o impacte de l'activitat.

És recomanable incloure activitats de diferents naturaleses:

- Promoció: Tasques enfocades a educar i sensibilitzar la població.
- Prevenció: Accions dirigides a evitar el desenvolupament de problemes de salut.
- Assistència: Activitats que brinden suport directe o solucions immediates.

L'execució correcta de les activitats requereix identificar i garantir la disponibilitat dels recursos adequats. Aquests es divideixen en tres categories principals:

- Recursos humans. Els recursos humans són el component més important del programa. Inclouen els professionals i voluntaris que participen directament en la planificació i execució de les activitats. Una graella de responsabilitats pot ser útil per a assignar rols i garantir que

Manual de l'assignatura

cada tasca estiga coberta. Això permet identificar clarament qui estarà a càrrec de cada secció o àrea del projecte.

- Recursos materials. Inclouen eines tecnològiques, instruments educatius i altres *inputs* necessaris per a la implementació del programa. Es poden classificar en:
 - Material inventariable: Elements com a ordinadors, projectors, pel·lícules, mesuradors analítics i clínics, balances i expositors.
 - Material divers: Articles d'ús quotidià, com a paper, fullets, cartells i altres recursos educatius.
- Recursos financers. És imprescindible elaborar un pressupost detallat que estime els costos de totes les activitats i recursos requerits. Aquest ha d'incloure tant els costos directes (materials i salaris) com els indirectes (logística i transport).

Els recursos educatius tenen un paper crucial en l'efectivitat del programa, ja que:

- Maximitzen l'aprofitament dels sentits i així faciliten l'aprenentatge.
- Promouen una major retenció de la informació en la memòria.
- Permeten transmetre grans volums d'informació en menys temps.
- Incrementen la motivació i activen funcions intel·lectuals per a adquirir nous coneixements.
- Fomenten l'aprenentatge actiu, cosa que facilita l'aplicació pràctica dels coneixements.
- Contribueixen a la formació de normes de conducta i empoderen la comunitat per a ser agent del seu propi aprenentatge.

Un cronograma ben estructurat és indispensable per a organitzar i donar seguiment a les activitats. Una eina útil és el diagrama de Gantt, que permet visualitzar les activitats en un format de calendari, indicant els temps estimats per a cadascuna i les dependències entre elles. Aquest tipus de planificació és comuna en projectes educatius i d'investigació en salut, perquè assegura una implementació ordenada i eficient.

La definició correcta de les activitats, juntament amb la identificació de recursos i la planificació en un cronograma clar, garanteix que els programes de salut siguin eficaços i assolibles. Això permet no sols complir amb els objectius proposats, sinó també avaluar-ne l'impacte i ajustar estratègies segons siga necessari.

Actividad	16/07/2015	17/07/2015	18/07/2015	19/07/2015	20/07/2015	21/07/2015	22/07/2015	23/07/2015	24/07/2015	25/07/2015	26/07/2015	27/07/2015	28/07/2015	29/07/2015	30/07/2015	31/07/2015	01/08/2015	02/08/2015	03/08/2015	04/08/2015	05/08/2015	06/08/2015
Proyecto																						
Inicio																						
Actividad 1																						
Actividad 2																						
Actividad 3																						
Actividad 4																						
Actividad 5																						
Actividad 6																						
Actividad 7																						
Actividad 8																						
Actividad 9																						
Fin																						

Avaluació

L'avaluació permet mesurar l'impacte del programa i determinar si s'han aconseguit els objectius establits. S'ha de planificar què s'avaluarà, com s'avaluarà i quan es durà a terme l'avaluació.

L'avaluació és una part fonamental en la programació educativa, ja que permet mesurar l'èxit del programa i realitzar ajustos si és necessari. S'han d'establir indicadors d'èxit i utilitzar eines com enquestes, entrevistes i anàlisis de dades per a valorar l'efectivitat de les intervencions. S'ha de plantejar què, com i quan avaluar, l'elecció de les tècniques i instruments d'avaluació, així com els moments en els quals es durà a terme. Això sense oblidar que ha de constar d'una avaluació contínua (durant l'execució del programa s'ha de fer un seguiment constant per a identificar problemes i fer-hi ajustos) i una avaluació final (en finalitzar el programa, se n'avalua l'impacte global, l'eficàcia de les intervencions i si s'han aconseguit els objectius proposats).

Aquest enfocament integral i detallat per a la planificació i execució d'un programa d'educació per a la salut assegura que les intervencions siguin efectives, que arriben a la població objectiu i produïsquen els canvis esperats en la salut comunitària.

VNIVERSITAT
E VALÈNCIA



Facultat d'Infermeria i Podologia

Capítol 31: El grup com a poder educador. Tècniques de grup aplicables a l'educació per a la salut en infermeria comunitària

El grup com a poder educador

L'educació per a la salut en infermeria comunitària és un component essencial per a la promoció d'estils de vida saludables, la prevenció de malalties i la millora del benestar general de les comunitats. Dins d'aquest àmbit, els grups es consoliden com a eines poderoses per a l'educació, ja que permeten no sols la transmissió de coneixements, sinó també la construcció d'habilitats, el reforç d'actituds positives i la mobilització de recursos socials. Aquest capítol explora el rol del grup com a poder educador i les principals tècniques grupals aplicables en el context de l'educació per a la salut[247, 253].

Un grup és una unitat social composta per dues o més persones que interactuen entre si, comparteixen un objectiu comú i desenvolupen dinàmiques que influeixen en els seus membres. En l'àmbit de l'educació per a la salut, els grups funcionen com a contextos d'aprenentatge participatiu en què els individus no sols adquireixen informació, sinó que també es donen suport mútuament, comparteixen experiències i desenvolupen habilitats per a l'acció col·lectiva.

El grup té un potencial transformador per la seua capacitat per a influir en comportaments, valors i actituds. En el context de l'educació per a la salut, els grups poden:

1. Fomentar la participació activa: Els grups motiven els participants a involucrar-se en el seu aprenentatge, fet que incrementa l'interès pel contingut educatiu.
2. Generar suport social: Els vincles entre els membres promouen el sentit de pertinença, la qual cosa facilita l'adherència a pràctiques saludables.
3. Potenciar l'aprenentatge significatiu: La interacció grupal estimula la reflexió crítica, la resolució de problemes i l'aplicació pràctica dels coneixements adquirits.
4. Promoure canvis de comportament: Els grups creen un entorn segur per a explorar i adoptar noves conductes relacionades amb la salut.

Educació per a la salut i el rol dels grups

L'educació per a la salut busca capacitar les persones i comunitats per a prendre decisions informades i responsables sobre la seua salut. En infermeria comunitària, els grups exerceixen un rol central en ser contextos ideals per a abordar temes com la prevenció de malalties, la gestió de condicions cròniques i la promoció del benestar. Entre els avantatges del treball amb grups en educació per a la salut trobem:

1. Economia de recursos: Un únic facilitador pot arribar a diverses persones alhora i optimitzar temps i esforç.
2. Efecte multiplicador: Els coneixements i habilitats apresos en el grup poden ser compartits amb altres membres de la comunitat.
3. Diversitat de perspectives: La interacció entre participants enriqueix l'aprenentatge pel fet d'incloure diferents experiències i punts de vista.
4. Reforçament positiu: Els assoliments individuals i grupals són reconeguts i celebrats, la qual cosa reforça la motivació.

Tècniques de grup aplicables a l'educació per a la salut

Les tècniques grupals són eines metodològiques dissenyades per a dinamitzar i estructurar la interacció dins d'un grup amb finalitats educatives. En l'àmbit de l'educació per a la salut, aquestes tècniques s'empren per a fomentar la participació activa, l'intercanvi d'idees i la reflexió conjunta sobre temes relacionats amb el benestar i els estils de vida saludables. Aquestes tècniques no sols faciliten l'aprenentatge de continguts, sinó que també potencien el desenvolupament d'habilitats socials, la cohesió grupal i la motivació per a adoptar canvis positius en el comportament. En ser aplicades en un entorn grupal, creen espais de suport mutu, on els participants poden compartir experiències i aprendre de les vivències dels altres, la qual cosa promou un aprenentatge significatiu i pràctic.

En educació per a la salut, les tècniques grupals es poden classificar en funció dels objectius que persegueixen [170, 247, 344, 347] i les etapes del procés educatiu en què s'apliquen. A continuació es detalla cada categoria:

1. Tècniques de presentació i per a trencar el gel. Aquestes tècniques estan orientades a facilitar la integració dels participants a l'inici de les activitats grupals. El propòsit principal és trencar les barreres inicials de comunicació, generar confiança i crear un ambient propici per a l'aprenentatge col·lectiu. Les dinàmiques solen ser breus, lúdiques i dissenyades perquè els participants es presenten, compartiquen informació bàsica sobre si mateixos i comencen a interactuar de manera amena. Aquestes tècniques són essencials per a fomentar la participació activa i garantir un inici positiu en les sessions grupals.
2. Tècniques d'exploració i reflexió. Aquestes tècniques s'enfoquen a estimular l'expressió d'idees, sentiments i experiències personals relacionades amb els temes de salut que s'aborden en el grup. Permeten explorar els coneixements previs, identificar percepcions i actituds, i promoure una anàlisi crítica sobre les conductes de salut. A través d'aquestes dinàmiques, els participants tenen l'oportunitat de reflexionar sobre la seua situació individual i grupal, la qual cosa contribueix a un aprenentatge més profund i personalitzat.
3. Tècniques de resolució de problemes. Les tècniques de resolució de problemes estan dissenyades per a ajudar el grup a identificar i analitzar qüestions específiques de salut, així com proposar i planificar solucions conjuntes. Aquestes dinàmiques fomenten el treball en equip, la creativitat i la presa de decisions basada en l'evidència. Són especialment útils per a abordar reptes comunitaris o individuals i desenvolupar estratègies pràctiques que els participants puguin implementar en la seua vida quotidiana.
4. Tècniques de tancament i avaluació. En finalitzar les sessions grupals, les tècniques de tancament i avaluació permeten consolidar els aprenentatges obtinguts, recapitular els continguts tractats i recollir opinions sobre el desenvolupament de l'activitat. Aquestes tècniques són clau per a valorar l'impacte de la intervenció, identificar-hi àrees de millora i obtenir retroalimentació sobre l'experiència dels participants. A més, ajuden a donar un tancament estructurat a les activitats i deixen els participants amb una sensació d'assoliment i claredat sobre els pròxims passos.

L'ús adequat d'aquestes tècniques, adaptades a les característiques del grup i els objectius educatius, garanteix un procés d'aprenentatge dinàmic, efectiu i centrat en les necessitats dels participants. Classificar-les facilita la selecció d'eines apropiades per a cada moment del procés educatiu, assegurant que es maximitze el potencial del grup com a agent de canvi en la promoció de la salut.

Manual de l'assignatura

En la següent taula es poden observar diferents tècniques grupals segons els objectius, les quals ofereixen eines útils i aplicables en sessions d'educació per a la salut, especialment en entorns d'infermeria comunitària.

Taula 22. Tècniques grupals en educació per a la salut

CLASSIFICACIÓ	TÈCNICA	OBJECTIU	DESCRIPCIÓ
Tècniques de presentació i per a trencar el gel	La teranyina de presentació	Facilitar que els participants es coneguen i comencen a interactuar.	- El facilitador llança un cabdell de llana a un participant, que es presenta i diu una expectativa sobre la sessió. - El participant llança el cabdell a un altre, subjectant-ne l'altre cap. - Es repeteix fins a formar una "teranyina".
	Entrevista creuada	Promoure el coneixement mutu entre els participants.	- Els participants es divideixen en parelles. - Cadascun té 2 minuts per a entrevistar el seu company sobre els seus interessos, expectatives o experiències. - Després presenten el company a la resta del grup.
Tècniques d'exploració i reflexió	Pluja d'idees	Explorar els coneixements previs del grup sobre un tema.	- El facilitador planteja una pregunta oberta, com: "Quins factors creus que afecten la teua salut?". - Els participants responen lliurement i les idees s'anoten en una pissarra. - Posteriorment les respostes s'organitzen per categories.
	Mapa mental	Visualitzar i organitzar els conceptes principals relacionats amb un tema.	- El grup tria un tema central (p. ex., "Alimentació saludable"). - Els participants hi aporten paraules o frases relacionades. - El facilitador organitza aquestes idees en un esquema visual en la pissarra o en paper.
Tècniques de resolució de problemes	Joc de rols	Simular situacions reals per a practicar habilitats relacionades amb la salut.	- S'assignen rols als participants (per exemple, pacient, metge i familiar). - Representen una escena, com la discussió sobre una dieta saludable. - En finalitzar, el grup reflexiona sobre l'experiència i proposa millores.
	Estudi de cas	Analitzar problemes reals de salut i proposar solucions pràctiques.	- El facilitador presenta un cas relacionat amb un problema de salut. - Els participants analitzen el cas en petits grups, discutint-ne causes, conseqüències i possibles solucions.

34376 Infermeria comunitària

			- Després comparteixen les conclusions amb el grup complet.
Tècniques de tancament i avaluació	El semàfor	Recollir impressions dels participants sobre l'activitat.	- Cada participant rep tres targetes (verda, groga i roja). - El facilitador planteja preguntes com: "Què t'ha semblat la sessió?". - Els participants alcen la targeta que millor represente la seua resposta: verd (excel·lent), groga (acceptable) o roja (necessita canvis).
	La roda d'opinions	Avaluar aprenentatges i percepcions sobre l'activitat.	- Els participants formen un cercle. - Cadascun comparteix una paraula o frase que describa la seua experiència en la sessió. - El facilitador pren nota dels comentaris per a valorar l'impacte de l'activitat.
	L'arbre dels assoliments	Reflexionar sobre els aprenentatges aconseguits durant la sessió.	- En un mural amb forma d'arbre, els participants escriuen en fulls de paper (fulles de l'arbre) els assoliments que consideren que han aconseguit. - S'apeguen les fulles en el mural i es discuteixen les experiències compartides.

L'ús de tècniques grupals en infermeria comunitària representa una estratègia poderosa per a abordar una àmplia varietat de temàtiques relacionades amb la salut, i permet treballar amb comunitats de manera participativa i efectiva. Aquestes tècniques, adaptades a contextos específics, ajuden a fomentar la interacció, l'aprenentatge col·lectiu i l'adopció de pràctiques saludables. Com a exemple es pot observar:

1. Prevenció de malalties. Infermeria comunitària exerceix un paper essencial en la prevenció de malalties mitjançant l'educació i la sensibilització.

- Grups de famílies per a la vacunació infantil: Aquestes sessions poden enfocar-se en la importància de complir els calendaris de vacunació, abordant mites i temors comuns. A través de dinàmiques participatives, com pluges d'idees i debats, els pares i mares poden expressar les seues inquietuds i compartir experiències positives.
- Campanyes contra malalties transmissibles: Per exemple, tallers interactius per a prevenir la propagació del dengue mitjançant el control de granges de mosquits, o sessions sobre la importància de la higiene respiratòria en la prevenció de malalties com la grip o la COVID-19.

2. Maneig de malalties cròniques. Les malalties cròniques requereixen un enfocament educatiu que capacite les persones per a gestionar la seua salut de manera autònoma i sostenible.

- Tallers per a persones amb diabetis: Aquestes sessions poden incloure tècniques grupals, com el joc de rols, per a practicar la presa de decisions davant pics glucèmics, o pluges d'idees per a identificar aliments saludables. A més, l'ús de mapes mentals pot ajudar a organitzar estratègies d'autocontrol glucèmic.

Manual de l'assignatura

- Programes per a pacients amb hipertensió: Dinàmiques com els estudis de cas permeten als participants analitzar situacions reals i reflexionar sobre canvis en l'estil de vida, com la reducció del consum de sodi o l'augment de l'activitat física.

3. Promoció d'hàbits saludables. L'educació per a la salut en infermeria comunitària se centra a promoure conductes que contribuïsquen al benestar físic i mental.

- Grups de suport per a deixar de fumar: Aquests grups poden usar tècniques com l'observació directa de situacions de risc, seguides de dinàmiques de resolució de problemes per a identificar estratègies efectives d'afrontament.
- Adopció de dietes equilibrades: Els tallers poden incorporar activitats pràctiques com la creació de menús saludables, debats grupals sobre mites alimentaris o l'ús de diaris alimentaris per a avaluar patrons de consum.
- Foment de l'activitat física: Grups comunitaris poden participar en caminades guiades, seguides d'avaluacions grupals sobre els beneficis observats en la seua salut i benestar.

4. Salut mental i benestar. La salut mental és una prioritat creixent en infermeria comunitària, especialment en contextos d'alta vulnerabilitat social.

- Xarxes de suport per a persones amb estrès o depressió: Aquestes xarxes poden fomentar el sentit de comunitat i la resiliència mitjançant dinàmiques com cercles d'escolta activa, en què els participants comparteixen les seues experiències i reben suport emocional.
- Programes de maneig de l'estrès: Els tallers grupals poden incloure exercicis de relaxació, com *mindfulness*, combinats amb tècniques de reflexió i retroalimentació per a identificar disparadors de l'estrès i estratègies d'afrontament.
- Espais per a famílies de pacients amb malalties mentals: Aquests grups poden usar tècniques d'exploració, com debats estructurats, per a compartir recursos i estratègies de cura i alleujar la càrrega emocional dels cuidadors.

L'ús de tècniques grupals no sols millora l'aprenentatge i l'adopció d'hàbits saludables, sinó que també enforteix el sentit de pertinença i empoderament en la comunitat. Les sessions grupals creen un espai segur per a l'intercanvi d'experiències, la qual cosa enriqueix la intervenció educativa en adaptar-se a les realitats i necessitats dels participants.

Amb una planificació correcta i l'elecció de tècniques adequades, aquestes estratègies poden tenir un impacte significatiu en la promoció de la salut i la prevenció de malalties i facilitar d'aquesta manera la construcció de comunitats més saludables i resilients. Així, com a cas pràctic, en una comunitat rural amb alta prevalença d'obesitat i malalties relacionades es podria plantejar un taller sobre nutrició saludable que utilitzara les següents tècniques:

1. Inici: Dinàmica per a trencar el gel amb la tècnica de la teranyina.
2. Exploració: Pluja d'idees sobre aliments considerats "saludables".
3. Resolució: Joc de rols simulant una consulta nutricional.
4. Tancament: Avaluació amb la tècnica del semàfor.

Limitacions i reptes del treball grupal

El treball grupal en Educació per a la Salut (EPS) constitueix una eina fonamental per a promoure canvis positius en les comunitats. No obstant això, no està exempt de limitacions i reptes que poden afectar-ne l'eficàcia. Reconèixer aquestes dificultats permet anticipar-les i desenvolupar estratègies per a superar-les. A continuació es detallen les principals limitacions i reptes associats al treball grupal en EPS:

1. Diversitat de necessitats i expectatives. En un grup, els participants solen presentar nivells molt variats de coneixements, interessos i experiències sobre el tema en qüestió. Això pot complicar la planificació i execució de les activitats educatives. És per això que és important, en primer lloc, adaptar el contingut i les dinàmiques perquè siguin rellevants i comprensibles per a tots els membres sense que es facen repetitives per als qui tenen major coneixement previ. I, en segon lloc, abordar interessos o preocupacions divergents que poden desviar l'atenció del grup. Per això és fonamental realitzar una avaluació inicial de les necessitats i expectatives dels participants per a personalitzar les sessions i usar tècniques grupals variades, com debats en subgrups o activitats diferenciades, per a atendre la diversitat.
2. Gestió del temps. El treball grupal pot requerir més temps del planejat a causa de debats extensos, dinàmiques de participació desigual o dificultats per a aconseguir consensos. Els reptes a plantejar són mantenir l'enfocament del grup sense limitar l'expressió d'idees valuoses i equilibrar la profunditat de l'anàlisi amb les limitacions de temps disponibles. Les possibles solucions per a les dificultats són establir una agenda clara per a cada sessió, amb temps específics per a les activitats, i comptar amb un facilitador que dirigeixi la discussió cap als objectius del grup de manera respectuosa però ferma.
3. Resistència al canvi. Alguns participants poden mostrar-se reticents a modificar els hàbits o conductes, especialment si aquests estan profundament arrelats o si perceben el canvi com una imposició externa. Així, cal superar actituds defensives o escepticisme cap als missatges de salut promoguts en el grup i fomentar la motivació intrínseca per al canvi, més enllà de la pressió social o del facilitador. Per això cal crear un ambient segur i no jutjador en què els participants puguin expressar dubtes i preocupacions, així com usar exemples concrets i evidència científica adaptada al context cultural i social del grup per a enfortir la credibilitat del missatge.
4. Dependència del facilitador. L'èxit del treball grupal depèn en gran manera de les habilitats del facilitador per a guiar, mediar i motivar els participants. És important tenir en compte que la falta d'experiència o habilitats del facilitador pot conduir a sessions desorganitzades o a dinàmiques poc efectives. Així mateix, la percepció d'un facilitador com a autoritari o poc empàtic pot inhibir la participació dels membres. Per això s'ha de capacitar els facilitadors en tècniques de comunicació efectiva, maneig de conflictes i dinàmiques grupals i promoure un estil de facilitació participatiu que permeti als membres assumir rols actius dins del grup.
5. Dinàmiques de grup complexes. Els grups poden enfrontar-se a problemes relacionats amb el comportament d'alguns membres, com dominància excessiva, falta de participació o conflictes interpersonals. Per això, s'ha d'equilibrar la participació entre els membres del grup per a evitar que algunes veus dominen mentre d'altres romanen en silenci, i resoldre tensions o conflictes que puguin sorgir durant les sessions. Per a evitar aquestes situacions s'han d'establir unes normes de grup clares des de l'inici, incloent-hi pautes de respecte i torns de paraula, així com implementar activitats que

fomenten la integració i la cooperació, com a dinàmiques per a trencar el gel o exercicis de treball en equip.

6. Limitacions de recursos. La falta de materials, temps o espais adequats pot limitar l'efectivitat de les sessions grupal, per la qual cosa s'ha de planificar realitzar activitats significatives en contextos amb recursos limitats i garantir la continuïtat dels grups davant restriccions logístiques. Una solució pot ser dissenyar activitats que requereixen pocs recursos, però siguen igualment impactants, com debats o exercicis pràctics i establir aliances amb institucions locals per a accedir a espais o materials complementaris.

7. Avaluació de l'impacte. Mesurar l'èxit de les intervencions grupals en EPS pot ser complex a causa de la diversitat d'objectius i resultats esperats. S'ha de determinar si els canvis observats són atribuïbles al treball grupal o a altres factors externs i avaluar canvis a llarg termini, com hàbits de vida o comportaments de salut. Per la qual cosa s'han d'implementar mètodes d'avaluació mixta (quantitatius i qualitatius) per a capturar l'impacte des de diverses perspectives i realitzar seguiments periòdics que permeten monitorar els resultats sostinguts en el temps.

Encara que el treball grupal en educació per a la salut presenta reptes significatius, no han de considerar-se barreres insuperables. Amb una planificació adequada, facilitadors capacitats i estratègies adaptades a les característiques de cada grup, les limitacions poden transformar-se en oportunitats per a fomentar aprenentatges col·lectius i construir comunitats més saludables.

El grup, com a poder educador, ofereix un entorn dinàmic i enriquidor per a l'educació per a la salut en infermeria comunitària. A través de tècniques ben estructurades, és possible transformar el coneixement en acció, empoderar les comunitats i contribuir significativament al benestar col·lectiu. No obstant això, l'efectivitat depèn d'una planificació adequada, una execució flexible i una avaluació constant per a garantir que s'aconsegueixen els objectius establits. La labor del professional d'infermeria comunitària com a facilitador és clau per a maximitzar el potencial educatiu dels grups i generar impactes sostenibles en la salut de les comunitats.

El pacient expert en la teràpia grupal

La gestió de les malalties cròniques planteja reptes significatius per als sistemes de salut. Les darreres dècades, s'han implementat diverses estratègies per a optimitzar l'atenció d'aquests pacients, i la figura del pacient expert n'és un component essencial. Aquest rol no sols millora la qualitat de vida de les persones que viuen amb condicions cròniques, sinó que també enforteix les intervencions grupals i fomenta una atenció més integral i humana[348-350].

El pacient expert és una persona diagnosticada amb una malaltia crònica que, gràcies a l'experiència personal i formació específica, adquireix habilitats i coneixements per a autogestionar la seua condició i ajudar altres pacients. Aquest individu no substitueix el personal sanitari, però actua com un complement valuós en els equips de salut, ja que ofereix una perspectiva única basada en la vivència real de la malaltia.

Els pacients experts exerceixen un paper actiu a educar els altres i promoure'n l'adherència al tractament, compartint tècniques d'afrontament i fomentant la participació activa dels pacients en la seua cura. Pel fet de ser un igual, el pacient expert genera empatia i confiança, la qual cosa facilita l'intercanvi d'experiències i coneixements pràctics.

En el context de la teràpia grupal, el pacient expert actua com un facilitador que dinamitza les sessions i ajuda a enfortir el suport mutu entre els participants. La seua intervenció té beneficis clau, com ara:

1. Foment de la participació activa: En compartir la seua experiència personal, el pacient expert inspira els altres a obrir-se i a expressar les seues inquietuds i emocions en un entorn segur.
2. Model de referència: En demostrar que és possible manejar eficaçment la malaltia, es converteix en un exemple tangible per a altres pacients i enforteix la seua motivació i confiança.
3. Pont entre pacients i professionals: Pot identificar necessitats comunes del grup i transmetre-les a l'equip mèdic, amb l'objectiu de millorar la planificació de les intervencions.

El treball en grup també empodera el pacient expert i reforça el seu compromís amb la promoció de la salut i la prevenció de complicacions.

Exemple: El pacient expert en diabetis mellitus

La diabetis mellitus és un clar exemple de com el pacient expert pot transformar l'atenció en les EPS. Aquesta condició crònica requereix un maneig continu, que inclou l'automonitoratge de la glucosa, l'adopció d'hàbits saludables i el compliment terapèutic.

En un grup de pacients amb diabetis, un pacient expert pot exercir funcions com:

- Educació pràctica: Explicar com interpretar els resultats dels glucòmetres, ajustar la dieta segons les necessitats individuals i manejar episodis d'hipoglucèmia.
- Motivació: Compartir com va superar barreres psicològiques, com la negació del diagnòstic o la frustració per les restriccions alimentàries.
- Resolució de problemes: Facilitar solucions col·lectives a reptes comuns, com l'organització d'horaris per a injeccions d'insulina o la cerca de recursos econòmics per a adquirir medicaments.

En aquest context, les EPS poden aprofitar la participació del pacient expert per a optimitzar els programes d'educació diabetològica i reduir complicacions associades a la malaltia, com la retinopatia o el peu diabètic.

El pacient expert és una figura clau per a millorar l'atenció de les malalties cròniques en les EPS i dinamitzar la teràpia grupal. La seua experiència i coneixements aporten valor no sols als pacients, sinó també al sistema de salut en conjunt. En patologies com la diabetis mellitus, l'impacte d'aquesta figura es tradueix en millors resultats clínics i una major satisfacció dels pacients. Potenciar el seu rol és una estratègia intel·ligent i necessària per a afrontar els reptes de les malalties cròniques en la societat actual.

Capítol 32: Avaluació de programes de promoció i educació per a la salut.

Avaluació de programes d'educació per a la salut

L'avaluació d'un programa d'educació per a la salut és un procés sistemàtic que cerca emetre un judici fonamentat en criteris i normes, amb la finalitat d'analitzar una activitat o els seus resultats. Aquest procediment no sols permet aprendre de manera empírica, sinó també millorar tant les activitats presents com les futures. Per a dur a terme una avaluació efectiva, és essencial definir amb claredat què, com i quan avaluar, així com seleccionar acuradament les tècniques i instruments adequats. A més, és essencial determinar els moments en els quals es realitzarà l'avaluació per a garantir una anàlisi completa i pertinent.

Hi ha diferents tipus d'avaluació, cadascun amb objectius específics. L'avaluació del procés se centra a analitzar les activitats del programa, la seua qualitat i l'abast en el grup objectiu. L'avaluació de l'impacte mesura els efectes immediats i determina si s'han aconseguit els objectius plantejats. Finalment, l'avaluació dels resultats s'orienta als efectes a llarg termini i permet valorar si les metes generals del programa s'han aconseguit.[344, 346, 347]

L'avaluació del procés aborda aspectes com l'abast del programa, la proporció de participants que en completen totes les fases, el nivell d'execució, la satisfacció dels involucrats i la qualitat dels materials i el personal. Aquest tipus d'avaluació és fonamental per a identificar àrees de millora. Una vegada els indicadors mostren que el programa opera de manera òptima, es pot procedir a l'avaluació de l'impacte i dels resultats. Entre les preguntes clau que es plantegen en aquesta etapa destaquen:

- El programa arriba al grup objectiu? Per exemple, en un programa dissenyat per a ensenyar a infants de 4 i 5 anys l'ús correcte del pas de vianants, es podrien usar les xifres d'infants matriculats en les escoles participants per a avaluar quants formen part del grup objectiu en comparació amb el total en la zona. Si inicialment només s'aconsegueix el 4% del grup diana (1 de cada 25 infants), es podria plantejar com a meta per al segon any arribar al 7% (1 de cada 15). Per a aconseguir-ho s'haurien d'ajustar la difusió i els recursos del programa.
- Totes les parts del programa arriben a tots els segments del grup objectiu? Això implica analitzar si cada component dissenyat s'implementa íntegrament i beneficia la població objectiu.
- Els participants estan satisfets amb el programa? La satisfacció dels participants és clau per a preveure l'èxit del programa. Per exemple, en un programa sobre estils de vida que incloga sessions setmanals de nutrició, exercici i relaxació impartides en un centre de salut, es podrien valorar tres dimensions:
 - Qüestions interpersonals: Els participants se senten còmodes, atesos i compresos? El personal és accessible i els altres assistents són agradables?
 - Qüestions relatives al servei: El local és adequat i confortable? L'horari resulta convenient? Les instal·lacions compleixen les expectatives?
 - Qüestions de contingut: Els temes tractats són interessants i estan presentats de manera adequada? El ritme és adequat o resulta massa lent o ràpid? El contingut és pertinent o es percep excessivament bàsic o complex?

Aquest tipus d'avaluació podria realitzar-se mitjançant enquestes als assistents, les quals proporcionarien informació valuosa per a ajustar el programa a les necessitats dels participants.

- Es duen a terme totes les activitats previstes?
- Els materials i components són adequats i d'alta qualitat? L'avaluació dels materials és crucial per a garantir que siguin atractius, comprensibles, acceptables i persuasius. En el cas d'un fullet sobre el càncer de mama i l'autopalpació mamària, es podrien plantejar preguntes com:
 - Atracció: El fullet capta l'atenció? Quins aspectes agraden més o menys?
 - Comprensió: El contingut és clar i fàcil d'entendre?
 - Acceptabilitat: El material respecta les normes culturals i és apropiat per al públic objectiu?
 - Implicació personal: El fullet sembla parlar directament al lector?
 - Persuasió: El missatge motiva a l'acció?

Aquestes valoracions permeten realitzar ajustos en el disseny i contingut dels materials abans de continuar amb les etapes següents del programa.

La satisfacció dels participants és un indicador crucial, ja que un programa ben rebut té més probabilitats d'aconseguir els objectius proposats. Tornant a l'exemple del programa d'estils de vida, és raonable esperar que l'acceptació inicial influeixi en l'èxit final. Per tant, avaluar aspectes com la comoditat dels participants, l'adequació de l'horari i la qualitat dels temes tractats és indispensable. Si els assistents consideren que el contingut és interessant i les instal·lacions són adequades, és més probable que hi continuen participant i obtenen beneficis tangibles.

Una avaluació integral d'un programa d'educació per a la salut és fonamental per a assegurar que siga eficaç i rellevant. Començant per l'anàlisi del procés i avançant cap a l'impacte i els resultats, aquest enfocament permet realitzar ajustos continus que optimitzen els beneficis per a la població objectiu.

Avaluació de l'avaluabilitat

L'avaluació de l'avaluabilitat (VEU) és un procés clau per a determinar si un programa pot ser avaluat de manera efectiva. Aquesta anàlisi prèvia permet identificar si les condicions necessàries per a fer-ne una avaluació significativa són presents. Si no es compleixen aquests requisits, hi ha el risc de basar l'avaluació en dades inadequades o prematures, la qual cosa pot portar a conclusions errònies sobre l'impacte o els resultats del programa, especialment si s'obtenen abans que el programa haja tingut temps suficient per a produir efectes.

A més, la VEU posa el focus en la rellevància de la informació generada. El propòsit és garantir que les dades obtingudes siguin útils per a qui pren decisions sobre el programa. D'aquesta manera, assegura que l'avaluació no sols siga tècnicament vàlida, sinó també pràctica i profitosa en termes de planificació i millora del programa. Quan els processos de valoració de necessitats, planificació i avaluació del procés s'han executat de manera rigorosa, molts dels problemes que la VEU aborda poden evitar-se des del principi[351-354].

Així, podem plantejar un exemple pràctic pel que fa a l'avaluació de l'avaluabilitat:

Un cas que il·lustra la importància de la VEU es dona en el marc de la Setmana del Cor. En aquesta activitat, el personal d'un hospital organitza un estand en un centre comercial on s'ofereixen cartells informatius, fullets, un breu vídeo educatiu i preses gratuïtes de pressió arterial. Posteriorment, al

Manual de l'assignatura

responsable de promoció de la salut d'un centre de salut pròxim se li sol·licita dissenyar una avaluació per a mesurar la reducció de la pressió arterial en la comunitat 12 mesos després d'aquesta activitat.

En aquest context, la VEU permet identificar que les probabilitats que una intervenció tan breu tinga un impacte significatiu en els nivells de pressió arterial comunitària són molt baixes. Per tant, plantejar una avaluació per a mesurar aquest efecte seria una pèrdua de recursos. Davant aquesta situació, hi ha dues possibles estratègies:

- Convèncer els organitzadors que adopten un enfocament completament diferent per a abordar la reducció de la pressió arterial desenvolupant intervencions més extenses i sostingudes en el temps.
- Enfocar l'avaluació en dimensions més apropiades per a aquesta mena de programa, com mesurar els canvis en el coneixement del públic sobre la relació entre la ingesta de sal i la pressió arterial.

Aquest exemple destaca com molts programes no estan dissenyats o planificats adequadament, i aquestes deficiències solen manifestar-se al moment de planejar-ne l'avaluació.

Perquè un programa siga considerat avaluable, s'han de complir les següents condicions:

- Concordança racional entre les activitats i les metes del programa: Les accions han d'estar alineades amb els objectius proposats.
- Execució correcta del programa: És essencial que el programa funcione d'acord amb el que s'ha planificat.
- Acord sobre les qüestions a avaluar: Les parts interessades han de coincidir en els aspectes que seran objecte d'anàlisi.
- Definició clara dels mètodes i mètriques: S'ha d'establir com es durà a terme l'avaluació i quins indicadors seran mesurats.

Si el programa no compleix aquests requisits, no s'hauria de procedir a l'avaluació. En compte d'això, cal invertir temps a redissenyar, planificar, administrar i gestionar el programa, així com a dialogar amb els grups implicats fins que les condicions per a l'avaluació es complisquen. Aquest enfocament evita malgastar recursos en avaluacions poc útils i assegura que el programa estiga en condicions de generar resultats significatius que puguin ser avaluats amb rigor.

L'avaluació de l'avaluabilitat és un pas essencial per a garantir que els esforços d'avaluació siguin efectius i significatius. En identificar possibles deficiències en el disseny o implementació d'un programa, la VEU ajuda a evitar avaluacions prematures i inadequades, i s'enfoca a assegurar que les dades obtingudes siguin rellevants i aprofitables per a la presa de decisions. En cas que un programa no complisca les condicions necessàries per a ser avaluat, la VEU subratlla la importància d'aturar-se, redissenyar i replantejar el programa abans de continuar. Aquest procés no sols millora la qualitat de les intervencions, sinó que també optimitza l'ús de recursos i maximitza l'impacte a llarg termini.

Avaluació de l'impacte i resultats

L'avaluació de l'impacte i dels resultats d'un programa de salut constitueix una eina fonamental per a valorar els efectes produïts en diferents horitzons temporals. L'avaluació de l'impacte se centra en

els efectes immediats, directament associats als objectius específics i/o generals del programa. Per part seua, l'avaluació dels resultats examina els efectes a més llarg termini, vinculats amb la meta final o objectiu de salut del programa[247].

Per posar-ne un exemple, respecte a la rehabilitació cardíaca: en un programa dissenyat per a millorar els hàbits alimentaris i d'exercici en persones que han patit un infart, l'objectiu és reduir la probabilitat de nous episodis cardíacs. L'avaluació de l'impacte s'enfocarà a mesurar canvis immediats en la dieta i la pràctica d'exercici dels participants. L'avaluació dels resultats analitzarà la incidència de nous infarts en el temps.

En un altre cas, respecte al suport social per a noves mares, en un programa que cerca organitzar xarxes de suport social entre mares d'un primer fill per a prevenir sentiments de soledat i depressió:

- L'avaluació de l'impacte mesurarà els canvis en la xarxa de suport social creada per les participants.
- L'avaluació dels resultats analitzarà la prevalença de depressió en les mares a llarg termini.

El mesurament dels efectes del programa es pot abordar des de dos enfocaments principals:

- Mètodes qualitatius: Aquests mètodes busquen interpretar el significat del programa pels participants, els equips responsables i els no beneficiaris. Usen tècniques no estructurades com l'observació i responen al "per què" d'un programa. Proporcionen dades profundes però limitades a un petit grup de persones, la qual cosa dificulta la generalització de resultats.
- Mètodes quantitius: Parteixen d'hipòtesis concretes sobre els efectes esperats, que es mesuren de manera sistemàtica mitjançant eines estandarditzades. Responen a preguntes del tipus "quant". Permeten treballar amb grans mostres, però sacrifiquen detalls i matisos individuals.

Els dos enfocaments presenten limitacions, per la qual cosa se solen usar de manera complementària. Respecte a què mesurar, podem valorar:

- Mesurament de coneixements. Avaluar el coneixement adquirit pels participants implica identificar què saben, entenen o recorden. Exemple: Una campanya per a prevenir el càncer de pell inclou enquestes en centres comercials. En compte de preguntar directament si coneixen la campanya (cosa que esbiaixa les respostes), es recomana presentar una llista que combine campanyes reals i fictícies per a avaluar quines reconeixen. Aquest enfocament millora la fiabilitat de les respostes.
- Mesurament d'actituds. Les actituds són més complexes d'avaluar que els coneixements, ja que involucren sentiments i percepcions. Els mètodes qualitatius, com grups focals, són ideals en etapes inicials. Exemple: Un programa per a adolescents cerca canviar la percepció de l'alcohol com a element imprescindible per a passar-ho bé. Es mostren vídeos que presenten joves rebutjant l'alcohol i es plantegen preguntes com: "Què opines d'aquesta persona?", o: "Què creus que pensarien els seus amics?". També es poden usar qüestionaris per a mesurar actituds a major escala.

Manual de l'assignatura

- Mesurament del comportament. El propòsit final de molts programes d'educació per a la salut és promoure canvis en el comportament. Es pot utilitzar:
 - Autoinforme: Preguntar directament als participants sobre els seus hàbits sol ser eficaç, encara que pot haver-hi biaixos. Exemple: En una campanya per a deixar de fumar, preguntar si les persones són fumadores, exfumadores o mai han fumar sol donar dades fiables.
 - Registres o diaris: Aquestes eines són útils per a documentar comportaments com una dieta, el consum d'alcohol o l'ús de medicaments. No obstant això, poden influir en el comportament dels participants. Exemple: Demanar als pacients que registren cada vegada que mengen dolços tendeix a reduir-ne el consum, ja que augmenta la consciència sobre l'hàbit.
 - Observació directa: En alguns casos, aquesta tècnica permet mesurar comportaments de manera precisa. Exemple: Observar quants infants utilitzen correctament el pas de vianants en eixir de l'escola.
 - Mètodes innovadors: Quan l'observació directa no és viable, es poden emprar solucions creatives. Exemple: En un estudi sobre dieta, es va demanar als participants que fotografiaren els seus plats abans de menjar, utilitzant estovalles amb patrons geomètrics per a avaluar la mida de les racions.

Avaluació integral del programa

L'avaluació ha de proporcionar informació sobre els aspectes bàsics d'un programa, i ha d'incloure:

- Objectius: Eficàcia i congruència amb les activitats realitzades.
- Activitats: Pertinència, abast i qualitat.
- Recursos: Disponibilitat i adequació.
- Relació entre objectius, activitats i recursos: Coherència en el disseny i execució.
- Efecte final: Utilitat i sostenibilitat dels resultats.

D'altra banda, s'ha de tenir en compte que és fonamental determinar el moment adequat per a avaluar, ja que els efectes no sempre són immediats, i poden aparèixer:

- Efecte dormilega: Els resultats es manifesten tardanament i poden no detectar-se si l'avaluació té lloc massa prompte.
- Efecte recaiguda: Els canvis són inicials, però no sostenibles. Les avaluacions tardanes poden no reflectir l'impacte real.
- Efecte detonant: El programa accelera un canvi que hauria ocorregut de totes maneres. Això és evident immediatament després del programa, però l'impacte desapareix amb el temps.
- Efecte rebot: Una interrupció prematura del programa pot generar resultats pitjors que la situació inicial.

34376 Infermeria comunitària

Per a triar el patró adequat es recomana consultar investigacions prèvies, reflexionar sobre la naturalesa del programa i elaborar estudis pilot. Durant la implementació d'un programa, és fonamental monitorar-ne el desenvolupament i realitzar ajustos si és necessari. La retroalimentació contínua millora la qualitat del programa, n'assegura l'alineació amb els objectius i maximitza la probabilitat d'aconseguir impactes sostenibles.

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA 

Facultat d'**I**nfermeria i **P**odologia

Manual de l'assignatura

ATENCIÓ D'INFERMERIA EN ELS PROGRAMES DE SALUT

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA 

Facultat d'Infermeria i Podologia

VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA 

Facultat d'**I**nfermeria i **P**odologia

Capítol 33: Promoció de la salut en l'entorn educatiu

Programa d'educació per a la salut a l'escola en la Comunitat Valenciana

A la Comunitat Valenciana, l'educació per a la salut (EPS) en l'àmbit escolar s'integra en el currículum de l'alumnat, i el personal docent compta amb el suport dels professionals d'atenció primària (AP) i dels centres de salut pública (CSP). Des de 1986, amb la implementació del Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola, s'ha promogut una aproximació estructurada i multidisciplinària. Així, el Servei de Promoció de la Salut i Prevenció en les Etapes de la Vida té assignades les següents funcions clau:

1. Disseny i coordinació de programes de promoció de la salut i prevenció: Proposar una cartera de serveis que aborde les diferents etapes de la vida, en col·laboració activa amb agents i serveis rellevants de l'administració pública, l'àmbit assistencial i la comunitat.
2. Gestió del programa de vacunació: Establir criteris i coordinar la vacunació de la població infantil i adulta en la Comunitat Valenciana.
3. Plans de salut intersectorials: Dissenyar, gestionar i avaluar programes dirigits a millorar la salut en entorns educatius, com escoles promotores de la salut, universitats saludables i centres educatius per a persones adultes i majors.

El programa té com a metes:

- Integrar l'EPS en els projectes educatius dels centres docents.
- Adaptar els projectes a les necessitats específiques de cada institució educativa.
- Promoure la participació de tota la comunitat educativa i fomentar conductes positives cap a la salut.
- Vincular la comunitat escolar amb el seu entorn social (barris, associacions, etc.).
- Facilitar la coordinació entre la comunitat educativa, els professionals sanitaris i l'entorn social per a abordar la promoció de la salut de manera interdisciplinària.

En referència a aquests temes, existeix un marc legal que garanteix una estratègia integral i coordinada per a millorar la salut i el benestar en l'àmbit educatiu i que s'adapta a les necessitats de cada comunitat escolar.

- Llei de Salut Escolar (1/1994): Reforça el paper central de l'educació per a la salut en el sistema educatiu i regula la col·laboració entre la comunitat escolar i altres estructures, com centres de salut, associacions i ajuntaments.
- Comissió Mixta de Salut Escolar: Regida pel Decret 164/2002, aquesta comissió coordina les conselleries de Sanitat Universal i Educació, regulant-ne la composició i funcionament. Entre les seues funcions destaca l'aprovació de la cartera bàsica de serveis de salut escolar.
- Llei 10/2014, de 29 de desembre: Defineix la salut escolar com el conjunt de programes i activitats dirigits a l'educació, conservació i foment de la salut física, psíquica i social de l'alumnat en centres no universitaris. A més, estableix un sistema de referència per als centres escolars amb els centres d'atenció primària i de salut pública.
- Llei 8/2018, de 20 d'abril: Subratlla l'atenció a problemes de salut significatius en l'adolescència, com conductes de risc, addiccions, salut mental, trastorns alimentaris i prevenció d'infeccions de transmissió sexual i embarassos no desitjats.

- Llei 7/2021, de 29 de desembre: Reforça la coordinació de recursos sanitaris perquè els centres de salut siguin promotors de la salut, en línia amb les directrius de l'OMS.

La cartera de serveis de promoció de la salut i prevenció¹⁰⁰ en l'entorn educatiu estableix activitats dissenyades de manera realista per a ser implementades en centres educatius. Pretén informar, involucrar i fomentar comportaments saludables en la comunitat educativa.

- Coordinació interinstitucional: La Generalitat promou activitats dissenyades per la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública en col·laboració amb les conselleries d'Agricultura i Educació. Això n'assegura la integració en els projectes educatius.
- Centres educatius promotors de salut: S'impulsa la xarxa de centres que treballen la salut com una competència educativa clau. A través del projecte EDUSALUT es desenvolupen guies, formació i protocols adaptats a la realitat de la Comunitat Valenciana.

Promoció de la salut a les escoles

La promoció de la salut en l'entorn escolar abasta totes les activitats orientades a millorar i protegir la salut de les persones que formen part de la comunitat educativa: estudiants, personal docent i administratiu i famílies. És un enfocament integral que va més enllà de l'educació per a la salut i inclou polítiques escolars saludables, la millora de l'entorn físic i social, la integració de temes de salut en el currículum, l'enfortiment dels vincles amb la comunitat i la coordinació amb els serveis de salut.

Aquest enfocament té com a objectiu no sols abordar necessitats específiques, sinó també generar un entorn que fomenti el benestar general i el desenvolupament integral, i facilite tant l'aprenentatge com la convivència saludable.

La relació entre salut i educació és fonamental i interdependent, ja que les dues s'influeixen mútuament. Els beneficis de promoure la salut a les escoles són nombrosos:

- Impacte en l'aprenentatge: Els estudiants que gaudeixen de bona salut tenen més capacitat per a aprendre i participar en activitats escolars, i, alhora, les escoles que promouen la salut contribueixen a l'assoliment de metes acadèmiques i socials.
- Reducció de conductes de risc: Els joves que troben un entorn segur i positiu a l'escola, així com adults de referència, tenen menys probabilitats d'adoptar conductes d'alt risc, i una comunitat educativa compromesa amb la salut enforteix el desenvolupament emocional i social de l'estudiantat.
- Salut en tota la comunitat escolar: Les escoles són també espais de treball per a docents, administradors i altres professionals. Un ambient que promou la salut beneficia tota la comunitat educativa, ja que fomenta la pràctica d'estils de vida saludables.
- Més equitat en salut i educació: La promoció de la salut a les escoles contribueix a reduir desigualtats en oferir oportunitats per a tots l'estudiantat, especialment el d'entorns vulnerables.

Aquest enfocament es fonamenta en els principis de la Carta d'Ottawa (1986), que subratlla que: "La salut es crea i es viu en el marc de la vida quotidiana: en els centres d'ensenyament, de treball i d'esbarjo."

¹⁰⁰Pla de Salut Comunitat Valenciana. Disponible a: <https://sanjuan.san.gva.es/v-plan-de-salud-2022-2030/>

L'evidència científica sustenta que les intervencions més eficaces en promoció i educació per a la salut són les que s'integren en els entorns quotidians de les persones, com les escoles[355]. Aquests es coneixen com *escenaris promotors de salut*, i el medi escolar n'és un dels més rellevants a causa del seu impacte transversal¹⁰¹. Els components clau de la promoció de la salut escolar són:

- Polítiques escolars saludables: Implantar normatives i estratègies que afavorisquen hàbits saludables, com l'alimentació equilibrada, l'activitat física i la prevenció de conductes de risc.
- Entorn físic i social saludable: Garantir instal·lacions segures, netes i adaptades per a tota la comunitat educativa i promoure un clima escolar positiu que enfortisca la convivència i el benestar emocional.
- Integració en el currículum: Incorporar la salut com un eix transversal en el programa d'estudis, abordant temes com nutrició, activitat física, salut mental, prevenció d'addiccions i educació sexual.
- Vinculació amb la comunitat: Establir llaços amb associacions, ajuntaments, famílies i serveis de salut per a garantir una atenció integral i coordinada i fomentar la participació activa de tots els agents educatius.
- Accés a serveis de salut: Facilitar la connexió entre l'escola i els centres d'atenció primària per a atendre necessitats preventives i promocionals.

Promoure la salut a les escoles implica accions concretes com[170, 247, 253, 356]:

- Desenvolupar polítiques escolars que impulsen pràctiques saludables, com menjadors escolars que oferisquen menús equilibrats.
- Crear espais físics segurs i estimulants, que incloguen àrees d'esbarjo, esports i zones de descans adequades.
- Fomentar relacions saludables i un clima de respecte entre estudiantat, personal docent i famílies.
- Organitzar campanyes i activitats educatives sobre temes com la prevenció de l'assetjament, la cura emocional i el hàbits sostenibles.

En fer de les escoles escenaris promotors de salut, es contribueix a la formació de generacions més saludables, resilients i preparades per a afrontar els reptes del futur. Aquest enfocament integral transforma les escoles en agents de canvi positiu per a la comunitat i per a la societat en general.

Problemes de salut de l'alumnat escolar

La salut infantil i adolescent a la Comunitat Valenciana presenta particularitats que varien amb l'edat, i en cada etapa del desenvolupament destaquen diferents problemàtiques. Les dades de l'Observatori de Salut Infantil i Perinatal (OSIP)¹⁰² ressalten la importància d'una vigilància constant i un

¹⁰¹https://ceice.gva.es/documents/162783553/162784556/Cartera_serveis_salut_entorn_educatiu_23_24.pdf

¹⁰¹Promover la salud en la escuela. De la evidencia a la acción. Disponible a: http://acise.cat/wp-content/uploads/2018/08/PSeE_deEvidenciaalaAccion.pdf

¹⁰² [Direcció General de Salut Pública](#)

enfocament integral en l'atenció a la salut infantil i adolescent. La prevenció d'accidents, el foment d'estils de vida saludables i l'atenció a problemes específics com el sobrepès, les alteracions sensorials i la salut bucodental són àrees prioritàries. A més, garantir altes cobertures vacunals en totes les etapes i abordar els riscos associats a l'adolescència són essencials per a millorar els indicadors de salut a la Comunitat Valenciana. Segons les dades proporcionades per l'Observatori de Salut Infantil i Perinatal (OSIP), s'identifiquen les següents tendències i reptes[357]:

1. Primer any de vida. En els menors d'un any, els principals problemes de salut són les anomalies congènites, les malalties perinatals i les infeccions. Aquestes últimes han disminuït significativament gràcies a les millores en higiene i vacunació, la qual cosa ressalta l'impacte positiu de les polítiques de salut pública.
2. Infància (majors d'un any). En els infants majors d'un any destaquen:
 - Accidents: Constitueixen una causa rellevant per la freqüència, gravetat i caràcter prevenible.
 - Neoplàsies: Encara que menys freqüents, són una causa significativa de preocupació.
 - Trastorns sensorials i alteracions en el creixement i la maduració: Requereixen una detecció i maneig precoç per a mitigar impactes a llarg termini.
 - Sobrepès i obesitat: Aquest problema assoleix nivells preocupants. Als 3 anys, el 23,2% dels infants ja presenta excés de pes, xifra que augmenta progressivament fins a arribar al 33,9% als 12 anys, amb una lleugera disminució als 14 (28,7%). Les xiquetes presenten majors taxes de sobrepès que els xiquets als 3 i 6 anys, mentre que l'obesitat és més freqüent en els xiquets, especialment als 6 i 12 anys. No obstant això, les xifres actuals són inferiors a les registrades en 2009-2010, i també més baixes que les observades a nivell nacional[358].
 - Alteracions visuals: Aquestes incrementen amb l'edat, des d'un 2,3% als 3 anys fins a un 27,2% als 14.
 - Salut bucodental: La prevalença d'alteracions dentals augmenta amb l'edat, encara que s'estabilitza entorn del 16% a partir dels 12 anys. No obstant això, les dades recullen només una fracció dels casos reals de càries, ja que els estudis específics mostren una prevalença significativament major: 40,5% als 6 anys i 32,6% als 12.
3. Adolescència. En aquesta etapa, els riscos associats als estils de vida cobren especial rellevància:
 - Consum de substàncies: Tabac, alcohol i altres drogues són preocupacions clau.
 - Riscos sexuals: Infeccions de transmissió sexual i embarassos no desitjats destaquen com a problemàtiques importants.
 - Accidents: Continuen sent una de les principals causes de morbidimortalitat.
 - Sobrepès i obesitat: Encara que els índexs descendeixen lleugerament respecte a la infància, continuen afectant un percentatge considerable d'adolescents.

La cobertura vacunal en la infància supera el 95%, la qual cosa assegura una alta protecció contra malalties prevenibles. No obstant això, en l'adolescència s'observa un descens en les taxes de vacunació, fet que subratlla la necessitat de reforçar estratègies específiques per a aquest grup.

D'altra banda, segons el document "Diagnóstico de la situación de la infancia y la adolescencia en la Comunitat Valenciana", la situació de la infància i l'adolescència a la Comunitat Valenciana presenta diversos reptes i característiques clau[359]. La població menor de 18 anys representa el 18% del total, amb una tendència marcada a l'envelliment degut a la baixa natalitat (1,3 fills per dona, per davall del nivell de reemplaçament generacional). A més, el 14,2% dels menors de 19 anys és d'origen

estranger, amb una concentració predominant en zones costaneres, especialment a la província d'Alacant.

Entre els principals reptes socials i econòmics es destaca l'elevat risc de pobresa infantil, particularment en grups vulnerables, com menors amb diversitat funcional, adolescents gitanos i migrants no acompanyats. La transmissió intergeneracional de la pobresa i les dificultats de conciliació laboral i familiar agreugen aquesta situació i limiten l'accés a oportunitats educatives i de cura. En l'àmbit educatiu, encara que es registra una alta escolarització en etapes primerenques, persisteixen problemes d'absentisme i abandó escolar, la qual cosa subratlla la necessitat d'un enfocament inclusiu que contemple la diversitat cultural i funcional dels estudiants.

La salut infantil i adolescent també afronta desafiaments importants. En l'àrea de salut mental, s'observa una prevalença significativa de problemes abans dels 14 anys, i destaca la necessitat de detecció i intervenció primerenques mitjançant la coordinació dels sectors educatiu, social i sanitari. Els trastorns de dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH) i els trastorns de la conducta alimentària (TCA) requereixen recursos especialitzats. Quant a la salut sexual i reproductiva, encara que existeixen programes com el PIES, persisteixen limitacions en l'accés a una educació sexual integral i serveis adaptats a les necessitats adolescents.

En termes de protecció social, els recursos disponibles, com els programes d'acolliment familiar i residencial, necessiten enfortir-se per a donar suport a la transició dels adolescents cap a la vida independent. A més, la violència cap a menors, inclosos el maltractament familiar i els conflictes entre iguals, continua sent una problemàtica important. Iniciatives com el Pla PREVI cerquen prevenir la violència i fomentar la convivència escolar.

De cara al futur, les prioritats estratègiques inclouen la prevenció de la pobresa infantil, la promoció de la participació social d'infants i adolescents, la lluita contra la violència cap a menors i la prevenció de conductes violentes entre joves. També se subratlla la necessitat de reforçar els sistemes de salut mental i educació amb enfocaments inclusius i sostenibles. En resum, la Comunitat Valenciana requereix polítiques integrals que garantisquen els drets, l'equitat i el benestar de la població infantil i adolescent, i abordar els reptes de manera coordinada i efectiva.

La infermeria escolar

El personal d'infermera escolar, segons Encinar (2015), és:

"La professional d'infermeria que treballa diàriament a l'escola per als i les escolars, professorat i famílies, contribuint al seu ple desenvolupament i màxim benestar físic, mental i social."

És una figura essencial dins de la comunitat educativa, que connecta l'àmbit escolar amb els serveis sanitaris d'atenció primària i especialitzada[360, 361]. La seua presència garanteix una atenció integral i contínua i enforteix la promoció de la salut i el maneig de situacions d'emergència dins de l'entorn escolar.

La infermeria escolar exerceix un paper crucial en l'educació i la salut global. En molts països desenvolupats, com els Estats Units, el Regne Unit, el Canadà i Austràlia, aquesta figura està

consolidada com a part del sistema educatiu. La seua missió és proporcionar cures de salut directes, gestionar malalties cròniques, promoure hàbits saludables i garantir entorns segurs¹⁰³.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) i l'Associació Internacional d'Infermeres Escolars (ISNA) reconeixen la infermeria escolar com un component clau en el benestar estudiantil. Estudis globals han demostrat que la seua presència:

1. Redueix les taxes d'absentisme escolar.
2. Millora els resultats acadèmics en abordar problemes de salut que interfereixen amb l'aprenentatge.
3. Promou la detecció precoç de trastorns físics, psicològics i socials.
4. Disminueix la càrrega en els sistemes sanitaris mitjançant prevenció i educació.

Nombrosos estudis ressalten la importància de la infermeria escolar. Diferents estudis mostren que els programes d'infermeria escolar redueixen hospitalitzacions i visites a urgències, igual que d'altres evidencien que l'estudiantat atès per la infermeria escolar tenen un 30% menys de dies d'absència relacionats amb problemes de salut crònica¹⁰⁴. Igualment, podria relacionar-s'hi el fet que l'alumnat presenta menors taxes d'obesitat, millors indicadors de salut mental i major compliment de programes de vacunació.

A Espanya, la infermeria escolar té una trajectòria consolidada en col·legis d'educació especial des de fa més de 30 anys. El Col·legi Públic d'Educació Especial María de Soriano a Madrid va ser pioner a incloure aquesta figura. La seua presència es va expandir amb la Llei 13/1982, que va permetre la integració d'infants amb discapacitat en centres educatius ordinaris. En 2009, la creació de l'Associació Nacional d'Infermeria Escolar (AMECE) va impulsar la definició de les seues competències i va establir estàndards per a la seua pràctica professional. A Espanya, la infermeria escolar està regulada principalment en la Comunitat de Madrid i la Comunitat Valenciana:

1. Comunitat de Madrid: L'Ordre 629/2014 estableix que tots els col·legis públics amb estudiantat que tinga necessitats sanitàries permanents o continuades ha de comptar amb servei d'infermeria escolar. No obstant això, la seua presència en col·legis ordinaris depèn de l'existència d'alumnes amb afectacions motores o trastorns del desenvolupament.
2. Comunitat Valenciana: Segons la Llei 8/2008, els centres d'educació especial han de comptar amb un membre d'infermeria escolar que depenga del departament sanitari corresponent.

La infermeria escolar a Espanya du a terme funcions fonamentals per al benestar de la comunitat educativa. Segons la Societat Científica Espanyola d'Infermeria Escolar[362], són:

¹⁰³Bernedo-Garcia, Maria Cristina, Quiroga-Sánchez, Enedina, Garcia-Murillo, Manuel Àngel, Márquez-Álvarez, Liliana, Arias-Ramos, Natalia, & Trevisson-Redondo, Bibiana. (2023). "La necesidad de la Enfermería Escolar: una revisión integradora de la literatura." *Enfermería Global*, 22 (72), 490-516. Epub 04 de desembre de 2023. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.560501>

¹⁰⁴ Xarxa SHE (Schools for Health in Europe network), disponible a: <https://www.educacionfpydeportes.gob.es/mc/sgctie/salud-escolar/redescuelassaludables.html>

1. Funció assistencial: Proveir d'atenció de salut integral mitjançant el procés d'infermeria, avaluant i gestionant necessitats específiques dins de l'entorn escolar.
2. Funció docent: Promoure hàbits saludables a través de programes d'educació sanitària dirigits a estudiantat, famílies i professorat.
3. Funció investigadora: Usar i generar evidència científica per a millorar la qualitat de les cures i avaluar-ne l'impacte en la comunitat escolar.
4. Funció gestora: Coordinar recursos materials i humans per a garantir una atenció eficient en l'entorn educatiu.

La implantació de la infermeria escolar genera múltiples beneficis:

- Atenció immediata i especialitzada: Brinda cura a tot l'estudiantat, gestiona emergències i monitorea condicions cròniques.
- Reducció de l'absentisme: L'alumnat amb malalties cròniques rep suport per a continuar l'escolarització de manera regular.
- Promoció d'hàbits saludables: Col·labora amb docents en l'educació sanitària des d'edats primerenques, cosa que contribueix a la formació d'adults més sans i informats.
- Suport a les famílies: Facilita la conciliació laboral i familiar alleujant la càrrega de cures mèdiques.
- Tranquil·litat per al professorat: Proporciona formació i informació sobre maneig d'emergències i condicions específiques de salut.

La universalització de la infermeria escolar es presenta com una mesura essencial per a millorar els indicadors de salut infantil i juvenil. Els països que han integrat aquesta figura com a part del seu sistema educatiu mostren una evidència clara de l'impacte positiu que té en la salut i el desenvolupament acadèmic.

En un context global en què les malalties cròniques, els problemes de salut mental i les conductes de risc augmenten, la infermeria escolar s'erigeix com un element clau per a protegir i promoure el benestar de les generacions futures. L'OMS, juntament amb organismes internacionals i locals, continua advocant per la inclusió d'aquesta figura en totes les escoles, com un dret per a tots els infants.

Escola promotora de salut

Una escola promotora de salut és aquella que enforteix de manera constant les característiques que la converteixen en un entorn saludable per a viure, aprendre i treballar[363]. Segons l'Organització Mundial de la Salut, aquestes escoles integren estratègies per a millorar la salut física, mental i social de tota la comunitat educativa, combinant polítiques escolars, programes educatius i serveis comunitaris en un enfocament integral[362-367].

El concepte d'escoles promotores de salut té arrels en iniciatives europees que van començar en la dècada de 1980:

- 1984: S'inicia el Moviment Europeu d'Educació per a la Salut a l'Escola a Anglaterra.
- 1986: En el Simposi Europeu d'Educació per a la Salut a l'Escola (Escòcia) es reafirma la importància d'integrar salut i educació.

- 1990: La Conferència Europea d'Educació per a la Salut (Dublín) advoca per incloure continguts de promoció de la salut en el currículum escolar obligatori.
- 1991: Es crea la Xarxa Europea d'Escoles Promotores de Salut (XEEPS) a Estrasburg, coordinada per l'OMS, la Unió Europea i el Consell d'Europa. Espanya s'hi va unir en 1993, amb la coordinació del Ministeri d'Educació i Cultura en col·laboració amb el Ministeri de Sanitat i Consum.

Principis fonamentals de les escoles promotores de salut

L'OMS (1998) defineix una escola promotora de salut com un entorn que:

- Involucra tota la comunitat educativa (estudiantat, professorat, famílies, personal de salut i líders comunitaris) en la tasca de promoure la salut.
- Fomenta la salut i l'aprenentatge mitjançant polítiques, programes i serveis clau de promoció de la salut.
- Ofereix un entorn segur, respecta l'autoestima individual i reconeix els assoliments personals.
- Treballa per a millorar la salut no sols de l'alumnat, sinó també del personal escolar, les famílies i la comunitat.

Les escoles promotores de salut tenen un impacte positiu tant en el benestar com en els resultats educatius[360, 363]. Alguns dels beneficis són:

1. Salut i benestar de l'alumnat. Promouen hàbits saludables i prevenen conductes de risc, com el consum de tabac, alcohol o drogues.
2. Resultats acadèmics. Milloren el rendiment educatiu en abordar factors de salut que afecten l'aprenentatge.
3. Justícia social i equitat. Redueixen desigualtats en garantir l'accés igualitari a oportunitats d'educació i salut.
4. Participació activa. Fomenten el desenvolupament del potencial individual i col·lectiu mitjançant la implicació de tota la comunitat escolar.
5. Integració en la vida escolar. Incorporen la salut en les activitats quotidianes, el currículum i els criteris d'avaluació.

La Xarxa d'Escoles per a la Salut a Europa (SHE)¹⁰⁵, anteriorment coneguda com a XEEPS, és una plataforma activa en 43 països. Té com a objectiu principal fer costat a organitzacions i professionals en el desenvolupament d'iniciatives de promoció de la salut escolar, i es basa en cinc pilars fonamentals:

1. Equitat: Garanteix accés igualitari a l'educació i la salut, de manera que contribueix a reduir desigualtats.
2. Sostenibilitat: Promou canvis duradors mitjançant la implementació sistemàtica durant almenys 5-7 anys.
3. Integració: Fomenta relacions respectuoses entre estudiantat, famílies i comunitats.

¹⁰⁵ Manual escolar online de SHE. 5 pasos hacia una escuela promotora de salud ¹⁰⁵. Disponible a: <http://acise.cat/wp-content/uploads/2018/11/Manual-SHE.pdf>

4. Apoderament: Capacita la comunitat educativa per a prendre decisions informades i aconseguir objectius en salut.
5. Democràcia: Es basa en valors democràtics i drets fonamentals.

La xarxa SHE ha desenvolupat recursos com el *Manual Escolar online de SHE* ¹⁰⁶ i el programa EDUSALUT¹⁰⁷ a Espanya, que facilita la implementació de projectes de promoció de la salut en escoles[368].

L'enfocament integral considera tots els aspectes de la vida escolar i, per tant, supera les activitats tradicionals a les aules. Per exemple, una estratègia d'alimentació saludable pot incloure:

- Activitats educatives a l'aula.
- Implicació de les famílies en la preparació d'aliments saludables.
- Gestió de menús escolars equilibrats.
- Control de la publicitat sobre alimentació dins de les escoles.

Aquest enfocament crea un entorn cohesionat que integra educació i salut com a pilars fonamentals per al desenvolupament dels estudiants.

La promoció de la salut en escoles té el suport d'iniciatives d'organitzacions internacionals com:

- OMS: Reconeix les escoles com a entorns clau per a la promoció de la salut.
- UNICEF: Destaca la importància de la salut per a garantir el dret a l'educació.
- UNESCO: Fomenta la inclusió de programes de salut en els sistemes educatius.
- CDC (Estats Units): Dona suport a la integració d'estratègies preventives en escoles.
- UIPES: Promou la col·laboració internacional per a enfortir programes de salut escolar.

Les escoles promotores de salut representen un model integral que combina aprenentatge, benestar i desenvolupament comunitari. En un món cada vegada més globalitzat, aquestes escoles no sols garanteixen la salut i l'educació de les generacions futures, sinó que també enforteixen el teixit social en construir comunitats saludables, equitatives i sostenibles.

El missatge central de la Xarxa SHE és clar: "Tots els infants tenen dret a educació, salut i seguretat. El futur d'Europa en depèn, i les escoles promotores de salut són un vehicle fonamental per a garantir-ne el benestar."

Universitats promotores de salut

Les universitats promotores de salut (UPS) representen una extensió de l'enfocament de promoció de la salut cap a l'àmbit acadèmic i promouen un model integral que afavoreix el benestar físic, mental, social i ambiental de tota la comunitat universitària. Aquest enfocament s'inspira en els

¹⁰⁶EDUSALUT. Disponible online a: <https://portal.edu.gva.es/formaciodelprofesorat/es/edusalud/>

¹⁰⁷ Xarxa Valenciana d'Universitats Públiques Saludables. Disponible a: <https://www.uv.es/uv-sostenibilitat/ca/participacio-institucional/xarxa-valenciana-universitats-publicques-saludables.html>

principis de la Carta d'Ottawa (1986), que destaca la importància de crear entorns saludables en tots els espais de vida quotidiana, inclosos els educatius, amb la finalitat de garantir un desenvolupament humà sostenible.

Una universitat promotora de salut és aquella institució que adopta la salut com un element central de la seua missió, i integra polítiques, estructures i activitats que fomenten el benestar de tota la comunitat universitària. A més, promou la sostenibilitat ambiental, l'equitat social i la responsabilitat col·lectiva. Els principals objectius de les UPS són:

1. Integrar la salut en totes les polítiques: Promovent pràctiques que afavorisquen la salut física i mental d'estudiantat, personal docent i administratiu i la comunitat local.
2. Fomentar el benestar integral: Millorant la qualitat de vida mitjançant la implementació de programes de salut física, mental, social i ambiental, i contribuir així a l'equilibri i desenvolupament de tots els membres de la comunitat universitària.
3. Promoure la sostenibilitat i l'equitat: Adoptant pràctiques sostenibles en l'ús de recursos i fomentant la justícia social i garantint que tots els membres tinguen accés equitatiu a oportunitats i serveis de salut.
4. Actuar com a agents de canvi social: Les UPS són espais d'investigació i acció, on es promouen estudis sobre els determinants socials de la salut i s'implementen estratègies per a reduir les desigualtats en salut.

Les universitats promotores de salut es guien pels següents principis, adaptats al context universitari:

1. Equitat: Asseguren l'accés igualitari a recursos i serveis relacionats amb la salut per a tots els membres de la comunitat universitària, independentment de l'origen, gènere o condició socioeconòmica.
2. Sostenibilitat: Promouen l'ús responsable dels recursos naturals, reduint la petjada ecològica mitjançant pràctiques respectuoses amb el medi ambient, com el reciclatge, l'eficiència energètica i la mobilitat sostenible.
3. Integració: Fomenten la col·laboració entre tots els membres de la comunitat universitària — estudiantat, personal docent i administratiu i la societat— per a crear un entorn saludable i dinàmic.
4. Apoderament: Incentiven els individus a prendre decisions informades sobre la seua salut, proporcionant-los els coneixements i habilitats necessaris per a cuidar del seu benestar en tots els aspectes de la vida.
5. Participació: Promouen la implicació activa dels membres de la comunitat universitària en la creació, implementació i avaluació de polítiques i programes de salut.

Les UPS aborden diverses àrees clau per al benestar de la comunitat universitària:

1. Salut física i mental:
 - Programes de prevenció i tractament per a problemes comuns, com l'estrès, l'ansietat i els trastorns derivats de les exigències acadèmiques.
 - Foment de l'activitat física mitjançant instal·lacions esportives i programes d'exercici accessibles per a tothom.
 - Campanyes de prevenció sobre el consum de substàncies nocives (tabac, alcohol, drogues) i promoció d'una alimentació saludable en els menjadors universitaris.

2. Benestar psicosocial:

- Serveis de suport psicològic per a estudiantat i personal docent i administratiu, per a ajudar a millorar la salut mental i emocional de la comunitat universitària.
- Programes destinats a promoure la resiliència, la gestió emocional i el benestar en situacions d'estrès.
- Creació d'espais segurs per a fomentar la inclusió i la diversitat que garantisquen un ambient universitari lliure de discriminació per gènere, raça, orientació sexual o qualsevol altra diferència.

3. Medi ambient i sostenibilitat:

- Reducció de la petjada de carboni a través d'iniciatives com el reciclatge, l'eficiència energètica i l'ús d'energies renovables al campus.
- Promoció de la mobilitat sostenible, amb alternatives com l'ús de bicicletes i transport públic.
- Creació de campus verds, amb àrees obertes que afavorisquen la connexió amb la naturalesa i el benestar de la comunitat universitària.

4. Educació i alfabetització en salut:

- Incorporació de continguts relacionats amb la salut en els programes acadèmics, tant a nivell de grau com de postgrau.
- Oferiment de tallers, seminaris i activitats extracurriculars que ensenyen hàbits saludables, prevenció de malalties i autocura.
- Desenvolupament d'habilitats de vida que ajuden l'estudiantat a afrontar tant els reptes personals com professionals.

El model d'universitats promotores de salut rep el suport de diverses iniciatives internacionals que cerquen impulsar la col·laboració i l'intercanvi de bones pràctiques a nivell global:

1. Xarxa d'Universitats Promotores de Salut de l'OMS (*HPS Network*): Una xarxa mundial que fomenta la cooperació entre universitats per a compartir experiències i promoure la salut als campus universitaris.
2. Iniciativa de Promoció de la Salut al Campus (*Healthy Campus Initiative*): Un esforç global que té com a objectiu transformar els campus universitaris en espais que no sols oferisquen educació, sinó que també promoguen la salut i el benestar de l'estudiantat i del personal.
3. Declaració d'Okanagan (2015): Un document clau que reafirma el compromís de les universitats amb la promoció de la salut reconeixent-ne el paper essencial en la creació de comunitats més saludables i sostenibles.
4. Xarxa Iberoamericana d'Universitats Promotores de Salut (RIUPS): Una xarxa que agrupa universitats d'Amèrica Llatina i Espanya que treballen juntes per a implementar estratègies adaptades a les necessitats locals en la promoció de la salut.

Les UPS tenen un impacte positiu a nivell individual, comunitari i institucional:

- A nivell individual: Milloren la qualitat de vida dels membres de la comunitat universitària, redueixen l'estrès i l'ansietat i promouen una millor salut física i mental, la qual cosa es tradueix en un major rendiment acadèmic i professional.

- A nivell comunitari: Enforteixen els llaços entre la universitat i la societat local en promoure una cultura de salut que s'estén més enllà dels murs del campus i contribueix al desenvolupament de comunitats més resilients.
- A nivell institucional: Augmenten el prestigi i la rellevància de les universitats com a agents de canvi social, la qual cosa genera un impacte positiu en la societat i les posiciona com a models a seguir en l'àmbit de la sostenibilitat i la salut.

En un context global en què els reptes de salut pública, l'equitat social i la sostenibilitat ambiental són cada vegada més complexos, les universitats promotores de salut tenen un paper fonamental en la construcció d'un futur més saludable i equitatiu. Aquestes institucions no sols preparen als professionals del futur, sinó que també formen una ciutadania compromesa amb el benestar col·lectiu i el desenvolupament de comunitats resilients.

Secundades per organismes internacionals com l'OMS i xarxes com la RIUPS, les UPS continuen creixent, adaptant-se als contextos locals i avançant en la integració de la salut en totes les seues polítiques i pràctiques. En aquest sentit, les universitats poden liderar el camí cap a un futur en el qual la salut, l'educació i la sostenibilitat es troben estretament connectades i milloren la qualitat de vida de tots els seus membres.

La Xarxa Espanyola d'Universitats Saludables (REUS) va ser constituïda oficialment el 22 de setembre de 2008 amb l'objectiu de fomentar el desenvolupament de projectes que promoguen la salut en les universitats espanyoles. Aquesta xarxa, impulsada pel Ministeri de Sanitat, el Ministeri d'Educació i la Conferència de Rectors de les Universitats Espanyoles (CRUE), cerca enfortir el paper de les universitats com a entorns promotors de la salut i contribuir al benestar de la societat en general. Entre els seus objectius destaquen:

- Potenciar la universitat com a entorn promotor de la salut, tant per a la comunitat universitària com per a la societat en conjunt.
- Fomentar la investigació i docència en el camp de la promoció de la salut.
- Facilitar l'intercanvi d'experiències i bones pràctiques en la promoció de la salut.
- Promoure el treball conjunt entre universitats, organismes de salut pública i altres institucions comunitàries.

L'1 d'abril de 2014 es va constituir la Xarxa Valenciana d'Universitats Públiques Saludables¹⁰⁸, un exemple de col·laboració entre les universitats públiques de la Comunitat Valenciana. Aquesta xarxa promou, entre altres activitats, la difusió de la dieta mediterrània i duu a terme diverses iniciatives relacionades amb la prevenció de malalties i el foment d'hàbits saludables. Així, contribueix al benestar de la comunitat universitària i estén el seu impacte cap a la societat.

La Universitat de València forma part de la Xarxa Vives d'Universitats, una institució sense ànim de lucre que agrupa i coordina a 22 universitats en l'àmbit de l'educació superior, la cultura i la llengua. Segons la seua pàgina web, la Xarxa Vives lidera serveis per a les universitats amb l'objectiu de

¹⁰⁸Xarxa Valenciana d'Universitats Públiques Saludables. Disponible a: <https://www.uv.es/uv-sostenibilitat/ca/participacio-institucional/xarxa-valenciana-universitats-publicques-saludables.html>

contribuir a la construcció i desenvolupament econòmic i social de la regió universitària transfronterera de l'Europa Mediterrània.

El 14 de novembre de 2018, la Universitat de València va ser l'amfitriona del I Taller Fòrum Vives d'Universitats Saludables, un esdeveniment clau dins de la Xarxa Vives. L'objectiu d'aquest fòrum era iniciar el procés de creació d'un model estratègic de referència per a universitats saludables i sostenibles, a fi de promoure el benestar i la sostenibilitat als campus universitaris. Aquest model es va basar en la proposta de pla de Campus Saludable i Sostenible per a les universitats de la Xarxa Vives, un document precursor elaborat el juny de 2018. Aquest pla va establir les bases per a l'elaboració d'un model més ampli i integrador que tinguera com a eixos principals la salut, el benestar i la sostenibilitat ambiental de les universitats membres.

Finalment, l'1 de febrer de 2019 es va completar el Model Estratègic de Referència d'Universitats Saludables i Sostenibles, un document que marca el camí per a la integració d'estratègies de salut i sostenibilitat als campus universitaris. Aquest model promou la creació de campus que no sols siguen saludables i sostenibles, sinó també inclusius, resilients i compromesos amb els objectius globals de desenvolupament.

La Xarxa Vives d'Universitats es posiciona així com un actor clau en la implementació de l'Agenda 2030 per al Desenvolupament Sostenible, i contribueix a la construcció d'un sistema universitari que no sols fomenta l'educació de qualitat, sinó també la salut i la sostenibilitat ambiental com a pilars fonamentals per a la millora del benestar de les comunitats universitàries i la societat en general.

UNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

Facultat d'Infermeria i Podologia

Capítol 34: Obesitat infantil

L'obesitat infantil

L'obesitat infantil és un trastorn crònic caracteritzat per un excés de greix corporal que pot perjudicar la salut física, mental i social dels infants i adolescents. El diagnòstic generalment es realitza a través de l'Índex de Massa Corporal (IMC), ajustat per l'edat i el sexe utilitzant percentils específics en les taules de creixement. Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), es considera sobrepès quan l'IMC està per damunt del percentil 85 i obesitat quan supera el percentil 95.

L'adolescència representa un període crític, perquè durant aquesta etapa els hàbits alimentaris i els nivells d'activitat física tenen un impacte significatiu en la salut futura. Si no s'aborda, l'obesitat infantil pot persistir en l'edat adulta i augmentar el risc de malalties com diabetis tipus 2, hipertensió i malalties cardiovasculars.

L'obesitat infantil és un problema global en expansió. Segons estimacions de l'OMS, més de 170 milions d'infants menors de 18 anys presenten sobrepès o obesitat. A Europa, aproximadament el 25% dels infants pateixen aquestes condicions, i el sud del continent en concret és de les regions més afectades. A Espanya, dades de l'estudi ALADINO (Alimentació, Activitat Física, Desenvolupament Infantil i Obesitat) [235, 345, 358, 369] revelen que el 40% dels infants entre 6 i 9 anys presenten excés de pes, dels quals un 23% estan en situació de sobrepès i un 17% són obesos. Aquest panorama situa Espanya entre els països europeus amb major prevalença d'obesitat infantil.

La incidència d'obesitat infantil ha augmentat de manera alarmant les últimes dècades. Estudis longitudinals mostren que en països d'ingressos alts la prevalença s'ha duplicat i en alguns casos triplicat des dels anys vuitanta. En països d'ingressos mitjans i baixos, on coexisteixen problemes de desnutrició i obesitat, la transició nutricional ha accelerat el problema. L'obesitat infantil ha evolucionat com una epidèmia global a causa de la interacció de factors genètics, conductuals i ambientals. Durant les últimes dècades, els entorns urbans i la disponibilitat d'aliments ultraprocessats han contribuït a l'augment de la ingesta calòrica i la reducció dels nivells d'activitat física, la qual cosa ha exacerbat la situació.

Entre les principals causes d'obesitat infantil hi ha:

- Factors genètics: La predisposició genètica té un paper significatiu en el desenvolupament de l'obesitat, encara que no pot explicar per si sola l'augment global de la prevalença.
- Factors ambientals: L'accés limitat a aliments saludables i l'exposició constant a aliments ultraprocessats rics en calories i baixos en nutrients són determinants clau.
- Estil de vida sedentari: La disminució de l'activitat física i el temps creixent dedicat a activitats sedentàries, com veure televisió i usar dispositius electrònics, agreugen el problema.
- Factors socials i econòmics: La pobresa i el baix nivell educatiu dels cuidadors s'associen amb taxes més altes d'obesitat infantil.
- Psicologia i conducta: Els infants que experimenten estrès, ansietat o falta de son tenen més risc de desenvolupar obesitat a causa d'alteracions en els patrons alimentaris i metabòlics.

Diagnòstic i detecció

El diagnòstic d'obesitat en la infància es realitza avaluant l'IMC en relació amb taules de creixement específiques per a l'edat i el sexe de l'infant. No obstant això, aquest indicador no mesura directament el greix corporal, per la qual cosa es pot complementar amb altres mètodes com:

- Mesurament de plecs cutanis.
- Anàlisi de composició corporal (impedància bioelèctrica).
- Estudis d'imatge en casos específics.

A més, és fonamental identificar possibles complicacions relacionades, com resistència a la insulina, dislipèmia, hipertensió i alteracions ortopèdiques.[235] L'avaluació ha d'incloure una història clínica detallada i antecedents familiars d'obesitat i malalties metabòliques.

La detecció precoç permet intervenir de manera oportuna, la qual cosa pot prevenir la progressió cap a complicacions cròniques. La infància i l'adolescència són períodes crítics en els quals el creixement i el desenvolupament poden veure's afectats negativament per l'obesitat. Per a la detecció precoç és necessari:

- Controls pediàtrics periòdics: Inclouen el mesurament del pes, de la talla i de l'IMC durant les visites rutinàries.
- Programes escolars: Cribratges realitzats en escoles per a identificar infants amb excés de pes.
- Avaluacions familiars: Identificació de factors de risc compartits a casa, com hàbits alimentaris i activitat física.

Factors de risc

L'obesitat infantil està influïda per una combinació de factors individuals i de l'entorn:

- Individuals: Genètica, metabolisme, trastorns psicològics.
- Familiars: Patrons dietètics no saludables, activitat física limitada a casa.
- Entorns obesogènics: Urbanització, accessibilitat a aliments calòrics i falta d'espais per a fer exercici.
- Publicitat i mitjans: Promoció massiva d'aliments ultraprocessats dirigits a infants.

En el context d'atenció primària, el personal d'infermeria comunitària exerceix un paper fonamental en el maneig de l'obesitat infantil[247, 358-360, 369]. La seua funció abasta aspectes preventius, educatius i de seguiment, i es posiciona com un eix essencial en les estratègies per a abordar aquesta problemàtica. Així, la seua importància radica en:

1. Prevenció i promoció de la salut
 - Educació en estils de vida saludables: Lideren tallers i sessions educatius per a famílies enfocats en l'adopció d'hàbits saludables com una dieta equilibrada i la pràctica d'exercici físic regular.
 - Sensibilització comunitària: Participen en campanyes de conscienciació dirigides a la comunitat en què s'aborden els riscos associats a l'excés de pes.

2. Cribratge i detecció precoç

- Identificació de riscos: Durant visites domiciliàries i consultes en centres de salut, avaluen indicadors de risc, com l'IMC, l'alimentació familiar i els patrons d'activitat física.
- Avaluacions comunitàries: Organitzen cribratges en escoles i esdeveniments locals i identifiquen casos d'obesitat en estadis inicials.

3. Seguiment personalitzat

- Planificació de cures: Desenvolupen plans personalitzats que inclouen canvis graduals en la dieta i recomanacions d'activitat física adaptades a cada infant.
- Monitoratge continu: Fan seguiment del progrés, ajustant les intervencions segons l'evolució de cada cas.

4. Coordinació intersectorial

- Enllaç entre nivells assistencials: Actuen com a nexes entre atenció primària, especialistes i recursos comunitaris, fet que garanteix un enfocament integral.
- Col·laboració amb escoles: Treballen amb centres educatius per a implementar programes d'alimentació saludable i activitat física en l'entorn escolar.

5. Suport psicosocial

- Intervencions familiars: Aborden les dinàmiques familiars que influeixen en els hàbits de l'infant, oferint suport i estratègies per a millorar la cohesió i la presa de decisions saludables en la llar.
- Reducció de l'estigma: Promouen una visió positiva i lliure de judicis cap als infants amb obesitat que els ajude a construir autoestima i resiliència.

El rol del professional d'infermeria comunitària és crucial per a connectar les polítiques de salut pública amb les necessitats reals de les comunitats[364]. El seu enfocament pròxim i preventiu permet reduir la incidència d'obesitat infantil i millorar la qualitat de vida de les famílies afectades. A més, el seu treball complementa les estratègies globals en proporcionar un seguiment constant i adaptat als contextos específics de cada població.

Prevenió de l'obesitat

La prevenció de l'obesitat infantil s'enfoca en tres nivells principals, dissenyats per a abordar les diferents etapes del desenvolupament i les condicions que contribueixen a l'excés de pes[358, 364]:

1. Prevenció primària

- Dirigida a prevenir l'inici del sobrepès i l'obesitat en infants sans.
- Es basa a promoure una dieta equilibrada, augmentar l'activitat física i educar famílies i comunitats sobre hàbits de vida saludables.
- Exemple: Programes escolars per a incentivar el consum de fruites i verdures.

2. Prevenció secundària

- Centrada en la detecció precoç del sobrepès mitjançant cribratges i avaluacions.
- Cerca intervenir abans que l'obesitat cause complicacions significatives.
- Exemple: Programes de seguiment en atenció primària per a infants amb IMC en percentils alts.

3. Prevenció terciària

- Orientada a infants que ja presenten obesitat i complicacions associades.
- S'enfoca en el tractament i la gestió de l'obesitat, incloent-hi plans nutricionals específics i suport psicològic.

- Exemple: Grups de suport liderats per professionals de la salut per a famílies amb infants afectats.

Atenció en la consulta

El personal d'infermeria comunitària té un paper crucial en la detecció precoç, el seguiment i la intervenció en casos d'obesitat infantil[369]. La seua labor implica la identificació d'infants en risc, l'avaluació de factors relacionats amb l'obesitat i la provisió de recomanacions adequades per a prevenir i tractar aquesta condició

Abans d'iniciar qualsevol intervenció, el professional ha de realitzar una valoració inicial de l'infant, que inclou tant la informació demogràfica com la recopilació de dades sobre l'estil de vida, antecedents mèdics i familiars. Les següents determinacions i valoracions són essencials:

- Antecedents mèdics: Malalties prèvies, complicacions associades amb l'obesitat, diabetis tipus 2, hipertensió, trastorns respiratoris, etc.
- Antecedents familiars: Història d'obesitat, diabetis o malalties cardiovasculars en els progenitors o altres familiars.
- Hàbits alimentaris i activitat física: Preguntar sobre els patrons dietètics, com el consum d'aliments ultraprocessats, freqüència de menjar, *snacks*, begudes ensucrades, i sobre els nivells d'activitat física (temps dedicat a l'exercici, jocs, esports, temps davant de pantalles, etc.).
- Factors socioeconòmics: Nivell educatiu i ocupacional dels pares, situació econòmica de la família, accés a aliments saludables i a espais per a l'activitat física.

Respecte a determinacions, l'IMC és el paràmetre principal per a classificar el pes en funció de l'alçada i el pes corporal. En infants i adolescents, l'IMC s'ha d'interpretar segons les taules de referència de l'OMS, que ajusten l'índex per edat i sexe. S'ha d'identificar si l'infant presenta:

- Pes normal: IMC en el percentil 5 al 85.
- Sobrepès: IMC en el percentil 85 al 95.
- Obesitat: IMC per damunt del percentil 95.

El perímetre de cintura és un indicador de la distribució del greix corporal, particularment útil per a identificar risc cardiovascular. Es mesura al voltant de la cintura a l'altura del melic, amb l'infant de peus i en respiració normal. Un valor elevat pot ser indicatiu d'un major risc per a la salut.

Encara que el diagnòstic d'obesitat es basa principalment en l'IMC, en alguns casos és necessari realitzar proves complementàries (glucosa en dejú, perfil lipídic, funció hepàtica, etc.) per a avaluar complicacions relacionades i determinar el tractament adequat. Si se sospita que l'obesitat està relacionada amb factors emocionals (estrès, ansietat, depressió), el professional pot derivar l'infant a un psicòleg o psiquiatre infantil per a una avaluació més profunda.

Els qüestionaris són eines útils per a obtenir informació més detallada sobre els hàbits de vida, la percepció de la salut i el comportament alimentari de l'infant i de la seua família. Així, es poden usar qüestionaris validats com el qüestionari sobre hàbits alimentaris[370] o l'enquesta de nutrició

infantil[371], que permet recopilar informació sobre els patrons de consum de l'infant. Algunes preguntes clau inclouen:

- Quantes racions de fruites i verdures consumeix l'infant al dia?
- Amb quina freqüència l'infant consumeix begudes ensucrades o refrescos?
- Quantes vegades al dia realitza menjades fora de casa (*fast food*, *snacks*, etc.)?

Cal no oblidar-se d'avaluar els nivells d'activitat física de l'infant i el temps que dedica a activitats sedentàries, com veure la televisió o usar dispositius electrònics. Algunes preguntes inclouen:

- Quants minuts d'activitat física moderada o vigorosa realitza l'infant al dia?
- Quant temps passa l'infant veient la televisió o jugant a videojocs durant la setmana?
- Fa esport o activitats recreatives fora de l'escola?

I, tampoc, l'avaluació dels hàbits i la influència familiar en els hàbits alimentaris i d'activitat física de l'infant. Algunes preguntes són:

- Els pares participen en les activitats físiques amb l'infant?
- L'infant té accés a aliments saludables a casa (fruites, verdures, proteïnes magres)?
- Com es gestionen els menjars a casa? (Ex. àpats en família, horaris regulars, etc.).

Respecte al pla d'intervenció i seguiment, el professional d'infermeria comunitària ha de proporcionar educació nutricional, explicant a l'infant i als seus pares els principis d'una alimentació equilibrada. És essencial promoure el consum d'aliments frescos i naturals (fruites, verdures, cereals integrals), la reducció d'aliments ultraprocessats, rics en sucres, greixos saturats i sal i la importància dels horaris regulars de menjar i la moderació en les porcions.

El professional ha de recomanar una quantitat adequada d'activitat física, que en infants hauria de ser d'almenys 60 minuts al dia. Això pot incloure jocs a l'aire lliure, esports i caminades i la reducció del temps sedentari. Així mateix, cal limitar el temps davant de les pantalles.

El seguiment s'ha de realitzar cada tres a sis mesos, depenent de l'evolució de l'infant. Durant les consultes de seguiment, s'han de repetir els mesuraments de l'IMC, perímetre de cintura i revisar l'adherència al pla d'intervenció. En casos en què l'infant no experimente millores, s'haurà de considerar una derivació a un especialista (pediatre, endocrinòleg o nutricionista). Si la intervenció inicial no és suficient o si es detecten complicacions metabòliques o psicològiques greus, el personal infermer ha de derivar l'infant a altres professionals.

El protocol d'atenció i detecció de l'obesitat infantil en la consulta d'infermeria comunitària té com a objectiu no sols la identificació primerenca de l'obesitat, sinó també la intervenció educativa i preventiva per a reduir els riscos associats. A través de mesuraments adequats, qüestionaris informatius i un enfocament multidisciplinari, el personal d'infermeria comunitària exerceix un paper clau en la lluita contra l'obesitat infantil i la millora de la salut de les futures generacions.

L'estratègia NAOS

L'Estratègia NAOS (Estratègia per a la Nutrició, Activitat Física i Prevenció de l'Obesitat)¹⁰⁹ és una iniciativa impulsada en 2005 pel Ministeri de Sanitat d'Espanya, a través de l'Agència Espanyola de Seguretat Alimentària i Nutrició (AESAN)[372], i és una eina essencial en la lluita contra l'obesitat infantil a Espanya. El seu principal objectiu és reduir les taxes d'obesitat i fomentar hàbits saludables entre la població espanyola, amb especial èmfasi en la infància, donat l'alarmant augment d'aquesta malaltia en els últims anys. NAOS adopta un enfocament integral, centrat en la promoció d'una alimentació equilibrada, l'increment de l'activitat física i la sensibilització sobre la importància dels estils de vida saludables. L'enfocament integral i multisectorial reflecteix el reconeixement que l'obesitat no és només un problema mèdic, sinó també social i cultural.

L'estratègia se sustenta en diversos pilars fonamentals que guien les seues accions i objectius. En primer lloc, cerca canviar l'entorn obesogènic que afavoreix els hàbits poc saludables. Això inclou regular l'oferta alimentària, fomentar entorns més actius i accessibles per a l'exercici físic i promoure la reformulació de productes alimentaris. En segon lloc, s'enfoca en l'educació, fomentant l'aprenentatge sobre nutrició des d'edats primerenques, tant a les escoles com en les llars. A més, treballa en col·laboració amb diversos sectors, incloent-hi l'àmbit sanitari, escolar, comunitari i empresarial, per a implementar mesures efectives i sostenibles. Es fonamenta en quatre àmbits d'intervenció:

1. Àmbit familiar i comunitari. NAOS reconeix el paper fonamental de les famílies en l'adopció d'hàbits saludables. Per això, fomenta l'educació parental sobre nutrició i activitat física a través de tallers, campanyes de conscienciació i guies pràctiques. En l'àmbit comunitari, promou activitats recreatives que incentiven la pràctica d'exercici físic i l'accés a aliments frescos en mercats locals.
2. Àmbit escolar. Les escoles són un entorn clau per a implementar l'estratègia, ja que els infants passen gran part del temps en aquests espais. NAOS advoca per la inclusió de programes educatius sobre alimentació saludable i exercici físic en els currículums escolars. A més, impulsa la millora dels menús escolars, promovent aliments frescos, equilibrats i amb baix contingut en greixos i sucres, així com l'eliminació de màquines expendedores de productes poc saludables.
3. Àmbit empresarial. En el sector empresarial, l'estratègia se centra en acords amb la indústria alimentària per a reformular productes i reduir el contingut de greixos, sucres i sal. També treballa en la regulació de la publicitat dirigida a menors, limitant la promoció d'aliments no saludables en horaris infantils. Així mateix, incentiva les empreses a implementar polítiques de benestar en el lloc de treball, com la promoció d'opcions saludables en menjadors i activitats físiques per a empleats.
4. Àmbit sanitari. En l'àmbit sanitari, NAOS reforça el paper dels professionals de salut en la prevenció i tractament de l'obesitat. Això inclou la formació contínua de personal mèdic i d'infermeria, així com dietistes, per a identificar i abordar l'excés de pes en infants. També

¹⁰⁹ Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. Disponible a: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm

fomenta la coordinació entre atenció primària i especialitzada per a garantir un seguiment integral i adaptat a les necessitats de cada pacient.

NAOS ha iniciat nombroses campanyes de conscienciació pública, com "Menja sa, fes exercici i cuida la salut"¹¹⁰ i "5 al dia"¹¹¹, que promouen el consum de fruites i verdures. Aquestes iniciatives es complementen amb col·laboracions amb organismes internacionals, com l'Organització Mundial de la Salut (OMS)[373], per a alinear les polítiques nacionals amb els estàndards globals de salut.

Des que es va implementar, l'Estratègia NAOS ha aconseguit avenços significatius en la sensibilització sobre l'obesitat infantil i en la col·laboració intersectorial. No obstant això, persisteixen reptes importants, com la resistència de certs sectors de la indústria alimentària, la limitada adopció d'hàbits saludables en entorns desfavorits i la necessitat de major finançament per a programes comunitaris i educatius. A més, l'increment del sedentarisme associat a l'ús de tecnologies digitals planteja nous reptes per a l'estratègia.

Estratègies poblacionals

Les estratègies poblacionals aborden l'obesitat infantil des d'un enfocament integral, reconeixent que aquest problema no es limita a eleccions individuals, sinó que està profundament influït per l'entorn social, econòmic i cultural. Aquestes estratègies cerquen canvis sostenibles en els sistemes i contextos que modelen els comportaments de les comunitats, promovent ambients saludables i reduint els factors de risc associats a l'obesitat[372, 373].

Un enfocament poblacional eficaç s'ha de basar-se en principis fonamentals que en guien el disseny i implementació. La inclusivitat i equitat és clau: cal assegurar que les polítiques beneficïen tots els grups, especialment les poblacions més vulnerables, com els infants de baixos ingressos o amb discapacitats. A més, la col·laboració multisectorial garanteix la participació de diversos actors, des de governs fins a organitzacions comunitàries, per a abordar els múltiples determinants de l'obesitat. Un altre principi essencial és l'adaptació cultural i local, que permet que les estratègies siguin rellevants i efectives dins de contextos específics, considerant factors socials i econòmics únics. Finalment, la sostenibilitat assegura que les intervencions puguin mantenir-se a llarg termini, amb finançament adequat i compromís polític.

Les estratègies poblacionals inclouen tres grans components: les estructures governamentals, les polítiques per a tota la població i les intervencions comunitàries.

1. Estructures governamentals per a donar suport a les polítiques i intervencions. La capacitat d'un govern per a liderar i coordinar iniciatives és essencial en qualsevol estratègia poblacional. Això requereix un lideratge polític sòlid que impulse accions prioritàries i mobilitze recursos. La integració de la salut en totes les polítiques és un altre element clau, en què les consideracions de salut pública s'incorporen en àrees com urbanisme, transport i educació. A més, és fonamental comptar amb sistemes de monitoratge que permeten avaluar l'impacte

¹¹⁰ Come sano y muévete: 12 decisiones saludables. Disponible a: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/educanaos/come_sano_muevete.pdf

¹¹¹ Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. Disponible a: <https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos.pdf>

de les polítiques implementades, identificar àrees de millora i garantir transparència en el procés de presa de decisions.

2. Polítiques i iniciatives per a tota la població. Les polítiques poblacionals tenen com a objectiu modificar els entorns que fomenten conductes poc saludables. Una mesura destacada és la regulació de la publicitat d'aliments i begudes malsanes dirigida a infants, ja que aquesta influència promou el consum de productes ultraprocessats. Una altra iniciativa efectiva és la implementació d'impostos sobre begudes ensucrades i aliments no saludables, combinats amb subsidis per a productes frescos i nutritius. Aquestes mesures no sols desincentiven el consum d'aliments perjudicials, sinó que també poden finançar programes de salut pública. Així mateix, l'etiquetatge frontal en aliments proporciona als consumidors informació clara sobre el contingut nutricional i els ajuda a prendre decisions més informades.
3. Intervencions comunitàries. Les intervencions a nivell comunitari són fonamentals per a adaptar les estratègies a les necessitats locals. Inclouen programes escolars que fomenten una alimentació saludable i l'activitat física, així com projectes en comunitats urbanes per a crear espais segurs per a l'exercici. Els tallers d'educació nutricional dirigits a famílies també són efectius, ja que enforteixen el rol dels cuidadors en l'adopció d'hàbits saludables a casa. Les intervencions comunitàries sovint combinen múltiples components, com l'educació, el canvi en l'entorn físic i l'accés a recursos, per a maximitzar-ne l'impacte.

Les estratègies poblacionals poden tenir un impacte significatiu en la reducció de l'obesitat infantil i en la promoció d'hàbits saludables. No obstant això, s'enfronten a reptes com la resistència de la indústria alimentària, la falta de recursos en països d'ingressos baixos i la necessitat de compromisos polítics a llarg termini. Per a superar aquests obstacles, és essencial enfortir la col·laboració internacional i garantir la participació activa de tots els sectors de la societat.

Al nostre país destaca, per exemple, el Nutri-Score, que en oferir informació nutricional comprensible i fomentar eleccions saludables contribueix a millorar els hàbits alimentaris en les famílies. No obstant això, el seu impacte es maximitza quan es complementa amb altres polítiques i programes educatius que promouen una alimentació equilibrada i estils de vida actius des de la infància. Nutri-Score és un sistema d'etiquetatge frontal dissenyat per a informar de manera clara i senzilla sobre la qualitat nutricional dels aliments. El seu objectiu és ajudar els consumidors a prendre decisions més saludables i promoure així l'adquisició de productes que contribuïsquen a una dieta equilibrada. Aquest etiquetatge, introduït a Espanya en 2021, forma part de les mesures destinades a combatre problemes de salut pública com l'obesitat infantil[374, 375].

Nutri-Score és una etiqueta que classifica els aliments i begudes en una escala de cinc colors i lletres (A a E).

- A (verd fosc) indica els aliments amb millor qualitat nutricional.
- E (roig) representa els productes menys saludables.

El sistema es basa en un algorisme que pondera components positius (com fibra, proteïnes i contingut de fruites o verdures) i negatius (com greixos saturats, sucres i sodi). El resultat final és una puntuació que situa el producte en un dels cinc nivells.

Així, els avantatges de Nutri-Score per a prevenir l'obesitat infantil inclouen:

1. Informació clara i accessible. Nutri-Score simplifica la informació nutricional i facilita la comprensió fins i tot per als més joves i les seues famílies. Això pot ajudar a reduir l'exposició dels infants a productes ultraprocessats i rics en calories, greixos i sucres.
2. Educació alimentària. En fomentar la identificació d'opcions més saludables, Nutri-Score actua com una eina educativa. En el context de l'obesitat infantil, això resulta fonamental per a millorar els hàbits alimentaris des d'edats primerenques.
3. Promoció de canvis en la indústria. La implementació de Nutri-Score incentiva els fabricants a reformular els seus productes per a millorar les puntuacions. Això pot traduir-se en una reducció del contingut de sucres i greixos saturats en aliments destinats a infants.
4. Foment de dietes equilibrades. L'etiquetatge destaca aliments rics en nutrients beneficiosos, com fruites, verdures i cereals integrals, que són essencials en la prevenció de l'obesitat.
5. Complement a polítiques de salut pública. A Espanya, Nutri-Score s'alinea amb l'Estratègia NAOS (Nutrició, Activitat Física i Prevenció de l'Obesitat) i enforteix els esforços per a reduir la incidència de l'obesitat infantil mitjançant intervencions basades en l'evidència.

Des que es va adoptar, Nutri-Score ha guanyat acceptació entre els consumidors espanyols, els quals en valoren la facilitat d'ús. Encara que no és obligatori implementar-lo, moltes marques han optat per adoptar-lo, la qual cosa ha contribuït a millorar la transparència en el mercat alimentari. Malgrat els avantatges, Nutri-Score no és una solució única per a l'obesitat infantil. La seua eficàcia depèn de:

- L'educació contínua de la població sobre la interpretació de l'etiqueta.
- La integració amb altres estratègies, com la regulació de la publicitat infantil i programes educatius en escoles.
- Una major promoció per a aconseguir un ús més ampli i estandarditzat en tots els productes.

D'altra banda, a nivell autonòmic, destaca l'Observatori de l'Obesitat per a l'Acció en Salut Infantil (OOASI), un projecte desenvolupat conjuntament per la Direcció d'Atenció Primària del Departament de Salut de la Ribera i el Centre de Salut Pública d'Alzira¹¹² que publica butlletins periòdics amb consells, factors afavoridors i anàlisis de les dades¹¹³.

Polítiques

L'obesitat infantil és un repte global que requereix accions coordinades entre països i institucions internacionals. Els organismes globals, com l'Organització Mundial de la Salut (OMS), han liderat iniciatives per a combatre aquest problema mitjançant estratègies que aborden els determinants socials, ambientals i econòmics de l'obesitat. Aquestes polítiques se centren a promoure entorns saludables, millorar l'educació nutricional i establir normatives per a la prevenció.

En 2014, l'OMS va crear la comissió per posar fi a l'obesitat infantil (*Early Childhood Obesity Prevention Program*, ECHO). Aquest organisme busca proporcionar un marc d'acció global per a frenar

¹¹² Observatori d'Obesitat Infantil - OOASI Disponible a: <https://laribera.san.gva.es/es/observatorio-de-obesidad-infantil-ooasi>

¹¹³ Observatori d'obesitat per a l'acció en salut. Disponible a: <https://laribera.san.gva.es/documents/d/laribera/boletin-ooasi-n-6>

i revertir l'augment de l'obesitat en infants. En l'informe de 2016, la Comissió va identificar sis àrees clau per a les polítiques internacionals:

- Promoció d'entorns saludables. Els països han de garantir que els entorns alimentaris i físics permeten eleccions saludables. Això inclou la implantació d'impostos sobre begudes ensucrades i aliments poc saludables, la regulació de la publicitat dirigida a infants de productes rics en greixos, sucres i sal, i la promoció de la disponibilitat d'aliments frescos i nutritius en entorns escolars i comunitaris.
- Programes preventius des de la primera infància. Intervencions primerenques per a fomentar hàbits saludables des dels primers anys de vida, com la promoció de la lactància materna exclusiva durant els primers sis mesos; educació per als pares sobre alimentació complementària saludable i el suport a dones embarassades per a prevenir l'obesitat gestacional.
- Foment de l'activitat física. Creació d'espais segurs per al joc actiu i activitats recreatives i la incorporació de programes d'activitat física obligatòria en els sistemes educatius.
- Educació i sensibilització mitjançant campanyes globals per a augmentar el coneixement sobre els riscos de l'obesitat infantil o l'ús de plataformes digitals per a difondre missatges educatius sobre alimentació i activitat física.
- Millora de l'accés a serveis de salut, incloent-hi la formació de professionals de la salut per a identificar i manejar l'obesitat infantil i la garantia d'accés equitatiu a programes de prevenció i tractament, especialment en països d'ingressos baixos i mitjans.
- Monitoratge i avaluació, establint sistemes de monitoratge a nivell nacional i internacional per a avaluar la prevalença d'obesitat infantil i l'impacte de les polítiques.

A més de la Comissió ECHO, d'altres iniciatives globals han contribuït a la lluita contra l'obesitat infantil:

1. Estratègia Mundial sobre Règim Alimentari, Activitat Física i Salut (OMS, 2004). Aquesta estratègia promou un enfocament integral per a reduir el risc de malalties no transmissibles (ENT), inclosa l'obesitat infantil. Les seues recomanacions inclouen:
 - Augment del consum de fruites i verdures.
 - Reducció del consum d'aliments ultraprocessats.
 - Increment de l'activitat física en totes les etapes de la vida.
2. Convenció sobre els Drets de l'Infant (ONU, 1989). Reconeix el dret dels infants a aconseguir el major nivell possible de salut. Això inclou l'accés a aliments saludables i un entorn que afavorisca el desenvolupament físic i mental.
3. Pla d'Acció Global per a la Prevenció i el Control de les MNT (2013-2020). Aquest pla estableix metes per a reduir l'obesitat i promoure estils de vida saludables. Una de les metes és aturar l'augment de l'obesitat infantil per a 2025, encoratjant als països a desenvolupar polítiques específiques.
4. La Declaració de Roma sobre la Nutrició (FAO i OMS, 2014). Aquest acord internacional destaca la importància dels sistemes alimentaris sostenibles per a garantir una nutrició adequada i prevenir l'obesitat infantil.

5. Reducció de greixos trans (OMS, 2018). L'OMS va llançar la iniciativa Replace, que té com a objectiu eliminar els greixos trans de la dieta global per a 2023. Aquesta mesura cerca reduir un dels factors de risc clau associats amb el desenvolupament d'obesitat.

Encara que les polítiques internacionals ofereixen un marc sòlid, afronten diversos reptes en la implementació:

- Desigualtats econòmiques: Els països en desenvolupament manquen de recursos suficients per a implementar polítiques eficaces.
- Resistència de la indústria alimentària: Les grans empreses d'aliments i begudes exerceixen pressió per a evitar regulacions estrictes.
- Falta de compromís polític: La implementació de polítiques de llarg termini requereix lideratge polític i coordinació intersectorial.

L'obesitat infantil és un problema global que requereix esforços conjunts per a ser abordat eficaçment. La col·laboració entre països permet:

- Compartir bones pràctiques i lliçons apreses.
- Mobilitzar recursos per a implementar polítiques en països amb menys capacitat econòmica.
- Establir normatives globals que limiten l'impacte dels entorns obesogènics.

La sinergia entre les polítiques nacionals i internacionals és fonamental per a garantir que els infants de tot el món cresquen en entorns saludables que promoguen el seu benestar físic, emocional i social.

Facultat d'Infermeria i Podologia

Capítol 35: Programes de prevenció del càncer

Malalties no transmissibles (MNT): Un repte global de salut pública

Com s'ha comentat en temes anteriors, les malalties no transmissibles (MNT), també conegudes com a malalties cròniques, representen una de les principals causes de mortalitat a nivell mundial. Aquestes patologies tendeixen a ser de llarga durada i són el resultat d'una complexa interacció entre factors genètics, fisiològics, ambientals i conductuals[172, 217, 376]. Entre les MNT més comunes hi ha les malalties cardiovasculars (com els atacs cardíacs i els accidents cerebrovasculars), el càncer, les malalties respiratòries cròniques (com la malaltia pulmonar obstructiva crònica i l'asma) i la diabetis. Cal destacar que més del 75% de les morts per MNT (32 milions) ocorren en països d'ingressos baixos i mitjans, fet que evidencia l'impacte desproporcionat que tenen en aquestes regions.

El desenvolupament de les MNT està estretament relacionat amb quatre factors de risc comportamentals que s'han intensificat en el marc de la transició econòmica, la urbanització accelerada i els estils de vida contemporanis. Aquests factors inclouen:

- Consum de tabac: Cada any, al voltant de 7,2 milions de persones moren a causa del tabaquisme, ja siga per consum directe o per exposició passiva. S'estima que aquest hàbit contribueix al 71% dels casos de càncer de pulmó, al 42% de les malalties respiratòries cròniques i al 10% de les malalties cardiovasculars.
- Dieta no saludable: El consum insuficient de fruites i verdures, juntament amb un excés de sal i greixos saturats, augmenta el risc de malalties cardiovasculars, càncer i diabetis. En molts països d'ingressos mitjans baixos, s'ha observat un ràpid augment en la ingesta de greixos des de la dècada de 1980.
- Inactivitat física: Al voltant d'1,6 milions de morts anuals s'atribueixen a la falta d'activitat física. Aquest sedentarisme incrementa entre un 20% i un 30% el risc de mortalitat per qualsevol causa i està relacionat amb malalties com la hipertensió, la diabetis tipus 2 i certs tipus de càncer.
- Consum nociu d'alcohol: L'ús perjudicial de l'alcohol provoca aproximadament 3,3 milions de morts a l'any. Més de la meitat d'aquestes morts estan associades a MNT, com malalties cardiovasculars, cirrosi hepàtica i diversos tipus de càncer.

Aquests factors de risc no afecten de manera equitativa totes les poblacions. Les persones en països d'ingressos baixos i mitjans i els grups socioeconòmicament més desfavorits solen estar més exposats, la qual cosa reflecteix les desigualtats subjacents en els determinants socials de la salut.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) i les Nacions Unides han identificat una estratègia clau coneguda com a "4x4". Aquesta matriu aborda quatre principals MNT (malalties cardiovasculars) – càncer, malalties respiratòries cròniques i diabetis – i els seus corresponents factors de risc. La implementació d'aquesta estratègia cerca prevenir i controlar la càrrega de les MNT a través d'intervencions específiques i sostenibles. Així, l'impacte dels factors de risc en la salut destaca:

- Tabaquisme: A més de ser responsable de milions de morts anuals, el tabaquisme té una prevalença més elevada en països d'ingressos mitjans alts, mentre que la incidència més alta entre els homes es troba en països d'ingressos mitjans baixos. Si les tendències actuals persisteixen, cap a 2030 el tabaquisme representarà més del 10% del total de morts globals.

- Sedentarisme: L'activitat física regular no sols redueix el risc de mortalitat, sinó que també prevé trastorns mentals, com la depressió, i malalties cròniques, com la diabetis, el càncer de còlon i la hipertensió. Encara que el sedentarisme és més freqüent als països d'ingressos alts, actualment es detecten nivells alarmants en dones de països d'ingressos mitjans.
- Consum nociu d'alcohol: Malgrat estar profundament integrat en moltes cultures, un 45% de la població adulta global no ha consumit mai alcohol. No obstant això, el consum per càpita és més alt en països d'ingressos elevats, i contribueix significativament a les MNT i altres complicacions de salut.
- Dieta no saludable: El consum excessiu de sal, greixos trans i aliments ultraprocessats ha generat un augment en la prevalença d'hipertensió i malalties cardiovasculars. En entorns amb recursos limitats, l'accés a aliments saludables continua sent un repte, la qual cosa exacerba la càrrega de malalties relacionades amb la dieta.
- Sobrepès i obesitat: Almenys 2,8 milions de persones moren cada any a conseqüència del sobrepès o l'obesitat. L'índex de massa corporal (IMC) elevat augmenta el risc de cardiopaties, accidents cerebrovasculars, diabetis tipus 2 i certs tipus de càncer. En algunes regions, com Europa, el Mediterrani Oriental i les Amèriques, més de la meitat de les dones presenten sobrepès.
- Infeccions relacionades amb el càncer: Al voltant del 18% dels casos de càncer a nivell mundial estan vinculats amb infeccions prevenibles, com les causades pel virus del papil·loma humà (VPH), el virus de l'hepatitis B i *Helicobacter pylori*. Les vacunes i les mesures per a evitar la transmissió han reduït significativament la càrrega d'aquestes infeccions als països amb majors recursos, però persisteixen en regions d'ingressos baixos.

Les MNT representen un repte global que exigeix una acció concertada per a abordar els factors de risc prevenibles i reduir les desigualtats en salut. L'estratègia "4x4" proporciona un marc efectiu per a combatre aquestes malalties, però requereix un compromís polític, social i econòmic sostingut. Abordar les MNT no sols millorarà la qualitat de vida de milions de persones, sinó que també reduirà la càrrega econòmica i social associada a aquestes patologies, i contribuirà al desenvolupament sostenible de les comunitats.

El càncer és una malaltia multifactorial caracteritzada pel creixement descontrolat de cèl·lules anormals que poden envair teixits adjacents i, en molts casos, disseminar-se a altres parts del cos a través de la metàstasi. Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), el càncer constitueix una de les principals causes de mort en el món, i el seu impacte segueix en augment a causa de l'envelliment poblacional i de l'exposició a factors de risc associats a l'estil de vida.

Càncer. Situació actual

A Espanya, el càncer és una de les principals causes de mort: representa prop del 27% del total de defuncions anuals segons dades recents de l'Institut Nacional d'Estadística (INE). Els tipus de càncer més prevalents al país inclouen el de pulmó, mama, còlon, pròstata i bufeta. La incidència ha mostrat un augment progressiu, amb més de 275.000 nous casos diagnosticats cada any. No obstant això, les taxes de supervivència han millorat gràcies als avenços en diagnòstic primerenc i tractaments més eficaços. Malgrat això, el càncer continua sent una càrrega significativa tant per als pacients com per al sistema sanitari.

El diagnòstic de càncer afecta profundament la qualitat de vida dels pacients i les seues famílies, ja que no sols implica conseqüències físiques, com fatiga, dolor i efectes secundaris dels tractaments, sinó també un impacte emocional i social. L'ansietat, la depressió i la por a la recurrència són comunes, mentre que els problemes econòmics derivats del cost del tractament o la incapacitat laboral agreugen encara més la situació.

El control del càncer es basa en una combinació d'estratègies de prevenció, detecció precoç, tractament i cures pal·liatives. Aquestes intervencions, integrades en programes nacionals, són fonamentals per a reduir la incidència i la mortalitat associades a la malaltia.

- **Prevenció (intervencions col·lectives):** La prevenció primària s'enfoca a minimitzar els factors de risc evitables. Intervencions com campanyes antitabac, promoció de dietes saludables, augment de l'activitat física i reducció del consum d'alcohol són essencials. A més, la vacunació contra el virus del papil·loma humà (VPH) i l'hepatitis B té un paper fonamental en la prevenció dels càncers de coll uterí i hepàtic, respectivament. El Codi Europeu contra el Càncer, elaborat per l'Agència Internacional per a la Investigació del Càncer (IARC), ofereix recomanacions pràctiques per a prevenir la malaltia. Entre els missatges clau destaquen: evitar el tabac, limitar el consum d'alcohol, protegir-se de l'exposició solar excessiva, mantenir un pes saludable, realitzar activitat física regularment i participar en programes de detecció precoç segons les indicacions nacionals.
- **Detecció precoç:** La detecció precoç permet identificar el càncer en etapes inicials, quan el tractament és més eficaç i menys agressiu. Programes de cribratge, com els dirigits al càncer de mama (mamografia), càncer colorectal (proves de sang oculta en femta i colonoscòpia) i càncer de coll uterí (citologia i proves de VPH), han demostrat reduir significativament la mortalitat associada.
- **Programes de cribratge: Efectivitat i desafiaments.** Els programes de cribratge han mostrat efectivitat en la reducció de la mortalitat per a certs tipus de càncer, sempre que s'implementen de manera adequada. No obstant això, també presenten reptes, com a falsos positius que generen ansietat innecessària, falsos negatius que retarden el diagnòstic i sobretractaments de lesions que mai haurien progressat a càncer invasiu. Els criteris d'avaluació inclouen cobertura poblacional, sensibilitat, especificitat i taxes de reducció de mortalitat en la població objectiu.
- **Tractament i curació.** El tractament del càncer inclou opcions com cirurgia, radioteràpia, quimioteràpia, teràpies dirigides i immunoteràpia. L'elecció depèn del tipus, estadi i característiques moleculars del tumor. Els avenços en teràpies personalitzades i enfocaments multidisciplinaris han millorat les taxes de curació i supervivència en molts tipus de càncer, especialment en els que es detecten en estadis primerencs.
- **Tractament pal·liatiu.** Per a pacients amb malaltia avançada o incurable, les cures pal·liatives són essencials per a alleujar el dolor, controlar els símptomes i millorar la qualitat de vida. Aquestes cures també s'estenen al suport psicològic i espiritual, tant per al pacient com per als seus cuidadors, i garanteixen una atenció integral en totes les etapes de la malaltia.

Programes de cribratge en la Comunitat Valenciana

A la Comunitat Valenciana es duen a terme els programes de cribratge de càncer de mama, de càncer colorectal i de càncer de cèrvix. Les característiques bàsiques d'aquests són:

El programa de prevenció de càncer de mama

El Programa de Prevenció de Càncer de Mama (PPCM) en la Comunitat Valenciana és una de les iniciatives més consolidades a Espanya per a la detecció precoç d'aquesta malaltia. Des de la implantació en 1992, el programa ha evolucionat fins a convertir-se en un model de referència a nivell nacional, i ha arribat a més de 30 anys de funcionament continu i efectiu. Va ser el segon programa d'aquest tipus a Espanya, després del de la Comunitat Foral de Navarra, i va aconseguir una implantació progressiva en tots els departaments de salut valencians.

L'objectiu principal del programa és reduir en un 30% la mortalitat per càncer de mama en les dones que participen en el cribratge. Per això, s'ofereix a les dones d'entre 45 i 69 anys una revisió mamogràfica bianual que inclou mamografia i, si és necessari, exploració clínica selectiva. Davant la sospita d'un cas, es garanteix una confirmació diagnòstica oportuna i l'accés a tractament especialitzat. Així, entre els objectius específics destaca:

- Alta participació: Aconseguir que almenys el 70% de les dones convocades acudisquen a la primera mamografia, amb una continuïtat mínima del 75% en els estudis successius.
- Qualitat en la detecció: Assegurar un estàndard tècnic elevat en les mamografies, amb taxes òptimes de detecció de càncer, precisió en biòpsies i valoració de paràmetres crítics com grandària tumoral i afectació ganglionar.
- Coordinació integral: Garantir la col·laboració efectiva entre serveis perquè el diagnòstic, tractament i seguiment es realitzen en el menor temps possible.
- Investigació i avaluació: Realitzar estudis epidemiològics sobre factors de risc i avaluar l'efectivitat del programa i la seua metodologia.

El programa va aconseguir en 2001 la cobertura total de dones de 45 a 65 anys, i posteriorment es va ampliar fins als 69 anys seguint recomanacions europees. En 2022, la Conselleria de Sanitat va anunciar l'extensió de l'edat màxima a 74 anys, efectiva des de gener de 2023, la qual cosa reflecteix el compromís amb la millora contínua del programa. Actualment es cobreix el 100% de la població diana, garantint accés equitatiu i gratuït.

Des de 1992 fins a desembre de 2020 es van realitzar més de 4,7 milions d'estudis mamogràfics, que van detectar aproximadament 19.600 càncers, la majoria en etapes precoces. Aquest diagnòstic primerenc ha contribuït significativament a reduir la mortalitat per càncer de mama en la Comunitat Valenciana en un 28% des de la implantació del programa. A més, la supervivència als cinc anys del diagnòstic se situa en un 86%, la més alta per a qualsevol tumor en dones.

El PPCM disposa de 29 unitats de prevenció de càncer de mama distribuïdes en 24 centres, la qual cosa permet cobrir tota la població objectiu. Les imatges obtingudes són analitzades per dos radiòlegs experts en cribratge mamogràfic, utilitzant el sistema BI-RADS per a classificar les lesions segons la probabilitat de malignitat.

El sistema BI-RADS, emprat en el programa, classifica les troballes mamogràfiques en cinc categories, des de troballes normals (Categoria 1) fins a lesions amb alta probabilitat de malignitat (Categoria 5), fet que facilita un enfocament diagnòstic estandarditzat i precís.

- Categoria 1: Normal. Res a ressenyar. No s'evidencien signes que suggerisquen patologia.
- Categoria 2: Benigna. Troballes de característiques inequívocament benignes.
- Categoria 3: Probablement benigna. Valor Predictiu Positiu (VPP) per a càncer entre 0,5 -2%.

- Categoria 4: Sospitosa de malignitat. VPP per a càncer entre 3-94%.
 - o 4a baixa.
 - o 4b sospita intermèdia.
 - o 4c moderada.
- Categoria 5: Alta probabilitat de malignitat. VPP per a càncer major a 95%.

El programa segueix un protocol rigorós per a garantir la participació:

1. Obtenció de llistats de dones de 45 a 69 anys per cada departament de salut.
2. Enviament d'una carta informativa inicial, seguida d'una carta de citació.
3. Reprogramació en cas d'inassistència a la primera cita.

L'interval entre cribratges és de dos anys, de manera que assegura una avaluació periòdica que maximitza les probabilitats de detecció precoç.

La taxa de participació supera el 71%, mentre que l'adhesió al llarg del temps arriba al 90%. Els avenços tecnològics han permès incrementar la taxa de detecció, que actualment ronda el 65%, gràcies a un diagnòstic més primerenc i precís. L'ús de tractaments conservadors també ha augmentat, i s'aplica en el 90% dels casos diagnosticats.

El programa també sensibilitza sobre factors de risc, que es divideixen en no modificables i modificables:

- No modificables: sexe femení, major edat, antecedents familiars de càncer de mama, mutacions genètiques (BRCA1 i BRCA2), major densitat de teixit mamari i exposició prolongada a estrògens.
- Modificables: nul·liparitat o embaràs tardà, absència de lactància materna, tractament hormonal substitutiu, dieta desequilibrada, sedentarisme, obesitat, consum d'alcohol, tabaquisme, dèficit de vitamina D i exposició a radiacions ionitzants.

El Programa de Prevenció de Càncer de Mama en la Comunitat Valenciana ha demostrat ser una eina clau per a reduir la mortalitat per aquesta malaltia. Amb un enfocament centrat en la detecció precoç i l'accés equitatiu, ha millorat la qualitat de vida i la supervivència de milers de dones. L'ampliació del rang d'edat i la millora contínua en els processos diagnòstics en garanteixen l'efectivitat com a model de salut pública que podria inspirar a altres regions a nivell nacional i internacional.

Taula 23. Estructura del Programa de Prevenció del Càncer de Mama

	PROVES COMPLEMENTÀRIES	RESULTAT	OPCIÓ
Categoria 1:			Cita normal
Categoria 2:			Cita normal
Categoria 3	Ecografia		Cita normal

	PAAF/BAAG	Benigna	Cita normal
			Cita propera
		Premaligna	Tractament
		Maligna	Tractament
Categoria 4:	PAAF/BAAG	Benigna	Cita propera
Categoria 5:			
		Premaligna	Tractament
		Maligna	Tractament

Programa de cribratge del càncer colorectal¹¹⁴

El càncer colorectal, una malaltia que afecta l'intestí gruixut, té l'origen en lesions conegudes com a pòlips. Encara que la majoria dels pòlips són benignes, alguns poden transformar-se en càncer amb el pas del temps, generalment entre 10 i 15 anys. La detecció precoç d'aquests pòlips és fonamental, ja que permet tractar les lesions abans que evolucionen cap a un estat maligne.

El càncer colorectal és un dels tumors més freqüents en la població i ha mostrat un augment sostingut en la incidència durant els últims anys. La tendència a l'alça fa imprescindible la implementació d'estratègies preventives efectives, com els programes de cribratge, que permeten identificar la malaltia en estadis inicials i així millorar les taxes de curació i reduir la mortalitat associada.

El Programa de Cribratge de Càncer Colorectal de la Comunitat Valenciana va començar en 2005, amb l'objectiu principal de detectar el càncer en etapes primerenques, quan el tractament és més eficaç. A més, en intervenir precoçment en les lesions precursors, es redueix significativament la probabilitat que aquestes progressen a càncer. Una de les principals fortaleeses del programa és l'efectivitat: aproximadament 3 de cada 1.000 persones que participen són diagnosticades amb càncer colorectal, la majoria en fases inicials. Aquest diagnòstic primerenc augmenta considerablement les possibilitats de curació.

El cribratge es basa en la detecció de petites quantitats de sang en la femta, que no són visibles a simple vista. Actualment, la prova de sang oculta en femta (SOF) és el mètode més utilitzat en els programes de cribratge a causa de la seua alta relació cost-efectivitat. Aquest procediment,

¹¹⁴ Programa de Prevenció del Càncer Colorectal. Disponible a:

<http://www.sp.san.gva.es/sscc/opciones4.jsp?Opcion=PREVCANCOLOR&MenuSup=PREVCAN&Nivel=2>
https://www.san.gva.es/documents/151311/6880015/Folleto_CCR_actualizado_2019.pdf

recomanat des de 2003 pel Consell de la Unió Europea per a la prevenció del càncer de còlon i recte, és senzill, no invasiu i altament eficaç. Els criteris d'interpretació de la prova són:

- Resultat positiu: Una concentració d'hemoglobina en femta igual o superior a 100 ng/ml es considera positiva. En aquests casos, el pacient és derivat a assistència especialitzada per a confirmar el diagnòstic mitjançant una colonoscòpia.
- Resultat negatiu: Indica absència de sang en la femta, i el pacient serà citat novament per a una nova prova, seguint l'interval estàndard de dos anys.
- Errors tècnics: Si la prova no pot ser avaluada a causa de problemes tècnics, s'informa el pacient i se li remet nou material per a repetir la prova.

Quan els resultats de la prova siguen negatius o derivats d'errors tècnics, són comunicats al participant per carta per a garantir una atenció adequada i personalitzada.

El programa també emfatitza la importància de comprendre els factors de risc associats a la malaltia, que es divideixen en no modificables i modificables:

- Factors no modificables:

Major edat.

Diabetis tipus 2.

Historial personal de pòlips o càncer colorectal.

Malalties inflamatòries intestinals, com colitis ulcerosa o malaltia de Crohn.

Antecedents familiars de càncer colorectal.

- Factors modificables:

Dieta no equilibrada, especialment rica en greixos animals i baixa en fibra.

Sedentarisme.

Obesitat.

Consum excessiu d'alcohol.

Tabaquisme.

El cribratge poblacional organitzat a la Comunitat Valenciana ha demostrat ser una eina fonamental per a reduir la incidència i mortalitat per càncer colorectal. En detectar la malaltia en etapes inicials, els tractaments són menys invasius, més efectius i s'acompanyen d'una millor qualitat de vida per als pacients.

L'enfocament preventiu d'aquest programa no sols té un impacte positiu en la salut pública, sinó que també contribueix a optimitzar els recursos del sistema sanitari, en disminuir la càrrega associada als tractaments avançats del càncer. A més, fomenta la conscienciació sobre la importància d'adoptar hàbits de vida saludables per a minimitzar els riscos modificables d'aquesta malaltia.

Programa de prevenció del càncer de cèrvix¹¹⁵

El càncer de cèrvix és el segon tipus de càncer més freqüent en dones a nivell mundial i el novè en països desenvolupats. A nivell global, es diagnostica amb una taxa d'incidència d'aproximadament 7 casos per cada 100.000 dones[377]. Aquest tipus de càncer és particularment rellevant a causa del caràcter prevenible i del coneixement exhaustiu que es té sobre la seua epidemiologia i biologia molecular.

El principal agent causal del càncer de cèrvix és el virus del papil·loma humà (VPH), que hi és present en la gran majoria dels casos. Encara que la infecció per VPH és un factor necessari, no és suficient per si sol per a desenvolupar la malaltia, ja que l'etiologia és multifactorial. Molts factors de risc estan relacionats amb el comportament sexual i l'adquisició del VPH, que es transmet principalment per via sexual.

El càncer de cèrvix ocupa el quart lloc en prevalença de càncers en dones a nivell mundial i és especialment freqüent en països en desenvolupament, on la falta d'accés a programes de cribratge i tractament oportú contribueix significativament a l'alta mortalitat. Més de 200 tipus de VPH han sigut identificats, i almenys 40 estan relacionats amb diferents tipus de càncer, dels quals el càncer de cèrvix és el més comú. Els factors de risc es classifiquen en:

Factors no modificables:

- Antecedents familiars de càncer de cèrvix.
- Que la mare haja pres dietilestilbestrol (DES) durant l'embaràs.

Factors modificables:

- Infecció per VPH.
- Inici precoç de relacions sexuals i nombre elevat de parelles sexuals.
- Tabaquisme.
- Ús prolongat d'anticonceptius orals.
- Infecció per clamídia.
- Tenir múltiples embarassos a terme o un primer embaràs a edats primerenques.
- Alimentació deficient en fruites i verdures.
- Baixos ingressos econòmics, la qual cosa limita l'accés a serveis de salut preventius.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) considera el càncer de cèrvix com el tumor amb majors possibilitats de prevenció. Existeixen dues estratègies principals de prevenció:

- Prevenció primària. Inclou mesures destinades a reduir l'exposició als factors de risc i prevenir la infecció per VPH:
 - Informació i educació sanitària sobre hàbits sexuals saludables.

¹¹⁵ Control integral del càncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales. Disponible a: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28512/9789275318799_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Vacunació contra el VPH, que protegeix enfront dels tipus més oncogènics del virus. No obstant això, fins i tot vacunades, les dones han de realitzar-se citologies regularment.
 - Ús adequat del preservatiu en totes les relacions sexuals.
 - Realització periòdica de citologies vaginals, preferentment cada 3 anys.
- Prevenció secundària. La prevenció secundària es basa en programes de cribratge per a detectar lesions precanceroses o càncer en etapes inicials, que milloren significativament el pronòstic i redueixen la mortalitat. A la Comunitat Valenciana, històricament s'ha dut a terme un cribratge oportunista, en què la mostra cervicovaginal es recull durant consultes mèdiques. Actualment, el programa està en transició cap a un cribratge poblacional més estructurat, seguint les recomanacions europees.

El cribratge se centra en la detecció de lesions escatoses d'alt grau (HSIL o CIN2/3), carcinoma microinvasiu i adenocarcinoma in situ. Existeixen dos enfocaments principals:

- Cribratge poblacional: Es realitza a tota la població objectiu, amb invitacions organitzades, la qual cosa permet major cobertura i reducció de mortalitat.
- Cribratge oportunista: Es basa en proves realitzades a dones que acudeixen al sistema de salut, i cerca millorar el pronòstic sense un abast epidemiològic ampli.

El test principal és la citologia vaginal (frotis de Papanicolaou), un procediment senzill i quasi indolor que no requereix infraestructura especialitzada, la qual cosa facilita la implementació en diversos entorns. La presa de mostra es realitza mitjançant la tècnica de triple presa de WIED:

- Fons de sac vaginal amb espàtula d'Ayre.
- Exocèrvix amb espàtula d'Ayre.
- Endocèrvix amb turunda de cotó o raspall.

Les mostres són processades en laboratoris, registrades adequadament i fixades amb esprai de polietilenglicol o laca de cabells. És fonamental complir amb les següents condicions:

- Abstenció de relacions sexuals en les 24 hores prèvies.
- No utilitzar medicació vaginal tòpica en les 72 hores prèvies.
- Realitzar la presa abans de qualsevol altre procediment ginecològic.
- Segons les recomanacions europees, la prova s'ha de repetir cada 3 anys, excepte en casos especials en què el metge indique una freqüència diferent.

El programa té diversos objectius específics:

- Incrementar l'accés a les proves en els grups de major risc.
- Garantir la qualitat del procés de cribratge, des de la presa de mostra fins al diagnòstic.
- Implementar un sistema de registre i informació adequat que permeti avaluar l'impacte de les activitats realitzades.

El programa està en procés d'adaptació per a establir un model poblacional. Les dones de 25 a 34 anys seran citades per a una citologia cervicovaginal, mentre que a les de 35 a 65 anys se'ls enviarà material a domicili per a una automostra. En cas de resultat positiu, es realitzaran proves

complementàries com una colposcòpia i, si cal, una biòpsia per a confirmar el diagnòstic. Els resultats han de ser comunicats en un termini no major a 8 setmanes.

Les dones amb resultats sospitosos han de ser remeses a nivell especialitzat per a confirmació mitjançant colposcòpia i biòpsia. La detecció precoç permet intervenir abans que les lesions progressen a càncer invasiu mitjançant procediments com conització, criocauterització o vaporatge amb làser.

Programa de consell genètic en càncer hereditari de la CV¹¹⁶

El càncer amb predisposició hereditària representa entre el 5% i el 10% de tots els casos de càncer, i la detecció precoç permet implementar estratègies de maneig personalitzades que redueixen significativament la incidència i la mortalitat associada. En aquest context, en 2005 es va establir el Programa de Consell Genètic en Càncer Hereditari a la Comunitat Valenciana amb el propòsit d'identificar individus i famílies en risc i oferir-los assessorament genètic integral[378].

L'objectiu general del programa és reduir el risc i l'aparició de càncers associats a predisposició hereditària en aquells casos en els quals l'anàlisi genètica pot influir en el maneig clínic. Aquest objectiu s'aconsegueix mitjançant un abordament integral que inclou:

- Valoració individual i familiar: Identificar patrons hereditaris en la història clínica.
- Estudi genètic: Realitzar proves diagnòstiques específiques en cas d'indicació.
- Recomanacions de prevenció i diagnòstic precoç: Dirigides a portadors de mutacions genètiques.
- Suport psicològic: Acompanyament a pacients i familiars durant el procés.

Els estudis genètics han de ser oferits en els següents casos:

1. Quan el pacient presenta trets personals o familiars suggestius de susceptibilitat genètica al càncer.
2. Quan les proves genètiques disponibles tenen una interpretació clara i fiable.
3. Si els resultats de la prova genètica tenen el potencial d'influir en el maneig clínic o quirúrgic del pacient o dels familiars en risc.
4. Sempre dins del marc d'un assessorament genètic pre- i postprova, assegurant la comprensió i el suport necessari per als pacients.

El programa aborda l'assessorament genètic per a les següents neoplàsies hereditàries:

1. Càncer de mama i ovari hereditari: Associat principalment a mutacions en els gens BRCA1 i BRCA2.
2. Càncer colorectal hereditari no polipòsic (CCHNP) o síndrome de Lynch: Inclou els subtipus Lynch I i Lynch II.

¹¹⁶ Guía de práctica clínica en cáncer hereditario de la Comunitat Valenciana. Disponible a: http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/GUIA_PRACTICA_CLINICA_DE_CANCER_HEREDITARIO_DE_LA_COMUNITAT_VALENCIANA.pdf

3. Poliposi adenomatosa familiar (PAF): Relacionada amb mutacions en el gen APC.
4. Síndrome de neoplàsia endocrina múltiple tipus 2 (MEN2) i carcinoma medul·lar de tiroide.
5. Síndrome de Von Hippel-Lindau: Associat a tumors en òrgans com renyons, pàncrees i ulls.
6. Síndrome de retinoblastoma hereditari: Vinculat a mutacions en el gen RB1.
7. Síndrome de Cowden: Predisposició a tumors benignes i malignes, incloent-hi càncer de mama i de tiroide.
8. Síndrome de Peutz-Jeghers: Associat a pòlips gastrointestinals i major risc de càncer en diversos òrgans.
9. Síndrome de neoplàsia endocrina múltiple tipus 1 (MEN1).
10. Síndrome de feocromocitoma/paraganglioma hereditari.
11. Síndrome de càncer gàstric difús hereditari: Relacionat principalment amb mutacions en el gen CDH1.

L'assessorament genètic permet identificar els portadors de mutacions amb predisposició hereditària al càncer, la qual cosa possibilita l'adopció de mesures preventives o de diagnòstic precoç. Entre les estratègies preventives destaquen:

- Seguiment mèdic intensiu per a la detecció precoç de lesions premalignes.
- Cirurgies profilàctiques en casos seleccionats.
- Modificacions en l'estil de vida, com canvis en la dieta, cessament del tabaquisme i control de pes.
- Ús de quimioprevenció en casos específics.

A més, l'assessorament pre- i postprova és fonamental per a garantir que els pacients compreguen l'abast, les limitacions i les implicacions dels resultats genètics, així com per a proporcionar suport emocional i psicològic durant el procés. El Programa de Consell Genètic en Càncer Hereditari de la Comunitat Valenciana reforça l'enfocament preventiu de l'atenció sanitària oferint una eina essencial per a combatre el càncer hereditari. En identificar i gestionar eficaçment als individus en risc, aquest programa no sols millora el pronòstic dels afectats, sinó que també contribueix a la reducció de la incidència global del càncer en la població.

Capítol 36: Tabaquisme

Introducció: El tabaquisme com a problema de salut pública¹¹⁷

El tabaquisme és una malaltia crònica, addictiva i recidivant, àmpliament reconeguda com la principal causa evitable de morbiditat i mortalitat a nivell mundial. Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), cada sis segons mor una persona a causa de malalties relacionades amb el tabac, la qual cosa representa una de les majors amenaces per a la salut pública. Aquest hàbit nociu està relacionat amb més de 25 malalties greus, incloent-hi el càncer de pulmó, la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), les cardiopaties isquèmiques i els accidents cerebrovasculars. A més, afecta significativament els fumadors passius, especialment grups vulnerables com a infants i dones embarassades, augmentant el risc d'infeccions respiratòries, baix pes en néixer i síndrome de mort sobtada del lactant [379].

A Espanya, la prevalença del tabaquisme entre la població adulta se situa actualment entorn del 22%, amb diferències de gènere notables: encara que els homes encara lideren el consum, en les generacions més joves s'observa un increment entre les dones. En adolescents i adults joves, el consum se sol iniciar abans dels vint anys, impulsat per factors socials i campanyes publicitàries dirigides a normalitzar-ne l'ús. Com a resposta a això, el país ha implementat mesures com la Llei Antitabac de 2006, que va limitar significativament el consum en espais públics tancats, i reformes posteriors que van estendre les restriccions, de manera que han aconseguit una disminució gradual del consum.[247, 253, 379]

El fum del tabac conté més de 7.000 substàncies químiques, de les quals almenys 70 són cancerígenes. Entre els components més nocius destaquen:

- Nicotina: Responsable de l'addicció, actua alliberant dopamina en el cervell i genera plaer i dependència.
- Monòxid de carboni: Redueix la capacitat de transport d'oxigen en la sang.
- Cancerígens: Com quitrà, benzopirè, cadmi i níquel.
- Tòxics químics: Arsènic, cianur i radicals lliures que augmenten el mal oxidatiu.

El tabaquisme passiu, és a dir, l'exposició involuntària al fum del tabac, és especialment perillós. El corrent secundari (el fum exhalat o el generat pel cigarret en combustió) conté majors concentracions de substàncies tòxiques que la inhalada directament pel fumador, la qual cosa reforça la necessitat de restriccions en espais públics[380].

L'inici en el consum de tabac es dona majoritàriament durant l'adolescència. L'exposició a publicitat subtil i estratègies dirigides per la indústria tabaquera —com la promoció de cigarrets barats i l'associació amb activitats esportives i de risc— resulten determinants per a captar als joves. Una vegada provat, el consum ocasional evoluciona cap a la dependència mitjançant la tolerància progressiva a la nicotina, fins a consolidar-se com un hàbit diari.

El mecanisme addictiu del tabac s'explica principalment per la ràpida acció de la nicotina en el cervell, on arriba en tot just set segons i estimula l'alliberament de dopamina. Aquesta substància genera una sensació de benestar que reforça el consum. A mesura que els nivells de nicotina disminueixen, el

¹¹⁷ Tabaquismo. Abordaje en Atención Primaria. Disponible a: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/12/2011_GuiaAbTab.pdf

fumador experimenta símptomes d'abstinència que només s'alleugen amb una nova dosi, la qual cosa perpetua el cicle de dependència[379-381].

El tabac no sols afecta als pulmons i al sistema cardiovascular, sinó que produeix efectes negatius en tot l'organisme, incloent-hi:

- Caiguda dels cabells: Afebleix el sistema immunitari i afavoreix malalties com el lupus.
- Problemes oculars: Incrementa el risc de cataractes i de degeneració macular.
- Envelliment prematur: Provoca arrugues i pell seca a causa del dany en les fibres de col·lagen.
- Deterioració dental: Taca les dents i afavoreix l'acumulació de carrall.
- Osteoporosi: Redueix la densitat òssia i retarda la cicatrització de fractures.
- Emfisema i MPOC: Altera la capacitat pulmonar d'intercanviar oxigen i diòxid de carboni.

El tabaquisme és també un factor de risc clau en el desenvolupament de malalties cardiovasculars, responsables d'una de cada tres morts a nivell mundial.

Abandonar el tabac té beneficis tant immediats com a llarg termini. A les 24 hores de deixar de fumar, els nivells de monòxid de carboni en la sang es normalitzen i, al cap d'un any, el risc de malaltia coronària es redueix a la meitat. Als 10 anys, el risc de càncer de pulmó disminueix en més del 50%, i després de 15 anys, el risc cardiovascular s'equiparà al d'una persona no fumadora[380, 382].

El paper dels professionals de la salut, en particular de la infermeria comunitària, és fonamental per a ajudar els pacients a abandonar l'hàbit. Les estratègies inclouen el consell breu, la identificació de fumadors en consulta i l'ús d'eines com el test de Fagerström per a avaluar la dependència a la nicotina.

Malgrat les polítiques públiques i els avenços legislatius, el tabaquisme continua sent un repte per a la salut pública global. En un món on més de mil milions de persones són fumadores, és essencial continuar promovent campanyes de conscienciació, augmentar les restriccions i oferir suport efectiu per a la cessació tabàquica. Fer front a aquesta epidèmia prevenible és una responsabilitat compartida que exigeix acció tant des dels sistemes de salut com des de la societat en general.

Mesures globals contra el tabaquisme

El pla MPOWER és una estratègia lògica, basada en l'evidència, que ofereix una solució integral al problema del tabaquisme. Encara que les mesures són tècnicament simples i viables, pocs països les han implementades plenament. Per a protegir els ciutadans, els estats han de prioritzar adoptar-les i aplicar-les amb rigor, i demostrar així un compromís ferm en la lluita contra aquesta epidèmia prevenible. La implementació del pla no sols salvaria milions de vides, sinó que també transformaria la salut pública a nivell global. El pla MPOWER de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) estableix sis mesures clau per a combatre l'epidèmia del tabaquisme a nivell global. Aquestes accions, basades en evidència, pretenen reduir el consum de tabac i mitigar-ne els efectes devastadors en la salut pública. Aquestes són:

1. MONITOR: Vigilar el consum de tabac i les polítiques de prevenció. El monitoratge constant és essencial per a comprendre l'impacte del tabaquisme i l'eficàcia de les polítiques de control. La recopilació de dades precises permet identificar patrons de consum, avaluar l'efecte de les intervencions normatives i detectar les estratègies de màrqueting de la indústria tabaquera. Un sistema de vigilància eficaç ha d'abastar:

- La prevalença del consum de tabac en diferents grups demogràfics.
- Els canvis en el comportament del consum després de la implementació de polítiques.
- Les tàctiques de promoció, publicitat i grups de pressió de la indústria. Aquestes dades són essencials per a millorar les polítiques i dirigir recursos cap a les àrees més afectades.

2. PROTECT: Protegir la població del fum de tabac. L'exposició al fum de segona mà és una violació de drets fonamentals, inclosos el dret a la vida i a la salut, consagrats en les constitucions de més de 100 països. Estudis indiquen que les lleis que prohibeixen fumar en llocs de treball redueixen fins a un 4% la prevalença absoluta de tabaquisme i disminueixen el consum total en un 29% entre els treballadors. L'única manera de protegir de manera efectiva les persones del fum de segona mà és implementar una prohibició total de fumar en tots els espais interiors públics i laborals. Aquesta mesura no sols salvaguarda la salut, sinó que també reforça el compromís governamental amb la protecció dels drets humans.

3. OFFER: Oferir ajuda per a l'abandó del tabac. Tres de cada quatre fumadors que comprenen els perills del tabac desitgen deixar de fumar, però necessiten suport per a aconseguir-ho. Els governs han de garantir l'accés a serveis de cessació tabàquica efectius, integrats en l'atenció primària. Aquests serveis inclouen:

1. Línies telefòniques gratuïtes d'ajuda per a deixar de fumar.
2. Accés a tractaments farmacològics recolzats per evidència.
3. Programes de suport psicològic i comunitari.

Perquè aquests serveis siguin efectius, s'han d'acompanyar de mesures complementàries, com l'augment d'impostos al tabac, la prohibició de publicitat i campanyes massives contra el tabaquisme.

4. WARN: Advertir sobre els perills del tabac. La majoria dels consumidors desconeixen els riscos complets associats amb el consum de tabac. Campanyes de conscienciació i advertiments clars poden canviar aquesta percepció.

- Les advertències gràfiques en els paquets de cigarrets són una eina efectiva per a informar sobre els riscos i dissuadir-ne el consum.
- És crucial desmuntar la imatge aspiracional que les indústries tabaqueres promouen, destacant, en canvi, els danys greus del tabac en la salut.

Aquestes iniciatives també han d'incloure campanyes educatives en mitjans de comunicació massiva per a arribar tant a fumadors com a no fumadors.

5. ENFORCE: Fer complir les prohibicions sobre publicitat, promoció i patrocini. La prohibició de la publicitat, promoció i patrocini de productes de tabac és fonamental per a reduir-ne l'atractiu, especialment entre els joves. No obstant això, perquè aquestes restriccions siguin efectives s'han d'aplicar de manera estricta i supervisar adequadament. L'experiència internacional demostra que una aplicació consistent pot limitar l'exposició al màrqueting tabaquer i reduir així la iniciació en el consum.

6. RAISE: Augmentar els impostos al tabac. L'increment d'impostos és una de les mesures més efectives per a disminuir el consum de tabac. Un augment del 70% en els preus podria prevenir fins a una quarta part de les morts relacionades amb el tabaquisme a tot el món. Aquest enfocament és particularment eficaç entre els grups de baixos ingressos i els joves, que són més sensibles als canvis de preu. A més de reduir la prevalença del tabaquisme, els impostos elevats generen ingressos addicionals per a finançar programes de salut pública.

A nivell autonòmic, l'Estratègia de Prevenció del Tabaquisme en la CV¹¹⁸ estableix cinc línies estratègiques o accions[383]:

- L1. Promoure polítiques intersectorials dirigides a la prevenció i atenció al tabaquisme reduint desigualtats socials.
- L2. Sensibilitzar la societat sobre el tabaquisme com a problema de salut prioritari.
- L3. Potenciar l'atenció integral al tabaquisme des del Sistema Valencià de Salut.
- L4. Impulsar la formació per a la prevenció i control del tabaquisme en totes les professions i organitzacions que puguen incidir en aquest problema de salut.
- L5. Impulsar la investigació en tabaquisme.

Aquestes iniciatives estan sustentades per la normativa nacional i autonòmica i la situació epidemiològica. L'1 de gener de 2006 va entrar en vigor la Llei 28/2005, que va establir mesures sanitàries enfront del tabaquisme i va regular la venda, el subministrament, el consum i la publicitat dels productes del tabac. L'objectiu d'aquesta llei era reduir l'exposició al fum del tabac entre la població no fumadora i disminuir la prevalença del consum de tabac a Espanya. La llei va abordar diversos aspectes fonamentals per a la prevenció del tabaquisme i el control dels productes del tabac, com la prevenció de l'exposició al fum en el lloc de treball, les limitacions en la venda i consum i la regulació de la publicitat, promoció i patrocini, entre altres.

La llei s'estructura en cinc capítols: disposicions generals, limitacions a la venda, subministrament i consum de productes del tabac, regulació de la publicitat, promoció i patrocini, mesures de prevenció del tabaquisme a través de l'educació i la informació sanitària, i el règim d'infraccions i sancions. Posteriorment, la Llei 42/2010, de 30 de desembre, va modificar la Llei 28/2005 per a ampliar la protecció de la salut, reforçant la prohibició de fumar en espais públics tancats i col·lectius. La modificació va aprofundir en la protecció de la població enfront del fum ambiental, especialment en llocs de treball, i en la protecció dels menors. A més, va facilitar la deshabituació i la prevenció del consum de tabac.

El 29 de març de 2014 va entrar en vigor la Llei 3/2014, que també va modificar la Llei 28/2005 per a regular els dispositius susceptibles d'alliberar nicotina, com els cigarrets electrònics. La llei va establir restriccions sobre la seua venda a menors, la publicitat i l'ús en certs llocs. El 9 de juny de 2017 es va aprovar el Reial decret 579/2017, que va regular aspectes sobre la fabricació, presentació i comercialització de productes del tabac, incloent-hi dispositius electrònics i productes a base d'herbes per a fumar, seguint la Directiva 2014/40/UE de la Unió Europea.

Quant a la Comunitat Valenciana, la Conselleria de Sanitat, a través de la Direcció General de Salut Pública, va impulsar el Programa per a la Disminució del Consum de Tabac des de 1988 amb l'objectiu

¹¹⁸Estratègia de prevenció i atenció al tabaquisme a la Comunitat Valenciana. Disponible en: <https://biblioesp.gva.es/publicos/tsan/documentos/mig/tabaquismev8.pdf>

de coordinar accions informatives, educatives, legislatives i terapèutiques. A més, es va crear la Unitat de Conductes Addictives (UCA) en 1997, i la Llei 10/2014 de la Generalitat va regular les drogodependències, incloent-hi el tabac, en el Sistema Valencià de Salut. En el IV Pla de Salut de la Comunitat Valenciana 2016-2020[345], el tabaquisme és abordat dins de les malalties cròniques, i s'estableixen accions per a la prevenció i deshabituació del tabac, com registrar l'hàbit tabàquic en la Història de Salut Electrònica i oferir intervencions preventives en atenció primària.

A més, el Pla de Salut recull accions específiques per a sensibilitzar i educar a la població, des de la infància fins a l'adulthood, i fomenta hàbits de vida saludables, intervencions en adolescents i joves i assessorament durant l'embaràs i la lactància, amb una perspectiva de gènere i una atenció especial als grups més vulnerables.

El rol de la infermeria comunitària contra el tabaquisme¹¹⁹

El professional de la infermeria comunitària és una figura clau en l'abordament integral del tabaquisme, ja que proporciona intervencions oportunes, suport constant i estratègies personalitzades per a ajudar els pacients a superar la dependència al tabac i millorar la seua qualitat de vida. Exerceix un paper essencial en la lluita contra el tabaquisme, donat el seu contacte pròxim i continu amb els pacients a l'entorn d'atenció primària. La seua labor se centra en diverses etapes de l'abordament del tabaquisme, des de la identificació de l'hàbit fins al seguiment i la prevenció de recaigudes, utilitzant eines específiques i estratègies basades en l'evidència.[378, 379, 383].

La intervenció pot classificar-se en dos nivells principals: intervenció breu inicial i intervenció avançada.

Intervenció breu inicial: Aquesta estratègia està estructurada entorn de la regla mnemotècnica de les "5 A", que permet una aproximació eficaç i ràpida:

1. Esbrinar (*Averiguar*, en castellà): Identificar si el pacient fuma, registrar-ne el consum de tabac i actualitzar-lo periòdicament.
2. Aconsellar: Proporcionar recomanacions clares, breus i empàtiques per a abandonar l'hàbit. Aquest consell s'ha d'adaptar a les característiques del pacient i ha de destacar els beneficis del canvi.
3. Apreciar: Avaluar el grau de dependència física, psicològica i social, així com la motivació del pacient per a deixar de fumar.
4. Ajudar: Elaborar un pla personalitzat que incloga metes concretes i estratègies adequades a les necessitats del fumador
5. Acordar: Establir un seguiment periòdic que reforce el compromís del pacient i permeta ajustar les intervencions segons l'evolució.

El consell breu, que és oportunista i personalitzat, s'enfoca en els beneficis immediats i a llarg termini de deixar de fumar. A més, ha de ser reiterat i acompanyat per material educatiu per a reforçar el missatge.

¹¹⁹https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/12/2011_GuiaAbTab.pdf

Intervenció avançada: S'aplica a pacients que estan considerant deixar de fumar i estan disposats a comprometre's. La infermera treballa per a fixar una data d'abandó del tabac, realitza un seguiment estructurat i ajuda a manejar les recaigudes com a part normal del procés. Aquest nivell d'intervenció inclou un enfocament integral que abasta aspectes psicosocials i terapèutics, i requereix un compromís continu del professional per a assegurar l'èxit.

Diagnòstic del tabaquisme

El diagnòstic és fonamental per a personalitzar les estratègies d'intervenció i tractament. El personal d'infermeria comunitària emprà diverses eines per a avaluar l'impacte del tabac en el pacient:

- Consum acumulat de tabac: Calculat mitjançant l'índex paquets/any (nombre de cigarrets diaris $\times$ anys fumant / 20), la qual cosa permet quantificar l'exposició i el risc associat.
- Grau de dependència a la nicotina: Utilitzant el test de Fagerström, que mesura aspectes com la urgència de fumar en despertar i el nombre de cigarrets consumits al dia. Aquest test té una versió abreujada per a facilitar-ne l'ús en consultes breus.
- Motivació del pacient: Avaluada amb el test de Richmond, que classifica la motivació com a baixa, moderada o alta, i orienta la intensitat del suport requerit.
- Etapes de canvi: Segons el model de Prochaska i Diclemente, s'identifica si el pacient està en precontemplació, contemplació, preparació, acció, manteniment o recaiguda, i ajusta la intervenció a la fase corresponent.
- Altres instruments: La cooximetria, que mesura els nivells de monòxid de carboni en l'aire espirat, proporciona dades objectives i serveix com a eina motivacional per al pacient.

Tractament del tabaquisme

El personal d'infermeria comunitària participa activament en la planificació i execució del tractament, que inclou tant opcions farmacològiques com intervencions psicosocials.

1. *Tractament farmacològic*: El tractament farmacològic del tabaquisme és un component essencial en el procés de deshabitució, i el professional exerceix un paper fonamental en la planificació, execució i seguiment d'aquesta mena de tractament. La combinació d'opcions farmacològiques amb intervencions psicosocials augmenta significativament les probabilitats d'èxit en l'abandó del tabac, ja que aborda tant la dependència física com els factors psicològics que en perpetuen el consum.
 - Teràpia substitutiva de nicotina (TSN): La TSN és una de les estratègies més comunes i efectives per a ajudar les persones a superar l'addicció al tabac. Consisteix a administrar dosis controlades de nicotina mitjançant diferents formes, com pegats, xiclets, pastilles, aerosols nasals o cigarrets electrònics. Aquests productes proporcionen una quantitat de nicotina suficient per a alleujar els símptomes d'abstinència, com irritabilitat, ansietat i dificultat de concentració, sense els efectes nocius del fum del tabac. Els pegats alliberen nicotina de manera constant durant tot el dia, mentre que els xiclets o comprimits ofereixen un alliberament més ràpid, la qual cosa permet als usuaris controlar millor els moments de major ansietat o necessitat de fumar.
1. Citisina: La citisina és un alcaloide que actua de manera similar a la vareniclina, però amb un cost generalment més baix. S'uneix als receptors nicotínics i ajuda a reduir la dependència de la nicotina, alleujant els símptomes d'abstinència i disminuint el desig

de fumar. Encara que no està tan àmpliament disponible com altres tractaments, la citisina pot ser una opció útil en determinats contextos, especialment en situacions en què altres teràpies no són viables o accessibles.

2. Combinació de teràpies: En casos d'alta dependència o en persones que no han aconseguit deixar de fumar amb un tractament únic, pot ser necessari combinar diverses teràpies. Aquesta combinació permet abordar tant la dependència física com psicològica i augmentar les possibilitats d'èxit en la cessació del tabac. El personal d'infermeria comunitària té un paper clau en l'avaluació de la situació de cada pacient i en la recomanació del règim més adequat, tenint en compte la intensitat de l'addicció, les preferències del pacient i possibles contraindicacions.

És fonamental que el tractament farmacològic es duga a terme sota la supervisió d'un professional sanitari, ja que cada pacient pot respondre de manera diferent dels fàrmacs. El personal d'infermeria comunitària, com a part de l'equip de salut, té un paper vital en el seguiment del progrés del pacient, el monitoratge d'efectes secundaris i l'adaptació del tractament segons siga necessari. A més, pot proporcionar suport emocional i motivacional durant el procés, fet que augmenta l'adherència al tractament i millora les taxes d'èxit.

2. *La intervenció psicosocial.* La intervenció psicosocial per a l'atenció del tabaquisme és una eina fonamental en el tractament i prevenció d'aquest hàbit, que constitueix un dels principals factors de risc per a diverses malalties cròniques i agudes. El tabaquisme no sols té conseqüències a nivell físic, sinó que també afecta el benestar psicològic i social de qui el pateix. Per això, les intervencions psicosocials són essencials per a abordar els aspectes emocionals, conductuals i socials que mantenen o afavoreixen l'addicció al tabac.

El tabaquisme és una addicció complexa que no sols depèn de la nicotina, sinó també de factors psicològics, emocionals i socials. Moltes persones recorren al tabac com a mecanisme d'afrontament davant l'estrès, l'ansietat o les dificultats emocionals, mentre que altres factors com l'entorn social i la influència de la cultura o la família tenen un paper important en l'inici i manteniment de l'hàbit. Per tant, per a aconseguir una deshabitució efectiva no n'hi ha prou de tractar la dependència física, sinó que s'ha d'intervenir també sobre els factors psicològics i socials que alimenten l'addicció.

Les intervencions psicosocials ajuden les persones a comprendre i modificar les conductes relacionades amb el tabaquisme, oferint eines per a manejar els desencadenants emocionals, socials i psicològics del consum. A més, proporcionen suport emocional i motivacional, la qual cosa augmenta les probabilitats d'èxit en el procés de deixar de fumar. Aquest enfocament integral permet un tractament més personalitzat i efectiu, i els seus objectius són:

1. Modificació de conductes: Un dels objectius principals de la intervenció psicosocial és ajudar les persones a identificar i modificar les conductes associades al tabaquisme. Això inclou reconèixer els moments de major vulnerabilitat, com situacions d'estrès o ansietat, i ensenyar estratègies per a evitar o gestionar aquests desencadenants sense recórrer al tabac.
2. Reducció de la dependència emocional: El consum de tabac sovint està vinculat a una dependència emocional, en la qual les persones fumen com una manera de bregar

amb emocions negatives o com un mitjà de fugida. La intervenció psicosocial s'enfoca a desenvolupar alternatives saludables per al maneig d'aquestes emocions, com la relaxació, la meditació o l'exercici, i promoure un estil de vida més saludable.

3. Enfortiment de la motivació: Mantenir la motivació per a deixar de fumar és crucial en el procés de deshabituació. Les intervencions psicosocials ajuden les persones a reconèixer els seus motius per a deixar de fumar, a establir metes clares i assolibles i a visualitzar els beneficis a llarg termini. La teràpia motivacional, en particular, té un paper clau en reforçar la motivació intrínseca per al canvi.
4. Suport social: L'entorn social té un impacte significatiu en la conducta de fumar. La intervenció psicosocial també s'enfoca a enfortir el suport social, ja siga mitjançant la participació en grups de suport, teràpia familiar o l'educació d'amics i familiars sobre com poden ajudar la persona a mantenir-se lliure de tabac.
5. Prevenció de recaigudes: Un dels reptes més grans en la deshabituació del tabac és evitar les recaigudes. Les intervencions psicosocials no sols se centren en ajudar la persona a deixar de fumar, sinó també a dissenyar estratègies per a manejar possibles situacions de risc, mantenir el progrés aconseguit i enfortir les habilitats per a afrontar desafiaments futurs sense tornar al consum.

La combinació d'aquestes estratègies ha demostrat ser més efectiva que qualsevol d'elles de forma aïllada. El seguiment continu és fonamental per a mantenir el compromís del pacient i prevenir recaigudes. Les recaigudes, que afecten entre el 70% i el 80% dels fumadors durant el primer any, s'han de manejar com una oportunitat d'aprenentatge i no com un fracàs. El personal d'infermeria exerceix un rol essencial en:

- Programar visites regulars per a avaluar el progrés i abordar les dificultats.
- Motivar el pacient ressaltant els assoliments aconseguits, fins i tot si són parcials.
- Ajustar el tractament segons l'evolució del pacient i el seu nivell de dependència residual.

Exemple de protocol

L'exemple de protocol d'actuació per al tabaquisme, com el del Departament de l'Hospital General de València, estableix un enfocament sistemàtic dividit en diverses etapes, començant amb una intervenció inicial basada en les "3 A"¹²⁰. En primer lloc, s'ha d'esbrinar si el pacient fuma i registrar aquesta informació en la seua història clínica. Posteriorment, s'aconsella l'abandó del tabac de manera breu, clara i personalitzada. Finalment, s'aprecia la disposició del pacient per a deixar de fumar en un termini d'un mes, i així es determina l'estratègia més adequada a seguir.

Si el pacient no mostra disposició immediata per a abandonar el tabac, s'ha de realitzar una intervenció motivacional orientada a incrementar-ne l'interès. En cas que el pacient manifeste interès, es valorarà si compleix amb els criteris de derivació a una intervenció especialitzada. Entre aquests criteris s'inclouen: haver realitzat tres o més intents previs d'abandó supervisats per personal sanitari, presentar un trastorn psiquiàtric greu estabilitzat, tenir antecedents o presència actual d'altres

¹²⁰ Tatay Vivó, Jose; Moral, Alicia del: Fundamentos de Anestesia. Protocolo manejo Tabaquismo. Disponible en:

https://chguv.san.gva.es/documents/10184/46046/sartd_protocolos_fundamentos_anestesia_protocoloma_nejotabaquismo.pdf/79edaf14-24d4-4b8f-9e02-4685b68bfc9a

trastorns addictius, patir problemes de salut greus relacionats amb el tabaquisme (com malalties cardiovasculars o respiratòries) o ser una dona embarassada que no aconsegueix deixar de fumar amb els mètodes estàndard.

Si el pacient compleix amb els criteris de derivació, serà remès a una intervenció especialitzada, d'acord amb a la sectorització indicada en el document oficial. Si no compleix els criteris, se li ofereix ajuda intensiva. En cas que el pacient rebutge aquesta ajuda intensiva, es continuarà amb una intervenció breu que inclou proporcionar una guia d'ajuda per a deixar de fumar, avaluar la necessitat de tractament farmacològic i acordar un seguiment estructurat per a monitorar els avanços.

Si el pacient accepta l'ajuda intensiva, se l'incorporarà en el programa de tabaquisme del centre de salut i serà derivat a la consulta d'infermeria per a una intervenció intensiva. Aquesta intervenció podria incloure un tractament més exhaustiu i la implementació d'estratègies complementàries.

El protocol també assenyala aspectes importants addicionals. Si un pacient ha realitzat almenys tres intents previs d'abandó del tabac supervisats per professionals sanitaris, no s'exclou la possibilitat d'oferir una nova intervenció en el centre de salut. A més, algunes malalties greus, com l'emfisema avançat o el càncer relacionat amb el tabaquisme, poden requerir atenció en programes especialitzats. Finalment, es destaca la importància de lliurar al pacient informació adequada sobre els riscos del tabaquisme i les opcions de tractament disponibles i es reconeix que, en certes situacions, altres professionals poden gestionar aquesta intervenció segons les necessitats del pacient.

VNIVERSITAT
E VALÈNCIA



Facultat d'Infermeria i Podologia

Referències bibliogràfiques

Normes legislatives

- Acord de 23 de desembre de 2022, del Consell, pel qual s'aprova el V Pla de Salut de la Comunitat Valenciana 2022-2030. [2022/12703]. DOGV número 9.500, del 23 de desembre de 2022.
- Acord de 29 d'abril de 2016, del Consell, pel qual s'aprova el IV Pla de Salut de la Comunitat Valenciana 2016-2020. [2016/3140]. DOGV número 7.776, del 6 de maig de 2016.
- Correcció d'errates del Reial decret 1267/1994, de 10 de juny, pel qual es modifica el Reial decret 1497/1987, de 27 de novembre, pel qual s'estableixen les directrius generals comunes dels plans d'estudi dels títols universitaris de caràcter oficial i diversos reials decrets que aproven les directrius generals pròpies d'aquests. BOE núm. 141 de 14/6/1994, p. 18537-8.
- Decret 122/1988, de 29 de juliol, del Consell de la Generalitat Valenciana, pel qual es defineix i estructura l'assistència especialitzada a la Comunitat Valenciana. DOGV núm. 883 de 11/08/1988, p. 4.092 i s.
- Decret 128/2004, de 30 de juliol, del Consell de la Generalitat, pel qual s'aproven els Estatuts de la Universitat de València (Estudi General). DOGV núm. 4811 de 03/08/2004, p. 20.152-221. BOE núm. 69 de 22/3/2005, p. 9.850-92.
- Decret 15/1983, de 31 de gener, pel qual s'aprova l'estructura orgànica i funcional de la Conselleria de Sanitat, Treball i Seguretat Social de la Generalitat Valenciana. DOGV núm. 94 de 15/02/1983, p. 96 i s.
- Decret 154/2006, de 13 d'octubre, del Consell, pel qual s'aprova el II Pla de Salut de la Comunitat Valenciana, en virtut del mandat recollit en la Llei 3/2003, de 6 de febrer, de la Generalitat, d'Ordenació Sanitària de la Comunitat Valenciana. [2006/11814] (DOGV núm. 5.371 de 20.10.2006) Ref. Base Dades 5377/2006
- Decret 186/1996, de 18 d'octubre, del Govern Valencià, pel qual s'aprova el Reglament sobre Estructura, Organització i Funcionament de l'Atenció Especialitzada de la Conselleria de Sanitat i Consum. DOGV núm. 2860 de 31/10/1996, p. 12.484 i s.
- Decret 187/1991, de 15 d'octubre, del Consell de la Generalitat Valenciana, pel qual s'aprova el Reglament Orgànic i Funcional de la Conselleria de Sanitat i Consum. DOGV núm. 1650 de 25/10/1991, p. 9.901 i s.
- Decret 205/2018, de 16 de novembre, del Consell, pel qual aprova el mapa sanitari de la Comunitat Valenciana. [2018/11457] (DOGV núm. 8440 de 10.12.2018).
- Decret 2293/1973, de 17 d'agost (Educació i Ciència), pel qual es regulen les Escoles Universitàries. BOE núm. 231 de 26/9/1973, p. 18.685-9.
- Decret 2319/1960, de 17 de novembre, sobre l'exercici professional d'Ajudants tècnics sanitaris, Practicants, Matrones i Infermeres. BOE núm. 302, de 17/12/1960, p. 17.308.
- Decret 242/1959, de 19 de febrer, sobre reorganització i integració de l'Institut Nacional de Medicina i Seguretat del Treball en l'Institut Nacional de Previsió. BOE núm. 46, de 23/02/1959, p. 3.104-7.
- Decret 25/2005, de 4 de febrer, del Consell de la Generalitat, pel qual s'aproven els Estatuts reguladors de l'Agència Valenciana de Salut. DOGV núm. 4941 de 08/02/2005, p. 3.880-99
- Decret 40/2005, de 25 de febrer, del Consell de la Generalitat, pel qual s'aprova el Reglament de Funcionament del Consell Valencià d'Universitats. DOGV núm. 4956 de 01/03/2005, p. 6.761-6.
- Decret 42/1986, de 21 de març, del Consell de la Generalitat Valenciana, pel qual es defineix i estructura l'Atenció Primària de la Salut a la Comunitat Valenciana. DOGV núm. 369 de 28/04/1986, p. 1.542 i s.
- Generalitat Valenciana. Pla de Salut de la Comunitat Valenciana (2001-2004). Disponible en: http://www.sp.san.gva.es/biblioteca/publicacion_dgsp.jsp?cod_pub_ran=681533723
- Llei 10/2014, de 29 de desembre, de la Generalitat, de Salut de la Comunitat Valenciana.
- Llei 14/1970, de 4 d'agost (Direcció), General d'Educació i Finançament de la Reforma Educativa. BOE núm. 187 de 6/8/1970, p. 12.525-46.

34376 Infermeria comunitària

- Llei 14/1986, de 25 d'abril, General de Sanitat. BOE núm. 102 de 29/4/1986, p. 15.207-24.
- Llei 14/2011, d'1 de juny, de la Ciència, la Tecnologia i la Innovació. BOE núm. 131, de 02 de juny de 2011.
- Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut. BOE núm. 128 de 29/05/2003, p. 20.567-86.
- Llei 21/2001, de 27 de desembre, per la qual es regulen les mesures fiscals i administratives del nou sistema de finançament de les Comunitats Autònomes de règim comú i Ciutats amb Estatut d'Autonomia. BOE núm. 313 de 31/12/2001, p. 50.383-419.
- Llei 3/2003, de 6 de febrer, de la Generalitat, d'Ordenació Sanitària de la Comunitat Valenciana. DOGV núm. 4440 de 14/02/2003, p. 4.173-440.
- Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència. BOE núm. 299 de 15/12/2006, p. 44.142-56.
- Llei 4/2005, de 17 de juny, de la Generalitat, de Salut Pública de la Comunitat Valenciana. DOGV núm. 5.034 de 23/06/2005, p. 22.642-74.
- Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries. BOE núm. 280 de 22/11/2003, p. 41.442-58.
- Llei 5/2002, de 19 de juny, de la Generalitat Valenciana, de Creació del Consell Valencià d'Universitats i de la Comissió Valenciana d'Acreditació i Avaluació de la Qualitat en el Sistema Universitari Valencià. DOGV núm. 4279 de 26/06/2002, p. 17.983-91.
- Llei 9/2003, de 2 d'abril, de la Generalitat, per a la Igualtat entre Dones i Homes. DOGV núm. 4.474 de 04/04/2003, p. 9.943-54.
- Llei de la Generalitat Valenciana 3/1985, de 9 de març, de Coordinació Interuniversitària a la Comunitat Valenciana. DOGV núm. 237 de 18/03/1985, p. 674-6.
- Llei de la Generalitat Valenciana 8/1987, de 4 de desembre, del Servei Valencià de Salut. DOGV núm. 724 de 16/12/1987, p. 5.358 i s.
- Llei orgànica 1/1990, de 3 d'octubre, d'Ordenació General del Sistema Educatiu. BOE núm. 238 de 4/10/1990.
- Llei orgànica 11/1983, de 25 d'agost, de Reforma Universitària. BOE núm. 209 de 1/9/1983, p. 24.034-42.
- Llei orgànica 2/2006, de 3 de maig, d'Educació. BOE núm. 106 de 4/5/2006, p. 17.158-207
- Llei orgànica 2/2023, de 22 de març, del Sistema Universitari. BOE» núm. 70, de 23/03/2023.
- Llei orgànica 3/2007, de 22 de març, per a la igualtat efectiva de dones i homes. BOE núm. 71 de 23/03/2007, pg. 12.611-45.
- Llei orgànica 4/2007, de 12 d'abril, d'Universitats (LOMLOU). BOE núm. 89 de 13/04/2007.
- Llei orgànica 4/2007, de 12 d'abril, per la qual es modifica la Llei orgànica 6/2001, de 21 de desembre, d'Universitats. BOE núm. 89 de 13/4/2007, p. 16.241-60.
- Llei orgànica 5/1982, d'1 de juliol, d'Estatut d'Autonomia de la Comunitat Valenciana. DOGV núm 74 de 15/07/1982, p. 2-23. Reformat mitjançant la Llei orgànica 1/2006, de 10 d'abril, de Reforma de la Llei orgànica 5/1982, d'1 de juliol, d'Estatut d'Autonomia de la Comunitat Valenciana. DOGV núm. 5.238 de 11/04/2006, p. 13.339-84.
- Llei orgànica 6/2001, de 21 de desembre, d'Universitats. BOE núm. 307 de 24/12/2001, p. 49.400-25.
- Llei orgànica 7/2001, de 27 de desembre, de modificació de la Llei orgànica 8/1980, de 22 de setembre, de Finançament de les Comunitats Autònomes (LOFCA). BOE número 313 de 31/12/2001, p. 50.377-83.
- Llei orgànica 8/1985, de 3 de juliol, reguladora del Dret a l'Educació. BOE núm. 159 de 4/07/1985.
- Llei orgànica 8/2013, de 9 de desembre, per a la millora de la qualitat educativa. BOE núm. 295 de 10 de desembre de 2013
- Llei sobre Sanitat. Gasetta de Madrid. Núm. 1068, de 07/12/1855, 2 p. Disponible en: <https://legislacionsanitaria.org/wp-content/uploads/2016/12/1855-11-28-Ley-disponiendo-lo-conveniente-sobre-el-servicio-general-de-Sanidad.pdf>

Manual de l'assignatura

- Ordre CIN/2134/2008, de 3 de juliol, per la qual s'estableixen els requisits per a la verificació dels títols universitaris oficials que habiliten per a l'exercici de la professió d'Infermer. BOE núm. 174 de 19/7/2008, p. 31.680-83.
- Ordre de 17 de setembre de 1974 (Educació i Ciència) per la qual es desenvolupa el Decret 2293/1973, de 17 d'agost (Disp. 1343), regulador de les Escoles Universitàries. BOE núm. 229 de 24/9/1974, p. 19.521-6.
- Ordre de 20 de novembre de 1991, de la Conselleria de Sanitat i Consum, per la qual s'estableix el Reglament d'Organització i Funcionament dels Equips d'Atenció Primària a la Comunitat Valenciana. DOGV núm. 1691 de 26/12/1991, p. 11.674 i s.
- Ordre de 20 d'octubre de 1978, per la qual s'estableixen les condicions específiques a complir per les Escoles Universitàries d'Infermeria. BOE núm. 271 de 13/11/1978, p. 25.798.
- Ordre de 26 d'abril de 1973, per la qual s'aprova l'Estatut del Personal Auxiliar Sanitari Titulat i Auxiliar de Clínica de la Seguretat Social. BOE núm. 102 de 28/4/1973, p. 8.519-25.
- Ordre de 31 d'octubre de 1977, per la qual es dicten directrius per a l'elaboració de plans d'estudis de les Escoles Universitàries d'Infermeria. BOE núm. 283 de 26/11/1977, p. 25.987-89.
- Ordre de 4 de juliol de 1955, per la qual es dicten normes per a la nova organització dels estudis d'Ajudants Tècnics Sanitaris. BOE núm. 214, de 02/08/1955, p. 4.751-52
- Ordre de 6 de juliol de 1955, per la qual es prohibeix el règim de coeducació a les Escoles d'Ajudants Tècnics Sanitaris. BOE núm. 204, de 23/07/1955, p. 4.522.
- Ordre de 8 d'abril de 1959, per la qual es desenvolupa el que es disposa en el Decret 242/1959 sobre l'organització dels Serveis Mèdics d'Empresa. BOE núm. 93, de 18/04/1959, p. 5.806-7
- Programa Oficial d'Infermeres de 6 de juliol de 1941 del Ministeri d'Educació Nacional. BOE 209. 16/07/1941. Disponible en: <https://www.boe.es/gazeta/dias/1941/07/28/pdfs/boe-1941-209.pdf>
- Reial decret 1044/2003, pel qual s'estableix el procediment per a l'expedició per les universitats del Suplement Europeu al Títol. BOE núm. 218 de 1/9/2003, p. 33.848-53
- Reial decret 1125/2003, pel qual s'estableix el sistema europeu de crèdits i el sistema de qualificacions en les titulacions universitàries de caràcter oficial i validesa en tot el territori nacional. BOE núm. 224, de 18/9/2003, p. 34.355-6.
- Reial decret 1231/2001, de 8 de novembre, pel qual s'aproven els Estatuts generals de l'Organització Col·legial d'Infermeria d'Espanya, del Consell General i d'Ordenació de l'activitat professional d'infermeria. BOE núm. 269 de 9/11/2001, p. 40.986-99.
- Reial decret 1267/1994, de 10 de juny, pel qual es modifica el Reial decret 1497/1987, de 27 de novembre, pel qual s'estableixen les directrius generals comunes dels plans d'estudis dels títols universitaris de caràcter oficial i diversos reials decrets que aproven les directrius generals pròpies d'aquests. BOE núm. 139 de 11/6/1994, p. 18.413-20.
- Reial decret 137/1984, d'11 de gener, sobre estructures bàsiques de salut. BOE núm. 27, de 1/2/1984, p. 2.627-29.
- Reial decret 1393/2007, de 29 d'octubre, pel qual s'estableix l'ordenació dels ensenyaments universitaris oficials. BOE núm. 260. de 30/10/2007, p.44.037-48.
- Reial decret 99/2011, pel qual es regulen els ensenyaments oficials de doctorat. BOE núm. 35, del 10/2/2011, p. 13.909-26.
- Reial decret 1466/1990, de 26 d'octubre, pel qual s'estableix el títol universitari oficial de Diplomant en Infermeria i les directrius generals pròpies dels plans d'estudis conduents a l'obtenció d'aquell. BOE núm. 278 de 20/11/1990, p. 34.410-11.
- Reial decret 1497/1987, de 27 de novembre, pel qual s'estableixen les directrius generals comunes dels plans d'estudi dels títols universitaris de caràcter oficial i validesa en tot el territori nacional. BOE núm. 298, de 14/12/1987.

34376 Infermeria comunitària

- Reial decret 1558/1986, de 28 de juny (Presidència), pel qual s'estableixen les bases generals del règim de concerts entre les universitats i les institucions sanitàries. BOE núm. 182, de 31/7/1986, p. 27.235-39.
- Reial decret 1612/1987, de 27 de novembre, sobre traspàs a la Comunitat Valenciana de les funcions i servei de l'Institut Nacional de la Salut. DOGV núm. 745, de 19/01/1988, p. 204 i s.
- Reial decret 1652/1991, d'11 d'octubre, pel qual es modifica parcialment el Reial decret 1558/1986, de 28 de juny (Presidència), pel qual s'estableixen les bases generals del règim de concerts entre les universitats i les institucions sanitàries. BOE núm. 279, de 21/11/1991, p.37.702-3.
- Reial decret 195/2016, de 13 de maig, pel qual s'estableixen els requisits per a l'expedició del Suplement Europeu al Títol Universitari de Doctor. BOE núm. 134, de 03/06/2016.
- Reial decret 2093/1983, de 28 de juliol, sobre traspàs de funcions i serveis de l'Administració de l'Estat a la Comunitat Valenciana en matèria d'educació. BOE núm. 187, de 6/8/1983, p.21.839-47. DOGV. núm. 121 de 15/09/1983, p. 804 i s.
- Reial decret 2128/1977, de 23 de juliol, sobre integració en la Universitat de les Escoles d'Ajudants Tècnics Sanitaris com a Escoles Universitàries d'Infermeria. BOE núm. 200, de 22/8/1977, p. 18.716-7.
- Reial decret 43/2015, pel qual es modifica el Reial decret 1393/2007, pel qual s'estableix l'ordenació dels ensenyaments universitaris oficials, i el Reial decret 99/2011, pel qual es regulen els ensenyaments oficials de doctorat. BOE núm. 29, del 3/2/2015, p. 8.088-91.
- Reial decret 450/2005, de 22 d'abril, sobre especialitats d'Infermeria. BOE núm. 108, de 6/5/2005, p.15.480-6.
- Reial decret 55/2005, de 21 de gener, pel qual s'estableix l'estructura dels ensenyaments universitaris i es regulen els estudis universitaris oficials de grau. BOE núm. 21, de 25/1/2005.
- Reial decret 614/1997, de 25 d'abril, pel qual es modifica parcialment el Reial decret 1497/1987, de 27 de novembre, pel qual s'estableixen les directrius generals comunes dels Plans d'Estudis dels títols universitaris de caràcter oficial i vàlidesa en tot el territori nacional, modificat parcialment pels reials decrets 1267/1994, de 10 de juny, i 2347/1996, de 8 de novembre. BOE núm. 117, de 16/5/1997, p. 15.344-5.
- Reial decret 644/1988, de 3 de juny, del Ministeri de Relacions amb les Corts i de la Secretària del Govern, pel qual es modifica parcialment el Reial decret 1558/1986, de 28 de juny (Presidència), pel qual s'estableixen les bases generals del règim de concerts entre les universitats i les institucions sanitàries. BOE núm. 152, de 25/6/1988, p. 19.925-6.
- Reial decret llei 14/2012, de 20 d'abril, de mesures urgents de racionalització de la despesa pública en l'àmbit educatiu. BOE núm. 96. de 21/4/2012.
- Reial ordre de 16 de novembre de 1888, per la qual s'estableix el Reglament que regiria les carreres de practicants i matrones. Gasete de Madrid, núm. 323, 18/11/1883.
- Reial ordre de 21 de novembre de 1861 de la Direcció General d'Instrucció Pública, aprovant el reglament per a l'ensenyament de Practicants i Matrones. Gasete de Madrid, núm. 332, 28/11/1861.
- Reial ordre de 7 de maig, del Ministeri d'Instrucció Pública i Belles Arts, aprovant el programa dels coneixements que són necessaris per a habilitar d'infermeres a les que ho sol·liciten, pertanyents o no a comunitats religioses. Gasete de Madrid, núm. 141, de 21/05/1915, 3 p.
- Resolució d'1 de març de 2001, de la Sotssecretaria del Secretariat del Govern i Relacions amb les Corts de la Presidència de la Generalitat, per la qual es disposa la publicació de l'Addenda al Concert entre la Conselleria de Sanitat, la Diputació de València i la Universitat de València per a la utilització de les institucions sanitàries en la investigació i docència universitària, subscrit el 24 de març de 1997. DOGV núm. 3.959, de 14/3/2001, p. 5.179-81.
- Resolució de 12 de desembre de 2011, de la Universitat de València, per la qual es publica el pla d'estudis de Graduat en Infermeria. BOE número 314, de divendres 30/12/2011 (Disponible en: https://www.uv.es/graus/publicacio/infermeria/pub_boe_infermeria_30_12_2011.pdf).
- Resolució de 23 d'abril de 1997, de la Sotssecretaria del Secretariat del Govern i Relacions amb les Corts de la Conselleria de Presidència de la Generalitat Valenciana, per la qual es disposa la publicació del concert entre la Conselleria de Sanitat, la Diputació Provincial de València i la Universitat de València per a la

utilització de les institucions sanitàries en la investigació i docència universitària. DOGV núm. 2.982 de 30/04/1997, p. 6.535 i s.

- Resolució de 28 d'octubre de 1993, de la Universitat de València (Estudi General), per la qual es publica el pla d'estudis de Diplomant en Infermeria de l'Escola Universitària d'aquesta Universitat. BOE núm. 280, de 23/11/1993, p. 32.969-78.
- Resolució de 3 de desembre de 2021, del director general de Relacions amb les Corts, de la Presidència de la Generalitat, per la qual es publica el conveni entre la Generalitat, a través de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, el Consorci Hospital General Universitari de València i la Universitat de València-Estudi General per a la realització de pràctiques docents de titulacions de Ciències de la Salut. [2021/12387] DOGV número 9.238, de 20/12/2021.
- Resolució de 6 d'abril de 1998, de la Universitat de València, per la qual s'ordena publicar el pla d'estudis de la diplomatura en Infermeria d'aquesta Universitat. BOE núm. 120, de 20/5/1998, p.16.786-98.

Recursos bibliogràfics

[1] Hall J.E. Enfermería en Salud Comunitaria: un enfoque de sistemas. OPS/OMS. 1ª edición. Washington 1990

[2] Rodríguez-Gómez, R. Los orígenes de la enfermería comunitaria en Latinoamérica. *Salud UIS* 2017, 49, 490–497, 10.18273/revsal.v49n3-2017007. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072017000300490&lng=en&tlng=en.

[3] Pisano González, M.M.; González Pisano, A.C.; Abad Bassols, A. Enfermería Familiar y Comunitaria: claves de presente, retos de futuro. *Enfermería clínica* 2019, 29, 365–369, 10.1016/j.enfcli.2019.10.005. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.005>.

[4] Ventosa Esquinaldo, F. *Historia de la enfermería española*; Editorial Ciencia 3: Madrid, 1984.

[5] Represas-Carrera, F.J.; Comesaña-Diego, L.; Carrera-García, Á; Vidal Fernández-Fernández, M.; Rodríguez-Iglesias, F.J.; Calvo-Pérez, A.I.; Díaz-Hoyos, R. Situación actual de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria en España. *Enfermería global* 2016, 15, 197–208. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000400008&lng=en&tlng=en.

[7] Sánchez-García, A.M.; Merelles-Tormo, A.; Mazarrasa-Alvear., L. In La evolución del modelo sanitario español y sus repercusiones en la profesión de enfermería; Mazarrasa-Alvear., L., et al., Eds.; *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*; McGraw-Hill/Interamericana: Madrid, 2003; .

[8] Farrerons Noguera, Lourdes. *Historia del sistema sanitario español*.

[9] Monográfico; Fernández, R.V.; Colaboradora, P.; Doctora, I.; Keywords, P.C. The normative and political-social evolution of the national health system and the risks of fragmentation. Analysis of the common portfolio of state services.

[10] Galea, S.; Kruk, M.E. Forty Years After Alma-Ata: At the Intersection of Primary Care and Population Health. *The Milbank quarterly* 2019, 97, 383–386, 10.1111/1468-0009.12381. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/45171813>.

[11] Lawn, J.E.; Rohde, J.; Rifkin, S.; Were, M.; Paul, V.K.; Chopra, M. Alma-Ata: Rebirth and Revision 1: Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *The Lancet* (British edition) 2008, 372, 917, 10.1016/S0140-6736(08)61402-6. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/199024583>.

[12] Organización Mundial de la Salud SALUD-21. 1998.

- [13] Rivero D A, T. Alma-Ata: 25 años después. *Revista Perspectivas de Salud. La revista de la Organización Panamericana de la Salud*, 8. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_1.htm.
- [14] Chan, Margaret. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. *Revista cubana de salud pública* 2009, 35, 10.1590/s0864-34662009000400003. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21418848003>.
- [15] Coll Benejam, T.; Palacio Lapuente, J.; Añel Rodríguez, R.; Gens Barbera, M.; Jurado Balbuena, J.J.; Perelló Bratescu, A. Organización de la Atención Primaria en tiempos de pandemia. *Atención primaria* 2021, 53, 102209, 10.1016/j.aprim.2021.102209. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102209>.
- [16] Lamata Cotanda, F. Atención Primaria en España: Logros y Desafíos. *Revista clínica de medicina de familia* 2017, 10, 164–167. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000300164&lng=en&tlng=en.
- [17] Belenguer A., B.A. Modelos organizativos de la Atención Primaria en España. Revisión bibliográfica. *Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria*. Disponible en: https://www.revistafml.es/wp-content/uploads/2020/02/Trabajo-final-grado-alberto-belenguer-fml-febrero-2020_merged-1-1-1.pdf.
- [18] M.S.P.S. Instituto de Información Sanitaria - Subcomisión de Sistemas de Información del SNS ORGANIZACIÓN GENERAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS; Madrid, 2010.
- [19] Martín Zurro, A.; Cano Pérez JF; Gené Badia, J. *Atención primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia*; Madrid, 2024.
- [20] Anonymous Plan_de_Accion_de_Atencion_Primaria.
- [21] Consejo Interterritorial de Salud Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027; Madrid, 2024.
- [22] Moreno Küstner, B. Por qué no funcionan los sistemas de información en salud mental?: Diez requisitos necesarios para su implementación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2012, 32, 29–38, 10.4321/S0211-57352012000100003. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000100003&lng=en&tlng=en.
- [23] Anonymous Report of the international pilot study of schizophrenia. Report of the international pilot study of schizophrenia 1973.
- [24] Martínez Perpiñá, S.; Plá Orti, M.P.; Rubio Ramón, M.; Bernal Beltrá, M.A.; Soriano Pardo, M.A. Patient perception of the Abucasis II computer program. *Atención primaria* 2009, 41, 176–177, 10.1016/j.aprim.2008.09.010. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19324470>.
- [25] Herraiz Mallebrera, A. Actitudes y conocimientos de las enfermedades de atención primaria tras la implantación de la historia electrónica de Salud SIA-Abucasis II en la Comunidad Valenciana. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de A.T.S. de Valencia* 2009, 31–34. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=3046183>.
- [26] De, A.-; Ambulatoria, I. RAFALAFENA PLAN DE INFORMACION.
- [27] Eduardo Satué de Velasco; Manuel Gayol Fernández; María Teresa Eyaralar Riera; Rosa Magallón Botaya; Francisco Abal Ferrer Impacto de la pandemia en la atención primaria. Informe SESPAS 2022. *Gaceta sanitaria* 2022, 36, S30–S35. Disponible en: <https://doaj.org/article/3c8ba620ac6b405da8f1f92374138ba0>.
- [28] Ramos Gil, E.; Román Frías, A.; García Campos, A.; Sánchez Gómez, S. Impacto de la pandemia de COVID-19 en los profesionales de Atención Primaria y propuestas de mejora. *Comunidad* 2023, 25, 29–35, 10.55783/comunidad.250202. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2339-78962023000200002&lng=en&tlng=en.
- [29] Sánchez Bayle, M. La coordinación sanitaria en España, ¿qué se puede hacer? *Revista de administración sanitaria siglo XXI* 2008, 6, 151–155. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=2570366>.

Manual de l'assignatura

- [30] González Jurado, M. La coordinación sanitaria territorial. Situación actual y propuestas de futuro. *Revista de administración sanitaria siglo XXI* 2008, 6, 119–133. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=2570355>.
- [31] Consejo de Europa Recomendación nº 98 (9) relativa a la dependencia, adoptada el 18 de septiembre de 1998. 1998.
- [32] Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) *Libro blanco de atención a las personas en situación de dependencia*. 2004. Disponible en: <https://crediscapacidadydependencia.imserso.es/documents/20123/647214/libroblanco.pdf>.
- [33] García Cedrón, M.; Areñas Gómez, M.G.; López Otero, J.; Prieto Ramos, M.E.; Blanco Vázquez, P.; Míguez Rodríguez, E.M. La atención a las personas en situación de dependencia: valoración, servicios y prevención. *Rehabilitación* (Madrid) 2008, 42, 340–349, 10.1016/S0048-7120(08)75670-6. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S0048712008756706>.
- [34] Comisión para el Análisis de la situación del Sistema de la Dependencia. *Informe de la comisión para el análisis de la situación actual del sistema de la dependencia, de su sostenibilidad y de los actuales mecanismos de financiación, para evaluar su adecuación a las necesidades asociadas a la dependencia*. 2022.
- [35] García Alcaraz, F.; Delicado Useros, V.; Alfaro Espín, A.; López-Torres Hidalgo, J. Utilización de recursos sociosanitarios y características del cuidado informal de los pacientes inmovilizados en atención domiciliaria. *Atención primaria* 2015, 47, 195–204, 10.1016/j.aprim.2014.05.008. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S0212656714002042>.
- [36] García Alcaraz, F.; Delicado Useros, V.; Alfaro Espín, A.; López-Torres Hidalgo, J. Utilización de recursos sociosanitarios y características del cuidado informal de los pacientes inmovilizados en atención domiciliaria. *Atención primaria* 2015, 47, 195–204, 10.1016/j.aprim.2014.05.008. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S0212656714002042>.
- [37] Bullich-Marín, I.; Sánchez-Ferrín, P.; Cabanes-Duran, C.; Salvà-Casanovas, A. Recursos sociosanitarios en Cataluña. Situación actual. *Revista española de geriatría y gerontología* 2017, 52, 342–347, 10.1016/j.regg.2017.01.002. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S0211139X17300409>.
- [38] Nabal, M. *Guía de recursos sociosanitarios y paliativos en Álava*, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2010. ISBN: 978-84-933596-5-2. *Medicina paliativa* 2011, 18, 157, 10.1016/j.medipa.2011.10.007. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2011.10.007>.
- [39] Palma-Ayllón, E.; Escarabajal-Arrieta, M.D. Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos* 2021, 32, 22–25, 10.4321/S1134-928X2021000100006.
- [40] Palma-Ayllón, E.; Escarabajal-Arrieta, M.D. Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos* 2021, 32, 22–25, 10.4321/S1134-928X2021000100006.
- [41] Ruiz Trascastro, R.R. *La soledad en las personas mayores*. Editorial Dykinson, S.L: 2023.
- [42] Rojas Zapata, J.; Gallardo Peralta, L.; de Gea Grela, P. Determinantes personales, comportamentales y sociales que previenen los sentimientos de soledad en personas mayores. *Ciencia y Enfermería* 2024, 30, 10.29393/CE30-12DPJP30012.
- [43] Garza-Sánchez, R.I.; González-Tovar, J.; Rubio-Rubio, L.; Dumitrache-Dumitrache, C.G. Soledad en personas mayores de España y México: un análisis comparativo. *Acta colombiana de psicología* 2020, 23, 106–116, 10.14718/ACP.2020.23.1.6. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2678718016>.
- [44] Rodríguez Rodríguez, V.; Sánchez Moreno, E.; Gallardo Peralta, L.P.; García Martín, M. La investigación sobre soledad y redes de apoyo social en las personas mayores: una revisión sistemática en Europa. *Revista Española de Salud Pública* 2023. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=8931863>.

- [45] Consejo Estatal de Personas Mayores. *Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018-2021*. 2017.
- [46] Organización Panamericana de Salud. *Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud*. MANUAL. 2020.
- [47] Calvo Álvarez de Arkaia, A.; Benedé Azagra, C.B.; Gandarias Jaio, M.; Cardo Miota, A.; Hernán García, M. Qué necesitamos para «hacer comunitaria»? Veinticinco medidas prácticas para gerencias y equipos de atención primaria. *Gaceta sanitaria* 2024, 38, 10.1016/j.gaceta.2024.102403. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102403>.
- [48] Calaf, C.P.; González-Viana, A. Herramientas para una orientación comunitaria de la atención primaria: el mejor sustrato para la prescripción social. *Formación médica continuada en atención primaria* 2021, 28, 21–32, 10.1016/j.fmc.2021.02.004. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2021.02.004>.
- [49] García-Blanco, D.; Cubillo-Llanes, J. Orientación comunitaria en los equipos de atención primaria. *Atención primaria práctica* 2023, 5, 100165, 10.1016/j.appr.2022.100165. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.appr.2022.100165>.
- [50] Marchioni, M. *Comunidad, participación y desarrollo. Teoría y metodología de la intervención comunitaria*; Editorial Popular: Madrid, 1999; p. 1–111.
- [51] Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta sanitaria* 2012, 26, 182–189, 10.1016/j.gaceta.2011.07.024. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S0213911111003025>.
- [52] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*; Madrid, 2015.
- [53] De Oliveira, N.C.; Albuquerque, J.F.; Silva, M.W.N.; Dalmás, F.B.; Portes, L.A. Green areas as promoters of health, leisure and physical activity: a systematic review/Áreas verdes como promotoras de saúde, lazer e atividade física: urna revisão sistemática/Las áreas verdes como promotoras de salud, ocio y actividad física: una revisión sistemática. *Revista de gestão ambiental e sustentabilidade* 2022, 11, 1, 10.5585/geas.v11i2.22938.
- [54] Gascón, M.; Sánchez-Benavides, G.; Dadvand, P.; Martínez, D.; Gramunt, N.; Gotsens, X.; Cirach, M.; Vert, C.; Molinuevo, J.L.; Crous-Bou, M.; Nieuwenhuijsen, M. Long-term exposure to residential green and blue spaces and anxiety and depression in adults: A cross-sectional study. *Environmental Research* 2018, 162, 231–239, 10.1016/j.envres.2018.01.012. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.envres.2018.01.012>.
- [55] Anonymous. Mental Health; New Findings from University of Barcelona Describe Advances in Mental Health (Mental health benefits of long-term exposure to residential green and blue spaces: a systematic review). *Mental Health Weekly Digest* 2016, 226.
- [56] Andreu, C. Desarrollo comunitario: estrategias de intervención y rol de la educadora social. *Revista de Educación Social* 2008. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=2580562>.
- [57] Marchioni, M. In: *Salud, comunidad e intervención comunitaria. Enciclopedia profesional de la enfermería comunitaria*; McGraw-Hill/Interamericana: Madrid, 1998; p. 1–31.
- [58] Marchioni M. In: Organización y desarrollo de la comunidad. La intervención comunitaria en las nuevas condiciones sociales; UNED, Ed.; Programas de animación sociocultural; UNED: 2002.
- [59] Valencia Gálvez, L. Investigación-Acción-Participativa: Cartografías Sociales, Métodos y Experiencias Comunitarias. El Caso del Barrio Condominio Blindados en Santiago de Chile. 2023, 10.29344/07171714.41.3344. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/215830>.
- [60] Marchioni, M. La audición. Un método de investigación participativa y comunitaria. Tenerife, 1991.
- [61] Mazarrasa L., Sánchez Moreno J.R., Sánchez-García A.M. *Salud pública y enfermería comunitaria*; McGraw-Hill/Interamericana: Madrid, 2003.

Manual de l'assignatura

- [62] Sánchez-García, A.M.; Merelles-Tormo, A. In La investigación en salud; Mazarrasa., L., *et al.*, ed.; *Salud pública y enfermería comunitaria*; McGraw-Hill/Interamericana: Madrid, 2003.
- [63] Mazarrasa Alvear, L. *Salud pública y enfermería comunitaria*; McGraw-Hill Interamericana de España: New York [etc.], 2003.
- [64] Cotonieto-Martínez, E.; Rodríguez-Terán, R. Salud comunitaria: una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. *Journal Of Negative & No Positive Results* 2021, 6, 393–410, 10.19230/jonnpr.3816. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2021000200011&lng=en&tng=en.
- [65] Aguilar, M.J. *La participación comunitaria en salud*; Díaz de Santos: Madrid, España, 2022.
- [66] Aguilar Idáñez, M.J. *La participación comunitaria en salud: ¿Mito o realidad? Evaluación de experiencias en atención primaria*; Díaz de Santos: Madrid, España, 2022.
- [67] Botello, B.; Palacio, S.; García, M.; Margolles, M.; Fernández, F.; Hernán, M.; Nieto, J.; Cofiño, R. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gaceta sanitaria* 2013, 27, 180–183, 10.1016/j.gaceta.2012.05.006. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S0213911112001896>.
- [68] Miguélez-Chamorro, A.; Ferrer-Arnedo, C. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. *Enfermería clínica* 2014, 24, 5–11, 10.1016/j.enfcli.2013.12.002. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S1130862113001915>.
- [69] Carlos Sobrino Armas; Mariano Hernán García; Rafael Cofiño De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. *Gaceta sanitaria* 2018, 32, 5–12, 10.1016/j.gaceta.2018.07.005. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.005>.
- [70] López-Dicastillo, O.; Canga-Armayor, N.; Mujika, A.; Pardavila-Belio, M.I.; Belintxon, M.; Serrano-Monzó, I.; Pumar-Méndez, M.J. Cinco paradojas de la promoción de la salud. *Gaceta sanitaria* 2017, 31, 269–272, 10.1016/j.gaceta.2016.10.011. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S0213911117300316>.
- [71] Aguilar-Idáñez M.J. *La participación comunitaria en salud: ¿Mito o realidad? Evaluación de Experiencias en Atención Primaria*; Díaz de Santos, 2001.
- [72] Reiner Hernández, L.; Cruz Caballero, B.A.; Orozco Muñoz, C. La participación comunitaria como eje de la atención primaria de la salud. *Edumecentro* 2019, 11, 218–233. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742019000100218&lng=en&tng=en.
- [73] Morales, M.A.; Serrudo, N.; Cabezas, C.; Paulo, A.; Montiel, G.; Caballero, L.G.; Cárdenas, L.G.; Morón, A.; Roa, E. Participación y comunicación social para medicina familiar y comunitaria y atención primaria en salud. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* 2016, 11, 31–46, 10.5712/rbmfc11(0)1279. Disponible en: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/download/1279/753>.
- [74] Chirino, C. Revisión histórica sobre la participación comunitaria y sus distintas connotaciones. *CIENCIAMATRIA* 2017, 3, 11–25. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=7088663>.
- [75] Panahi, S.; Watson, J.; Partridge, H. Conceptualising social media support for tacit knowledge sharing: physicians' perspectives and experiences. *Journal Of Knowledge Management* 2016, 20, 344–363, 10.1108/JKM-06-2015-0229. Disponible en: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JKM-06-2015-0229/full/html>.
- [76] Cobb, S. Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine* 1976, 38, 300–314, 10.1097/00006842-197609000-00003.
- [77] Caplan, G., Killilea, M. (ed.); Abrahams, R.B. *Support systems and mutual help: multidisciplinary explorations*; Nova York: Grune & Stratton, 1976.
- [78] House, J.S. *Work stress and social support*; Addison-Wesley: Reading, Mass, 1983.

- [79] Lin, N. *Social capital: Structural analysis in the social sciences*; Cambridge Univ. Press: Cambridge [u.a.], 2001; Vol. 19, pp xiv.
- [80] Degenne, A. Social capital: a theory of social structure and action. *Tempo social : revista de sociologia da USP* 2004, 16, 303–305.
- [81] González Casas, D.; Mercado García, E. El modelo social como perspectiva de intervención desde el trabajo social en personas con la capacidad modificada | The social model as a perspective of intervention from social work in people with modified capacity. *Revista española de discapacidad* 2019, 7, 241–249, 10.5569/2340-5104.07.01.12. Disponible en: <https://doaj.org/article/5917d055c3394affb0d93cb5f09b08cf>.
- [82] Vangelisti, A.L. Challenges in conceptualizing social support. *Journal of Social and Personal Relationships* 2009, 26, 39–51, 10.1177/0265407509105520. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0265407509105520>.
- [83] González Ramírez, M.T.; Hernández, R.L. Propiedades psicométricas de la Escala de Apoyo Social y Familiar y de Amigos (AFA-R) en una muestra de estudiantes. *Acta de investigación psicológica* 2014, 4, 1469–1480, 10.1016/s2007-4719(14)70387-4.
- [84] Vaux, A. *Social support : theory, research, and intervention*. Praeger: Nova York [u.a.], 1988.
- [85] Johnsen, M.C. Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists. *Psychiatric services* (Washington, D.C.) 2001, 52, 1404, 10.1176/appi.ps.52.10.1404. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.52.10.1404>.
- [86] Gracia, E.; Herrero, J. La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista latinoamericana de psicología* 2006, 38, 327–342. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538207>.
- [87] Cohen, S.; Gordon, L.U.; Gottlieb, B.H.; *Fetzer Institute Social Support Measurement and Intervention*; Oxford University Press: United Kingdom, 2000; .
- [88] Gracia, E.; Herrero, J. Personal and situational determinants of relationship-specific perceptions of social support. *Social behavior and personality* 2004, 32, 459–476, 10.2224/sbp.2004.32.5.459. Disponible en: <https://www.ingentaconnect.com/content/sbp/sbp/2004/00000032/00000005/art00006>.
- [89] Gracia, E.; Herrero, J. La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista latinoamericana de psicología* 2006, 38, 327–342. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538207>.
- [90] Benítez Pérez, M.E. La familia: Desde lo tradicional a lo discutible. *Novedades en Población* 2017, XIII, 58–68. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782017000200005&lng=en&tlng=en.
- [91] Beatriz Pérez Giraldo El cuidado de la enfermería en familia: un reto para el siglo XXI. *Aquichan* 2009, 2. Disponible en: <https://doaj.org/article/067d9d6a0d6a4634b507945e10833147>.
- [92] Canga, A.; Esandi, N. La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería. *Anales del sistema sanitario de Navarra* 2016, 39, 319–322. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200016&lng=en&tlng=en.
- [93] Molas Puigvila, M.; Brugués Brugués, A.; García Gutiérrez, C. Especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria: una realidad. *Atención primaria* 2011, 43, 220–221, 10.1016/j.aprim.2010.12.007. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S0212656711001314>.
- [94] Cid Rodríguez, M.d.C.; Montes de Oca Ramos, R.; Hernández Díaz, O. La familia en el cuidado de la salud. *Revista Médica Electrónica* 2014, 36, 462–472.
- [95] Lares, R.E.; Mexicano, G.; Licenciado, Rodríguez, L.; Mexicana, G.; Doctora hacia un nuevo concepto de familia: la familia individual. Towards a new concept of family: the individual family.

Manual de l'assignatura

- [96] Anonymous. Revista_Redes_41_P9-18_Irueste,+Guatrochi,+Pacheco+Delfederico.
- [97] Canga, A.; Esandi, N. La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería. *Anales del sistema sanitario de Navarra* 2016, 39, 319–322. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200016&lng=en&tlng=en.
- [98] Valdés Cuervo, Á. *Familia y desarrollo: Intervenciones en terapia familiar*, Editorial El Manual Moderno: 2013.
- [99] Ruiz, C.; Miguel, D.E. *La familia y su implicación en el desarrollo infantil*.
- [100] Herrera Santi, P.M. Factores de riesgo para la salud familiar: acontecimientos significativos. *Humanidades médicas* 2012, 12, 184–191. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202012000200003&lng=en&tlng=en.
- [101] Bailón Muñoz, E.; de la Revilla Ahumada, L. La atención familiar, la asignatura pendiente. *Atención primaria* 2011, 43, 55–57, 10.1016/j.aprim.2010.12.006. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S0212656711000382>.
- [102] Sanz Rodríguez, L.J.; Gómez García de la Pedrosa, M.; Almendro Marín, M.T.; Rodríguez Campos, C.; Izquierdo Núñez, A.M.; Sánchez del Hoyo, P. Estructura familiar, acontecimientos vitales estresantes y psicopatología en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2009, 29, 501–521. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000200015&lng=en&tlng=en.
- [103] de la Revilla, L.; de los Ríos Alvarez, A.M.; de Dios Luna del Castillo, J. Factors underlying psycho-social problems. *Atención primaria* 2007, 39, 305–311. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17555662>.
- [104] Holmes, T.H.; Rahe, R.H. The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research* 1967, 11, 213–218, 10.1016/0022-3999(67)90010-4. Disponible en: [https://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4).
- [105] Scully, J.A.; Tosi, H.; Banning, K. Life Event Checklists: Revisiting the Social Readjustment Rating Scale after 30 Years. *Educational and psychological measurement* 2000, 60, 864–876, 10.1177/00131640021970952. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/00131640021970952>.
- [106] Wallace, D.; Cooper, N.R.; Sel, A.; Russo, R. The social readjustment rating scale: Updated and modernised. *PloS one* 2023, 18, e0295943, 10.1371/journal.pone.0295943. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/38109368>.
- [107] Carlos A. Bruner; Laura Acuña; Luis M. Gallardo; Raquel Atri; Adriana Hernández; Wanda Rodríguez; Gloria Robles La escala de reajuste social (SRRS) de Holmes y Rahe en México. *Revista latinoamericana de psicología* 1994, 26. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80526204>.
- [108] Hillis, S.; Mercy, J.; Amobi, A.; Kress, H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics* 2016, 137, e20154079, 10.1542/peds.2015-4079. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26810785>.
- [109] Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia contra los niños 2020: Resumen de orientación*. 2020.
- [110] Soy-Andrade, M.T.; Cuevas-Budhart, M.Á; Hernández-Iglesias, S.; Crespo-Cañizares, A.; Renghea, A.; Gómez del Pulgar García-Madrid, M. Efectividad de la estrategia educativa para la prevención de la violencia y el maltrato infantil en el currículo del Grado de Enfermería. *Educación médica* 2021, 22, 370–374, 10.1016/j.edumed.2019.12.005. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2019.12.005>.
- [111] Organización Mundial de la Salud. *Manual INSPIRE: Medidas destinadas a implementar las siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños*. 2018.

- [112] Alventosa del Río, J. Reconocimiento del derecho de los menores a la protección frente a adicciones en la Ley 26/2018, de 21 de diciembre, de Derechos y garantías de la infancia y la adolescencia de la Comunidad Valenciana. *Revista española de drogodependencias* 2024, 49, 177–191.
- [113] De, M. Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar. *Informes, estudios e investigación* 2014.
- [114] Ministerio de Igualdad. *La mutilación genital femenina en España*.
- [115] *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF)*. Ministerio de Sanidad, 2015.
- [116] AnonymousVALENCIA2016ProtocoloMGF.
- [117] Juhász, B.; Khan, K.S.; Cano-Ibáñez, N.; Bueno-Cavanillas, A.; Triviño-Juárez, J.M. Prevalence of elder abuse in the community and care settings: An umbrella review. *Semerger, medicina de familia* 2024, 50, 102209, 10.1016/j.semerg.2024.102209. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2024.102209>.
- [118] Zhang, L.; Du, Y.; Dou, H.; Liu, J. The prevalence of elder abuse and neglect in rural areas: a systematic review and meta-analysis. *Eur Geriatr Med* 2022, 13, 585–596, 10.1007/s41999-022-00628-2. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s41999-022-00628-2>.
- [119] Yon, Y., MA; Mikton, C.R., PhD; Gassoumis, Z.D., PhD; Wilber, K.H., Prof Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet global health* 2017, 5, e147–e156, 10.1016/S2214-109X(17)30006-2. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S2214109X17300062>.
- [120] Yon, Y.; Mikton, C.; Gassoumis, Z.D.; Wilber, K.H. Research Protocol for Systematic Review and Meta-Analysis of Elder Abuse Prevalence Studies. *Canadian journal on aging* 2017, 36, 256–265, 10.1017/S0714980817000137. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0714980817000137/type/journal_article.
- [121] Yunus, R.M.; Abdullah, N.N.; Firdaus, M.A.M. Elder abuse and neglect in the midst of COVID-19. *Journal of global health* 2021, 11, 03122, 10.7189/jogh.11.03122. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34912545>.
- [122] Podnieks, E.; Anetzberger, G.J.; Wilson, S.J.; Teaster, P.B.; Wangmo, T. WorldView Environmental Scan on Elder Abuse. *Journal of elder abuse & neglect* 2010, 22, 164–179, 10.1080/08946560903445974. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08946560903445974>.
- [123] Podnieks, E.; Penhale, B.; Goergen, T.; Biggs, S.; Han, D. Elder Mistreatment: An International Narrative. *Journal of elder abuse & neglect* 2010, 22, 131–163, 10.1080/08946560903436403. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08946560903436403>.
- [124] Sousa, C.; Herrenkohl, T.I.; Moylan, C.A.; Tajima, E.A.; Klika, J.B.; Herrenkohl, R.C.; Russo, M.J. Longitudinal Study on the Effects of Child Abuse and Children's Exposure to Domestic Violence, Parent-Child Attachments, and Antisocial Behavior in Adolescence. *Journal of interpersonal violence* 2011, 26, 111–136, 10.1177/0886260510362883. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0886260510362883>.
- [125] Ferreira, M.; dos Santos, C.L.; Vieira, D.N. Detection and Intervention Strategies by Primary Health Care Professionals in Suspected Elder Abuse. *Acta médica portuguesa* 2015, 28, 687–694, 10.20344/amp.6706. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26849751>.
- [126] Burnes, D.; Pillemer, K.; Rosen, T.; Lachs, M.S.; McDonald, L. Elder abuse prevalence and risk factors: findings from the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Nature aging* 2022, 2, 784–795, 10.1038/s43587-022-00280-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37118505>.
- [127] Gil-Gregorio, P. *Manual del Residente en Geriátria*. SEGG: Madrid, 2011.
- [128] Marín Gámez, N.; Delgado Rodríguez, M. The elder abuse syndrome. *Medicina clínica* 1994, 103, 357–358. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7967900>.

Manual de l'assignatura

- [129] Ribera Casado, J.; Cruz-Jentoft, A. *Geriatría en Atención Primaria*. Aula Médica: Madrid.
- [130] Tabueña Lafarga, C.M. Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial. *Intervención psicosocial* 2006, 15, 275–292. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000300003&lng=en&tlng=en.
- [131] Sánchez García, A. In: La visita domiciliaria; García, E.A.S., Tormo, A.M. and Sabater, A.M., Eds.; *Máster en Atención Enfermera: Prescripción y Seguimiento Farmacoterapéutico en Enfermería en Atención Primaria. Módulo I. El Sistema Nacional de Salud Español*; Alfa Delta Digital: Valencia, 2003; p. 1–60.
- [132] Kotliarenco, M.A.; Gómez, E.; Muñoz, M.M.; Aracena, M. Características, efectividad y desafíos de la visita domiciliaria en programas de intervención temprana. *Revista de salud pública* (Bogotá, Colombia) 2010, 12, 184–196. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42217805002>.
- [133] Guevara Francesa, G.; Solís Cordero, K. Visita domiciliaria: un espacio para la adquisición y modificación de prácticas en salud. *Enfermería actual en Costa Rica* 2018, 82–95, 10.15517/revenf.v0i34.31772. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682018000100082&lng=en&tlng=en.
- [134] Santiago Fabián Marín Cuenca; Tania Paola Pazmiño Lucio Visita domiciliaria: Su impacto en la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles. *Ateneo* 2022, 24. Disponible en: <https://doaj.org/article/669f0923097646e485a58e6c16fe9655>.
- [135] Kotliarenco, M.A.; Gómez, E.; Muñoz, M.M.; Aracena, M. Características, efectividad y desafíos de la visita domiciliaria en programas de intervención temprana. *Revista de salud pública* (Bogotá, Colombia) 2010, 12, 184–196. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42217805002>.
- [136] Nagao, T.; Tanemura, R.; Noda, K.; Sagara, J.; Nakata, O. Livelihood support by assistive technology based on a home visit survey (Apoyo para la subsistencia mediante tecnología asistencial basada en una encuesta realizada en una visita domiciliaria). *Estudios de psicología* 2022, 43, 206–226, 10.1080/02109395.2021.2008747. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02109395.2021.2008747>.
- [137] Glasinovic, A.; Canessa, J.; Sancy, D.; Sotomayor, F. Buenas prácticas en la visita domiciliaria integral en atención primaria chilena. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2021, 32, 414–419, 10.1016/j.rmcl.2021.01.011. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2021.01.011>.
- [138] Asdrúbal Velasco; Duran, M. *La visita domiciliaria como programa para el abordaje de la familia*. 2003.
- [139] Brugerolles, M.E.; Dois, A.; Mena, C. Beneficio de la visita domiciliaria para los adultos mayores. *Horiz Enferm* 2008, 19, 55–64.
- [140] Úbeda Bonet, I.; Roca Roger, M. In: La visita domiciliaria; Mazarrasa, E.L., Ed.; *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*; McGraw-Hill/Interamericana: Madrid.
- [141] Martínez Galdame, H.G.; Zepeda González, M.I. La visita domiciliaria como una herramienta para la detención de la violencia hacia el adulto mayor. 2009. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10201/24398>.
- [142] Defensor del pueblo. *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Recomendaciones del Defensor de Pueblo e informes de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y de la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología*.
- [143] O.P.S./O.M.S. *Guía Clínica para la Atención Primaria de las personas Adultas Mayores. Promoción de la salud y Envejecimiento activo*. Serie materiales de capacitación, n. 1.
- [144] Moraga, C. *Orientaciones Técnicas Visita Domiciliaria Integral para el Desarrollo Biopsicosocial de la Infancia*; Gobierno de Chile. Ministerio de Salud: Santiago de Chile.

- [145] Sánchez-García, A.; Martínez-Sabater, A.; Magdalena-Benedito JR In: Cuidados personales y nuevas tecnologías ante el envejecimiento y la atención a la cronicidad; Ródenas-Rigla FJ, Fombuena-Valero J, P.J., Eds.; *Bienestar social: intervención familiar*; Tirant Lo Blanch: València, 2017; p. 125–188.
- [146] Tartaglini, M.F.; Feldberg, C.; Hermida, P.D.; Heisecke, S.L.; Dillon, C.; Ofman, S.D.; Nuñez, M.L.; Somale, V. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: análisis de sus propiedades psicométricas en cuidadores familiares residentes en Buenos Aires, Argentina. *Neurología Argentina* 2020, 12, 27–35, 10.1016/j.neuarg.2019.11.003. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2019.11.003>.
- [147] Gómez-Ramos, M.J.; González-Valverde, F.M. El cuidador del paciente con demencia: Aplicación del test Índice del Esfuerzo del Cuidador. *Revista española de geriatría y gerontología* 2004, 39, 154–159, 10.1016/S0211-139X(04)74949-5. Disponible en: [https://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X\(04\)74949-5](https://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X(04)74949-5).
- [148] Odriozola Gojenola, M.; Vita Garay, A.; Maiz Alkorta, B.; Zialteta Aduriz, L.; Bengoetxea Gallastegi, L. Índice de esfuerzo del cuidador: test diagnóstico de sobrecarga en cuidadores de enfermos con demencia. *Semerger, medicina de familia* 2008, 34, 435–438, 10.1016/S1138-3593(08)75201-8. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S1138359308752018>.
- [149] Alsinet, C.; Jordana Berenguer, N. *Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud del mayor*. Volumen I; ASUNIVEP: 2015.
- [150] Cuevas, D.; Gallud, J.; Soler, P.; Rosado N. *Guía de atención a las personas cuidadoras familiares en el ámbito sanitario*; Generalitat. Conselleria de Sanitat: València, 2014, p. 1–178.
- [151] Piédrola, G. *Medicina preventiva y Salud Pública*.
- [152] O.P.S./O.M.S. Documento de Posición: La Renovación de la APS.
- [153] O.M.S. Envejecimiento activo: un marco político. *Revista española de geriatría y gerontología*, 37, 74–105.
- [154] O.M.S. La salud de las personas de edad. Series Informes técnicos, n. 779.
- [155] Ministerio de Sanidad - Áreas - Envejecimiento saludable y prevención de fragilidad. (accessed Feb 13, 2025).
- [156] Martínez-Velilla, N.; Tarazona-Santabalbina, F.J.; Vidán Astiz, M.T.; García Navarro, J.A. Valoración integral y multidimensional del anciano vs. valoración geriátrica integral. *Revista española de geriatría y gerontología* 2021, 56, 183, 10.1016/j.regg.2021.01.009. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2021.01.009>.
- [157] Wanden-Berghe, C. Valoración geriátrica integral. *Hospital a domicilio* 2021, 5, 115–124, 10.22585/hospdomic.v5i2.136. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2530-51152021000200004&lng=en&tlng=en.
- [158] Orozco Crespo, J.C. Efectividad de la valoración geriátrica integral. *Gaceta médica boliviana* 2023, 46, 28–31, 10.47993/gmb.v46i2.604. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/oiart?codigo=9264830>.
- [159] Elisabet Sánchez García; Beatriz Montero Errasquin; Cruz-Jentoft, A. Actualización en valoración geriátrica integral. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, Madrid 2020, 137, 77, 10.32440/ar.2020.137.01.doc01. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2774218531>.
- [160] Martínez, D.; Martínez, A.; Sánchez, M.; Ramos, S. Importancia de la valoración geriátrica integral a propósito de un caso. *Revista Investigación y Desarrollo* 2022, 10, 56–60, 10.31243/id.v10.2016.182. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2972697999>.
- [161] Gotor Pérez, P. Utilidad de la valoración geriátrica integral en la asignación de recursos asistenciales en pacientes con ictus. *Enfermería clínica* 2004, 14, 12–19, 10.1016/S1130-8621(04)73849-8. Disponible en: [https://dx.doi.org/10.1016/S1130-8621\(04\)73849-8](https://dx.doi.org/10.1016/S1130-8621(04)73849-8).

Manual de l'assignatura

- [162] Ojeda Vargas, M.G.; Guerrero Castañeda, R.F. El envejecimiento desde la percepción de enfermería. *Enfermería actual en Costa Rica* 2017, 155–167, 10.15517/revenf.v0i32.23401. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682017000100155&lng=en&tlng=en.
- [163] García-Hernández, M.; Martínez-Sellares, R. *Enfermería y envejecimiento*; Elsevier-Masson: Barcelona, p. 1–327.
- [164] Kronfly Rubiano, E.; Rivilla Frias, D.; Ortega Abarca, I.; Villanueva Villanueva, M.; Beltrán Martínez, E.; Comellas Villalba, M.; Almeda Ortega, J.; Casals Fransi, J.; Rico García, Y.; Martínez Carmona, S.; Carrasco Coria, R.; Bonfill Gavalda, M.; Calderón Loren, B.; Fernández Fernández, M.; Barranco Oliver, L. Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria. *Atención primaria* 2015, 47, 616–625, 10.1016/j.aprim.2014.09.012. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S0212656714004211>.
- [165] Domínguez-Ardila A, G.J. Valoración geriátrica integral. *Aten Fam* 2014, 21, 20–23.
- [166] Faez Menéndez, M.; Perou Silveira, Y.; San Miguel Borges, J.; Diaz Boloy, M. Evaluación funcional del Adulto Mayor y el Proceso de Atención de Enfermería. *Revista información científica* 2016, 95, 851–861. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=6027476>.
- [167] Fernández, E.; Estévez, M. La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática. *Gerokomos* 2013, 24, 8–13, 10.4321/S1134-928X2013000100002. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000100002&lng=en&tlng=en.
- [168] Yuri, D.; Saito, T.; Campos, E.L.; Zoboli, P. Los cuidados paliativos y la atención primaria de salud: scoping review. *Revista Bioética* 2015, 23, 593–607, 10.1590/1983-80422015233096. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/bioet/a/Pf3XWpVzyZ75wsdSxSN6txz/?lang=es>.
- [169] Vega, T.; Arrieta, E.; Lozano, J.E.; Miralles, M.; Anes, Y.; Gomez, C.; Quiñones, C.; Perucha, M.; Margolles, M.; Gómez de Caso, J.Á.; Gil, M.; Fernández, S.; de la Iglesia, P.; López, A.; Álamo, R.; Zurriaga, Ó; Mauro Ramos, J. Atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en el domicilio. *Gaceta sanitaria* 2011, 25, 205–210, 10.1016/j.gaceta.2011.02.005.
- [170] Sánchez García, A. In: Salud Pública y Enfermería Comunitaria; Moreno, E.S., Ed.; *Enfermería Comunitaria. Concepto de Salud y Factores que lo condicionan*; Interamericana McGraw Hill: Madrid.
- [171] Salud, O.P. *Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030*. Washington; Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55950/OPSFPLIM220006_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
- [172] Rodríguez, P. *Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y aplicaciones en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*; Tecnos: Madrid.
- [173] Menéndez González, L. El papel de la enfermera de Atención Primaria en la estrategia de vacunación frente al COVID-19. *RqR Enfermería Comunitaria* 2021, 9, 12–19. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=8330473>.
- [174] Arribas Cachá, A. Enfermería y vacunación. *Conocimiento Enfermero* 2020, 3, 3–4, 10.60108/ce.134.
- [175] Bernàrdez Carracedo, S. The role of nursing personnel in the promotion and implementation of vaccinations. *Vacunas* (Barcelona. Internet. English ed.) 2018, 19, 31–36, 10.1016/j.vacune.2018.07.001. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.vacune.2018.07.001>.
- [176] del Amo, I.P. Historia del programa de vacunación en España. *Epidemiología de las enfermedades incluidas en un programa de vacunación* 2004, 9.
- [177] Miguel-Hernández, ÁS.; Ramos-Sánchez, M.C. historia de las vacunas y sueroterapia. *Gaceta médica de Bilbao*, 10.1016/j.gmb.2013.01.001. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gmb.2013.01.001>.

- [178] De, E.; En, I.; Coordinadora, C.A. *Epidemiología de las enfermedades incluidas en un programa de vacunación*.
- [179] Arrazola Martínez, M.P.; de Juanes Pardo, J.R.; García de Codes Ilario, A. Conceptos generales. Calendarios de vacunación sistemática del niño y del adulto en España. Impacto de los programas de vacunación. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica* 2015, 33, 58–65, 10.1016/j.eimc.2014.12.001. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S0213005X1400398X>.
- [180] Palop Muñoz, J.; Santonja Pastor, T.; Montón Campos, J.; Giménez Campos, S.; Gerardo Pérez, P.; Viudas Conejero, E.; Martínez Pineda, C.; Vivas Broseta, A.M. Guía clínica para la administración de vacunas. Enfermería integral: *Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia* 2012, 12–16. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3965831> (accessed on Jan 29, 2025).
- [181] Antonio, J.; Segarra, F. *Guía práctica de administración de vacunas para enfermería*.
- [182] Anonymous. Cadena de frío | OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. (accessed Jan 29, 2025).
- [183] | Comité Asesor de Vacunas de la AEP In 6. Transporte y conservación de las inmunizaciones; | Comité Asesor de Vacunas de la AEP, Ed.; *Manual de inmunizaciones en línea de la AEP*, AEP: Madrid, .
- [184] Álvarez García, F.J.; Iofrío De Arce, A.; Álvarez Aldeán, J.; Garrote Llanos, E.; López Granados, L.; Navarro Gómez, M.L.; Pineda Solas, V.; Rivero Calle, I.; Ruiz-Contreras, J.; Salamanca De La Cueva, I.; Serrano Marchuet, P. In: Calendario de vacunaciones e inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2025; *Anales de Pediatría*; 2025; Vol. 102, pp 503713.
- [185] Anonymous. La transición epidemiológica (o de qué moríamos, morimos y moriremos) - Blog. (accessed Jan 30, 2025).
- [186] Vera Bolaños, M. Revisión crítica a la teoría de la transición epidemiológica; *Red Papeles de Población*: México, D.F, 2006.
- [187] OMS. Enfermedades no transmisibles.
- [188] Desafío, U.N.; Oportunidad, U. Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Informe de la Directora General.
- [189] Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial.
- [190] Acosta Benito, M.Á.; García Pliego, R.A.; Baena Díez, J.M.; Gorroñoigoitia Iturbe, A.; Herreros Herreros, Y.; De Hoyos Alonso, M.d.C.; Magán Tapia, P.; Martín Lesende, I. Actividades preventivas en el mayor. Actualización PAPPS 2022. *Atención primaria* 2022, 54, 102438, 10.1016/j.aprim.2022.102438. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102438>.
- [191] Organization, W.H. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020; World Health Organization: 2013.
- [192] Anonymous9789275318447_spa. 2013.
- [193] Acosta Benito, M.Á.; García Pliego, R.A.; Baena Díez, J.M.; Gorroñoigoitia Iturbe, A.; Herreros Herreros, Y.; De Hoyos Alonso, M.d.C.; Magán Tapia, P.; Martín Lesende, I. Actividades preventivas en el mayor. Actualización PAPPS 2022. *Atención primaria* 2022, 54, 102438, 10.1016/j.aprim.2022.102438. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102438>.
- [194] Harris, R.; Sawaya, G.F.; Moyer, V.A.; Calonge, N. Reconsidering the Criteria for Evaluating Proposed Screening Programs: Reflections From 4 Current and Former Members of the U.S. Preventive Services Task Force. *Epidemiologic Reviews* 2011, 33, 20–35, 10.1093/epirev/mxr005. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21666224>.
- [195] Andermann, A.; Blancquaert, I.; Beauchamp, S.; Déry, V. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. *Bulletin of the World Health Organization* 2008, 86, 317–319,

Manual de l'assignatura

- 10.1590/S0042-96862008000400018. Disponible en:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862008000400018&lng=en&tlng=en.
- [196] Wilson, J.M. Principles and practice of mass screening for disease. *Bol. Oficina Sanit Panam* 1968, 65, 281–393.
- [197] Raffle, A.E.; Gray, J. A. Muir (John Armstrong Muir) *Screening: evidence and practice*; Oxford University Press: Oxford, 2007.
- [198] Wilson, J.M. Principles and practice of mass screening for disease. *Bol. Oficina Sanit Panam* 1968, 65, 281–393.
- [199] Anonymous. CAGE Questions for Alcohol Use. (accessed Jan 30, 2025).
- [200] O'Brien, C.P. The CAGE Questionnaire for Detection of Alcoholism. *JAMA : The Journal Of The American Medical Association* 2008, 300, 2054–2056, 10.1001/jama.2008.570. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2008.570>.
- [201] De, P.; De, C.; Pública, S.; Calderón, S.M.; Blasco, O.L.; Meléndez, I.; Sánchez-Contador, C.; Escudero; Portillo, I.; González, C.; Yerro, D.; Salas Trejo, D.; Prieto García, M.; Pérez, F.; Ciudad, R.; De Ceuta, A.; Sánchez, J.M.; Ciudad Autónoma De Melilla, R.; Olivares, J.R.; Hermoso, L. *Documento marco sobre cribado poblacional*.
- [202] O.N.U. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento; Naciones Unidas: Madrid, .
- [203] Departament de Salut de València. Dr.Peset Enfermeras gestoras de casos complejos.
- [204] General De Enfermería, C. Documento de trabajo Julio 2021.
- [205] David, H.M.S.L.; Riera, J.R.M.; Mallebrera, A.H.; Costa, M.F.d.L.d. A enfermeira gestora de casos na Espanha: enfrentando o desafio da cronicidade por meio de uma prática integral. *Ciência & saúde coletiva* 2020, 25, 315–324, 10.1590/1413-81232020251.29272019. Disponible en:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100315&lng=en&tlng=en.
- [206] David, H.M.S.L.; Riera, J.R.M.; Mallebrera, A.H.; Costa, M.F.d.L.d. Case management nurse in Spain: facing the challenge of chronicity through a comprehensive practice. *Ciência & saúde coletiva* 2020, 25, 315–324, 10.1590/1413-81232020251.29272019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31859879>.
- [207] Enrique Monsalvo San Macario; Juan Antonio Sarrión Bravo Consulta de Alta Resolución en Cuidados: desempeñando competencias de la Enfermera Especialista en Familia y Comunidad. *Ene* 2020, 13. Disponible en: <https://doaj.org/article/cab0e4c22ae14a1bbfe7c87b420d9563>.
- [208] Guiraro Goris, A. La consulta de enfermería: aparición, implantación y desarrollo en España. I Reunión de Invierno de la Asociación de Enfermería Comunitaria. *Arnedillo*, 1998. Disponible en: <https://www.uv.es/joguigo/materiales-dominio-profesional/cde.html> (accessed on Jan 30, 2025).
- [209] García Granja, N.; García Ramón, E.; Hidalgo Benito, A.; Hernández Carrasco, M.; de la Fuente Ballesteros, S.L.; García Álvarez, I. Implantación de una consulta telefónica a demanda en atención primaria. *Medicina General y de Familia* 2018, 7, 51–54, 10.24038/mgyf.2018.025.
- [210] Rodríguez-Martínez, G.; Serrano-Martínez, M.; Ibáñez-Gómez, A.; Perdikidi-Guerra, A.; Ariza-Cardiel, G.; Martín-Fernández, J. Análisis de la consulta enfermera de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid (España). *Enfermería clínica* 2019, 29, 170–177, 10.1016/j.enfcli.2018.09.004. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.09.004>.
- [211] Miller, W.; Rollnick, S. *La entrevista motivacional*; Paidós: Barcelona.
- [212] Anonymous. Promoción de la salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. (accessed Jan 30, 2025).

- [213] Suñer, R.; Santiña, M. Alfabetització per a la salut: Estàndards i recomanacions per als professionals de la salut; *Documenta Universitaria*: Vol. 13.
- [214] Smith, B.J.; Tang, K.C.; Nutbeam, D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International* 2006, 21, 340, 10.1093/heapro/dal033.
- [215] Anonymous9789240038349-eng.
- [216] Anonymousglosario.
- [217] Starfield, B. *Atención Primaria: Concepto, Evaluación y Política*; Oxford University Press: New York, .
- [218] Salud, O.M. Metas en la Promoción de la Salud: Las declaraciones de las conferencias mundiales; *Documenta Universitaria*: Vol. 8.
- [219] Green, L.W.; Kreuter, M.W. *Health program planning: an educational and ecological approach*; McGraw-Hill: 2005.
- [220] Nutbeam, D.; Muscat, D.M. Health Promotion Glossary 2021. *Health promotion international* 2021, 36, 1811, 10.1093/heapro/daab067. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33979441>.
- [221] Vinje, H.F.; Langeland, E.; Bull, T. In Aaron Antonovsky's Development of Salutogenesis, 1979 to 1994; Mittelmarm, M.B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G.F., Pelikan, J.M., Lindström, B. and Espnes, G.A., Eds.; *The Handbook of Salutogenesis*; Springer: Cham (CH), 2017.
- [222] Rivera de los Santos, F.; Ramos Valverde, P.; Moreno Rodríguez, C.; Hernán García, M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública* 2011, 85, 129–139, 10.1590/S1135-57272011000200002. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000200002&lng=en&tlng=en.
- [223] Yépez Olvera, L.; Ehrenzweig Sánchez, Y.; Hernández Zamora, Z.E. Sentido de coherencia y salud en personas adultas mayores autopercebidas como sanas. *Revista costarricense de psicología* 2010, 29, 17–34. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=5278244>.
- [224] Lindström, B.; Eriksson, M. Salutogenesis. *Journal of epidemiology and community health* (1979) 2005, 59, 440–442, 10.1136/jech.2005.034777. Disponible en: <https://jech.bmj.com/content/59/6/440.full>.
- [225] Moksnes, U.K. (2021). Sense of Coherence. In: Haugan, G., Eriksson, M. (ed.) *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_4
- [226] Cecen, A.R.; Mert, M.A. Sense of Coherence, Family Sense of Coherence and Psychological Distress: The Mediating Role of Self Satisfaction. *International journal of mental health and addiction* 2023, 10.1007/s11469-023-01185-w.
- [227] Eriksson, M.; Lindström, B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health* (1979) 2007, 61, 938–944, 10.1136/jech.2006.056028. Disponible en: <https://jech.bmj.com/content/61/11/938.full>.
- [228] Griffiths, C.A.; Ryan, P.; Foster, J.H. Thematic analysis of Antonovsky's sense of coherence theory. *Scandinavian Journal Of Psychology* 2011, 52, 168–173, 10.1111/j.1467-9450.2010.00838.x. Disponible en: <https://api.istex.fr/ark:/67375/WNG-K4514DD3-4/fulltext.pdf>.
- [229] Lindström, B.; Eriksson, M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International* 2006, 21, 238–244, 10.1093/heapro/dal016. Disponible en: <https://api.istex.fr/ark:/67375/HXZ-J8NJW8D7-C/fulltext.pdf>.
- [230] Cofiño, R.; Aviñó, D.; Benedé, C.B.; Botello, B.; Cubillo, J.; Morgan, A.; Paredes-Carbonell, J.J.; Hernán, M. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gaceta sanitaria* 2016, 30, 93–98, 10.1016/j.gaceta.2016.06.004. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S021391111630125X>.

Manual de l'assignatura

[231] Anonymous. Modelo sinérgico de salud: una integración de la salutogénesis y el modelo de activos para la salud. , 10.1177/17579759231160168.

[232] Blanca Botello; Sergio Palacio; Mercedes García; Mario Margolles; Federico Fernández; Mariano Hernán; Javier Nieto; Rafael Cofiño Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad Methodology for health assets mapping in a community. *Gaceta sanitaria* 2013, 27, 180–183. Disponible en: <https://doaj.org/article/86042a7ddce646c58303c6e570e8151d>.

[233] Anonymous. Activos para la salud en cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer: desarrollo de un mapa de activos para la salud. , 10.1177/1757975919843076.

[234] Sánchez-Casado, L.; Paredes-Carbonell, J.J.; López-Sánchez, P.; Morgan, A. Mapa de activos para la salud y la convivencia: propuestas de acción desde la intersectorialidad. *Index de Enfermería* 2017, 26, 180–184. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200013&lng=en&tlng=en.

[235] Lecube, A.; Monereo, S.; Rubio, M.Á.; Martínez-de-Icaya, P.; Martí, A.; Salvador, J.; Masmiquel, L.; Goday, A.; Bellido, D.; Lurbe, E.; García-Almeida, J.M.; Tinahones, F.J.; García-Luna, P.P.; Palacio, E.; Gargallo, M.; Bretón, I.; Morales-Conde, S.; Caixàs, A.; Menéndez, E.; Puig-Domingo, M.; Casanueva, F.F. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Posicionamiento de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad de 2016. *Endocrinología y nutrición* 2017, 64, 15–22, 10.1016/j.endonu.2016.07.002. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S1575092216301097>.

[236] Ramos-Morcillo, A.J.; Fernández-Salazar, S. Cuidando a un preescolar desde el modelo de activos en salud: caso clínico. *Enfermería clínica* 2012, 22, 166–169, 10.1016/j.enfcli.2011.10.002. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S1130862111001963>.

[237] Morgan, A.; Ziglio, E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & education* 2007, 14, 17–22, 10.1177/10253823070140020701x. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/10253823070140020701x>.

[238] Editorial Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. *Rev Esp Sanid Penit* 2013, 78–89. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v15n3/es_01_editorial.pdf.

[239] Comunitaria, S. Salud Comunitaria basada en activos Andalucía Identificación y mapeo de activos.

[240] Brewer, J.; Kliewer, B. Front porch conversations: Methodological innovations to participatory action research and asset-based community development. *Gateways* (Sydney, N.S.W.) 2023, 16, 10.5130/ijcre.v16i2.8670. Disponible en: <https://doaj.org/article/82f57c2564ec4e8db3f67d9fee8a8d27>.

[241] Kretzmann, J.; McKnight; JP Assets-based community development. *National Civic Review* 1996, 85, 23–29, <https://doi.org/10.1002/ncr.4100850405>.

[242] Anonymous. CARTA-DE-OTTAWA.

[243] Juvinyà-Canal, D. Alfabetización en salud en la comunidad. *Innovación educativa* 2021, 10.15304/ie.31.7952.

[244] Anonymous. Antecedentes-y-conceptos-de-eps.

[245] Bertoldo, P.; Brassiolo, M.B.; Alvarez Valdés, L.M. Alfabetización en la salud en pacientes con prescripción de hipolipemiantes: una mirada desde la atención primaria. *Ars Pharmaceutica* (Internet) 2022, 63, 114–125, 10.30827/ars.v63i2.23470. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942022000200114&lng=en&tlng=en.

[246] Juvinyà-Canal, D.; Bertran-Noguer, C.; Suñer-Soler, R. Alfabetización para la salud, más que información. *Gaceta sanitaria* 2018, 32, 8–10, 10.1016/j.gaceta.2017.07.005. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112018000100008&lng=en&tlng=en.

[247] Riera, J.R.M.; Casado, R.d.P. *Manual práctico de Enfermería Comunitaria*. Elsevier España: 2021; .

- [248] Sánchez Moreno, A.; Ramos García, E.; Sánchez Estévez, V.; Marset Campos, P. Rational structures in health education models: basics and systematization. *Revista de sanidad e higiene pública* 1995, 69, 5–15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7644882>.
- [249] Gallardo-López, J.A.; Morón-Marchena, J.A.; López-Noguero, F. *Educación para la salud y desarrollo comunitario*; Colección Universidad; Ediciones Octaedro: Barcelona, 2020.
- [250] Hernández-Sánchez, J.; Lozano-García, L.J.; Murillo-Varela, Y.A. Experiencias de educación para la salud en fisioterapia. *Universidad y salud* 2016, 18, 576–585, 10.22267/rus.161803.63. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072016000300018&lng=en&tlng=en.
- [251] Miilunpalo, S.; Laitakari, J.; Vuori, I. Strengths and weaknesses in health counseling in Finnish primary health care. *Patient education and counseling* 1995, 25, 317–328, 10.1016/0738-3991(95)00804-9. Disponible en: [https://dx.doi.org/10.1016/0738-3991\(95\)00804-9](https://dx.doi.org/10.1016/0738-3991(95)00804-9).
- [252] Duarte Climents, G.; Gómez Salgado, J.; Sánchez Gómez, M.B.; Duarte Climents, G.; Gómez Salgado, J.; Sánchez Gómez, M.B. *Fundamentos teóricos de la enfermería comunitaria*; Enfo: 2007.
- [253] Vázquez, M.S.G.; Knopfler, S.C. *Salud pública y enfermería comunitaria*; Editorial El Manual Moderno: 2018; .
- [254] Bavelas, J.B. Pragmatics of Human Communication 50 Years Later. *Journal of systemic therapies* 2021, 40, 3–25, 10.1521/jsyt.2021.40.2.3. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2576701384>.
- [255] Espinoza, M. La comunicación interpersonal en los servicios de salud. *Punto Cero* 2003, 8, 20–30. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1815-02762003000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es (accessed on Jan 31, 2025).
- [256] Van der Hofstadt Román, CJ, &amp. Quiles-Marcos Y.; Quiles-Sebastián MJ. *Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería*. 2006.
- [257] Longoria, L.M.M.; González, J.G. *Indicadores de evaluación para la promoción de la salud*; Teseo: 2022; .
- [258] Anonymous. Entregable 3: Marco de evaluación para programas de promoción de la salud en el entorno local.
- [259] Ramírez Medel, M.D.C.; García Sánchez, S.L. Competencias comunicativas para acciones de promoción y prevención en salud. Una propuesta de indicadores. *Investigación en educación médica* 2020, 9, 43–51, 10.22201/facmed.20075057e.2020.33.18170. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572020000100043&lng=en&tlng=en.
- [260] Martínez-Sala, A.M.; González, J.G.; Longoria, L.M.M. Comunicación y Tecnicidad en Tiempos de Pandemia. *Revista de Comunicación y Salud* 2023, 13. Disponible en: <https://www.revistadecomunicacionysalud.es/index.php/rcys/article/view/335> (accessed on Jan 31, 2025).
- [261] Oguisso, T. Reflexiones sobre Ética y Enfermería en América Latina. *Index de Enfermería* 2006, 15, 49–53. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100011&lng=en&tlng=en.
- [262] Anonymous. CECILIO ESEVERRI CHAVERRI ENFERMERÍA FACULTATIVA Reflexiones Filosófico-Éticas Madrid -Buenos Aires-México.
- [263] Barrio, I.M.; Molina, A.; Sánchez, C.M.; Ayudarte, M.L. Ética de enfermería y nuevos retos. *Anales del sistema sanitario de Navarra* 2006, 29, 41–47. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600005&lng=en&tlng=en.
- [264] de Ortúzar, M.G. Responsabilidad social vs. Responsabilidad individual en salud. *Revista de Bioética y Derecho* 2016, 36, 23–36, 10.1344/rbd2016.36.15374. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/RevistaBioeticaDerecho/article/view/306899>.
- [265] Donaldson, M.S.; Corrigan, J.M.; Kohn, L.T. *To Err Is Human*; National Academies Press: Washington, D.C, 2000.

Manual de l'assignatura

- [266] Durand, M.; Castelli, C.; Roux-Marson, C.; Kinowski, J.; Leguelinel-Blache, G. Evaluating the costs of adverse drug events in hospitalized patients: a systematic review. *Health Econ Rev* 2024, 14, 11, 10.1186/s13561-024-00481-y. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13561-024-00481-y>.
- [267] Aranaz-Andrés, J.M.; Aibar-Remón, C.; Limón-Ramírez, R.; Amarilla, A.; Restrepo, F.R.; Urroz, O.; Sarabia, O.; Inga, R.; Santivañez, A.; Gonseth-García, J.; Larizgoitia-Jauregui, I.; Agra-Varela, Y.; Terol-García, E. Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. *Revista de calidad asistencial* 2010, 26, 194–200, 10.1016/j.cali.2010.12.001. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S1134282X11000261>.
- [268] *Unidades asistenciales del área del cáncer: Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Madrid, p. 1–283.
- [269] Dzau, V.J.; Shine, K.I. Two Decades Since To Err Is Human: Progress, but Still a “Chasm”. *JAMA : The Journal of the American Medical Association* 2020, 324, 2489–2490, 10.1001/jama.2020.23151. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.23151>.
- [270] Vincent, C.; Amalberti, R. *Seguridad del Paciente Estrategias para una asistencia sanitaria más segura*.
- [271] Bennett, J.V.; Jarvis, W.R.; Brachman, P.S. *Bennett & Brachman's Hospital Infections*; Lippincott Williams & Wilkins: 2007.
- [272] Leape, L.L. Errors in medicine. *Clin Chim Acta* 2009, 404, 2–5, 10.1016/j.cca.2009.03.020. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19302989/> (accessed on Jan 31, 2025).
- [273] Aranaz Andrés, J.M.; Aibar Remón, C.; Agra Varela, Y. Marco conceptual de la seguridad clínica del paciente. La seguridad clínica : una dimensión esencial de la calidad asistencial; Fundación MAPFRE: 2017; p. 435–444.
- [274] Aranaz Andrés, J.M.; Pardo Hernández, A.; López Pereira, P.; Valencia-Martín, J.L.; Diaz-Agero Pérez, C.; López Fresneña, N.; Rincón Carlavilla, Á; Gea-Velázquez de Castro, M.T.; Navarro Royo, C.; Albéniz Lizárraga, C.; Fernández Chávez, A.C. Cultura de Seguridad del Paciente y Docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública* 2018, 92. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272018000100419&lng=es&nrm=iso&tlng=es (accessed on Jan 31, 2025).
- [275] Mundial De La Salud, O. Alianza mundial para la seguridad del paciente segundo reto mundial por la seguridad del paciente.
- [276] Esteve-Palau, E.; Solande, G.; Sánchez, F.; Sorlí, L.; Montero, M.; Güerri, R.; Villar, J.; Grau, S.; Horcajada, J.P. Clinical and economic impact of urinary tract infections caused by ESBL-producing *Escherichia coli* requiring hospitalization: A matched cohort study. *The Journal of infection* 2015, 71, 667–674, 10.1016/j.jinf.2015.08.012. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S0163445315002662>.
- [277] Castaño J, &; Castillo J, &; Escolano F, &; Gallart L, &; Montes A, &; Samsó E. *Seguridad del paciente quirúrgico*; Ergon: Madrid, 2010.
- [278] Anonymous. estudio_apeas.
- [279] Bonete Larrea, R.V.; Mesa-Cano, I.C.; Ramírez-Coronel, A.A.; Serrano Paredes, K.d.L. Infecciones del sitio quirúrgico: revisión sistemática. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación* 2021, 5, 373–387, 10.29018/issn.2588-1000vol5iss41.2021pp373-387.
- [280] Catz, D.P.a.M. In: In The EHR and Patient Safety: A Paradigm Shift for Healthcare Decision-Makers; 15 May 2002; .
- [281] Anonymous. Infection control in healthcare. Regulatory and administrative measures. Preventing healthcare acquired infections (HAIs). National Patient Safety Goals and sentinel event alerts. 2013.

- [282] Soldevilla Agreda, J.J.; Torra i Bou, J.; Posnett, J.; Verdú Soriano, J.; San Miguel, L.; Mayan Santos, J.M. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. *Gerokomos* 2007, 18, 43–52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2007000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es (accessed on Feb 4, 2025).
- [283] Pancorbo-Hidalgo, P.L.; García-Fernández, F.P.; Pérez-López, C.; Soldevilla Agreda, J.J.; Pancorbo-Hidalgo, P.L.; García-Fernández, F.P.; Pérez-López, C.; Soldevilla Agreda, J.J. Prevalencia de lesiones por presión y otras lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en población adulta en hospitales españoles: resultados del 5º Estudio Nacional de 2017. *Gerokomos* 2019, 30, 76–86. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2019000200076&lng=es&nrm=iso&tlng=es (accessed on Feb 4, 2025).
- [284] Esther Jean Langdon; Flávio Braune Wiik Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista latino-americana de enfermagem* 2010, 18, 459–466, 10.1590/S0104-11692010000300023. Disponible en: <https://doaj.org/article/8113181dd8a94e278effaf8fbd8fc5a1>.
- [285] Reyero, V. Entre culturas y diagnósticos: Antropología de la Salud - Antropología 2.0 Blog. 2017.
- [286] Anonymous. Cultura, Salud y Enfermedad. (accessed Feb 4, 2025).
- [287] Podestá C., P. Un acercamiento al concepto de cultura. *Cuadernos de difusión (Escuela de Administración de Negocios para Graduados)* 2006, 11, 25.
- [288] Kottak, P. In: *La cultura; Antropología. Una exploración de la diversidad humana con temas de la cultura hispana*; Mac Graw Hill: 1994; p. 33–77.
- [289] Rubio Martín, S. Diversidad cultural en salud, competencia de la Enfermería transcultural. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología* 2020, 6–10. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7726301> (accessed on Feb 4, 2025).
- [290] Martínez García, B. El aprendizaje de la cultura y la cultura de aprender. *Convergencia* 2008, 15, 287–307. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=2964732>.
- [291] Baeta S, M.F. Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y Salud* 2015, 13, 81–84. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932015000200011&lng=en&tlng=en.
- [292] Bernales, M.; Pedrero, V.; Obach, A.; Pérez, C. Competencia Cultural en Salud: una necesidad urgente en trabajadores de la salud. *Revista médica de Chile* 2015, 143, 401–402, 10.4067/S0034-98872015000300018. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000300018&lng=en&tlng=en.
- [293] Organización Mundial de la Salud. Fortalecer la atención primaria de salud para hacer frente a la discriminación racial, promover servicios interculturales y reducir las desigualdades sanitarias; 2022, p. 54.
- [294] Juárez, G.F. *Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural*; Universidad de Castilla La Mancha: 2006.
- [295] Benazet, A.B. *Introducción a la antropología de la salud, la enfermedad y los sistemas de cuidados*; LibrosEnRed: 2007.
- [296] Amezcua Martínez, M. Antropología de los cuidados. Enfermedad y padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados. *Anthropology of cares* 2000, 10.14198/cuid.2000.7-8.08. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5086> (accessed on Feb 4, 2025).

Manual de l'assignatura

- [297] Moreno Preciado, M. Hacia una antropología del cuidar. *Index de Enfermería* 2018, 27, 113–114. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962018000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es (accessed on Feb 4, 2025).
- [298] S, B.; F, M. Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y Salud* 2015, 13, 81–84. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1690-32932015000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es (accessed on Feb 4, 2025).
- [299] Trujillo, N.M.; Bernal, Z.D.; Boloña, Y.M.; Mastrapa, Y.E. La enfermería salubrista para el alcance de las metas de salud de las sociedades. *Rev Cuba Enf* 2018, 34, 749–760. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=93873> (accessed on Feb 4, 2025).
- [300] Infante Vargas, P.; Moix Queraltó, J. Sienten el dolor del mismo modo los diferentes grupos étnicos? *Medicina clínica* 2005, 124, 61–66, 10.1157/13070455. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1157/13070455>.
- [301] Martínez, M.F.; Martínez, J.; Calzado, V. La Competencia Cultural como referente de la Diversidad Humana en la Prestación de Servicios y la Intervención Social. *Intervención psicosocial* 2006, 15, 331–350, 10.4321/S1132-05592006000300007. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2479717540>.
- [302] Martínez, M.F.; Martínez, J.; Calzado, V. La Competencia Cultural como referente de la Diversidad Humana en la Prestación de Servicios y la Intervención Social. *Intervención psicosocial* 2006, 15, 331–350, 10.4321/S1132-05592006000300007. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2479717540>.
- [303] Achotegui, J. *Los siete duelos de la migración y la interculturalidad*, Ned Ediciones: Barcelona, 2022; .
- [304] De La Guardia Gutiérrez, M.A.; Ruvalcaba Ledezma, J.C.; De La Guardia Gutiérrez, M.A.; Ruvalcaba Ledezma, J.C. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results* 2020, 5, 81–90, 10.19230/jonnpr.3215. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2529-850X2020000100081&lng=es&nrm=iso&tlng=es (accessed on Feb 4, 2025).
- [305] Rodríguez-Blázquez, C.; Virués-Ortega, J. Factores conductuales y estado de salud: posibilidades en prevención del constructo sentido de coherencia. *Archivos de prevención de riesgos laborales* 2009, 12, 88–90. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2956265> (accessed on Feb 4, 2025).
- [306] Cortés Vázquez, E.B.; Ramírez Guerrero, E.M.M.; Olvera Méndez, J.; Arriaga Abad, Y.d.J. El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso. *Alternativas en Psicología* 2009, 14, 78–88. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-339X2009000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=es (accessed on Feb 4, 2025).
- [307] Pinzón Gómez, D. Barreras para el comportamiento saludable desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud-enfermedad. *Revista Científica de Ciencias de la Salud* 2018, 7, 10.17162/rccs.v7i1.992.
- [308] Leiva, Carlos. Conductismo, cognitivismo y aprendizaje. *Tecnología en marcha* 2005, 18. Disponible en: <https://doaj.org/article/ea43900c47ee4d6eb0e5e63a2cf11c37>.
- [309] Oyarzun B; Conklin S In: *Teorías de aprendizaje*, West R.E, McDonald JK, Eds.; *Design for learning: Principles, processes, and praxis*, Brigham Young University: 2022.
- [310] Maria Isabel Peñarrieta de Córdova; Ethel Jannet Mercado Curi; Socorro Piñones Martínez; Tranquilina Gutiérrez Gómez; Beatriz del Ángel Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud por el adulto mayor ^a Tampico - Tamaulipas - México 2003-2004 Factors that take part in the usage of the health services from senior adults. *Investigación y educación en enfermería* 2006, 24, 30–38. Disponible en: <https://doaj.org/article/c7b8f6c85e174cbd86817f76e7586733>.

- [311] Rodríguez Blázquez, C.; Virués Ortega, J. Factores conductuales y estado de salud: posibilidades en prevención del constructo sentido de coherencia. *Archivos de prevención de riesgos laborales* 2009, 12, 88–90. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2956265> (accessed on Feb 4, 2025).
- [312] Hernández-González, M.M.; Juan-Pérez, J.I.; Jiménez-Garcés, C.; Alvarado-Bravo, B.G.; Vieyra-Reyes, P. Conductas y factores que influyen en la utilización de servicios de salud en la población adulta de la región sur del Estado de México, México. *Revista de Medicina e Investigación* 2013, 1, 86–94. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-articulo-conductas-factores-que-influyen-utilizacion-X2214310613085565>.
- [313] Prochaska, J.O.; Velicer, W.F. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion* 1997, 12, 38–48, 10.4278/0890-1171-12.1.38. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.4278/0890-1171-12.1.38>.
- [314] Weinstein, N.D.; Sandman, P.M. A Model of the Precaution Adoption Process. *Health psychology* 1992, 11, 170–180, 10.1037/0278-6133.11.3.170. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1618171>.
- [315] Murdaugh, C.L.; Parsons, M.A.; Pender, N.J. *Health promotion in nursing practice* : [pbk]; Pearson: Upper Saddle River, 2019; .
- [316] Prochaska, J.O.; Velicer, W.F. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion* 1997, 12, 38–48, 10.4278/0890-1171-12.1.38. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.4278/0890-1171-12.1.38>.
- [317] Prochaska, J.O.; DiClemente, C.C. *In Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change; Clinical Psychology II: Treatment Models and Interventions*, SAGE Publications Ltd: London, 2013; Vol. 4, pp V245.
- [318] Rangel, M. Modelo de creencias en Salud. Un modelo para el cambio de comportamiento en personas con diabetes. 2020.
- [319] Cabrera A., G. El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública* 2000, 18. Disponible en: <https://elibro.net/es/ereader/elibrodemo/5348>.
- [320] Bandura, A. *Social Foundations of Thought and Action : a Social Cognitive Theory*; 1986.
- [321] Martínez Sánchez, L.M.; Hernández-Sarmiento, J.M.; Jaramillo-Jaramillo, L.I.; Villegas-Alzate, J.D.; Álvarez-Hernández, L.F.; Roldan-Tabares, M.D.; Ruiz-Mejía, C.; Calle-Estrada, M.C.; Ospina-Jiménez, M.C. La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. *Archivos de medicina (Manizales)* 2020, 20, 490–504, 10.30554/archmed.20.2.3487.2020.
- [322] De La Guardia Gutiérrez, M.A.; Ruvalcaba Ledezma, J.C.; De La Guardia Gutiérrez, M.A.; Ruvalcaba Ledezma, J.C. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results* 2020, 5, 81–90, 10.19230/jonnpr.3215. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2529-850X2020000100081&lng=es&nrm=iso&tlng=es (accessed on Feb 13, 2025).
- [323] Ministerio de Sanidad. Estilos de vida saludable. (accessed Feb 13, 2025).
- [324] Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Salud Madrid. Estilos de Vida. (accessed Feb 13, 2025).
- [325] Pan American Health Organization Social Determinants of Health - PAHO/WHO | Pan American Health Organization. (accessed Feb 13, 2025).
- [326] Anonymous. Determinantes de la salud. Gobierno de Aragón. (accessed Feb 13, 2025).
- [327] Urbina-Fuentes, M.; González-Block M.A. *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas*; Instituto Nacional de Salud Pública: México, 2012, p. 1–140.

Manual de l'assignatura

[328] Beth Frates; MD Jonathan P. Bonnet; MD; Richard Joseph; James A. Peterson; PhD *The Lifestyle Medicine Handbook: An Introduction to the Power of Healthy Habits*; Healthy Learning: Seattle, p. 1–448.

[329] Ministerio de Sanidad Ministerio de Sanidad - Áreas - Materiales para reforzar el consejo sobre estilos de vida saludable en atención primaria. (accessed Feb 13, 2025).

[330] Intilangelo, A.; Majic, S.; Palchik, V.; Traverso, M.L. Cuestionarios validados de adherencia a la medicación y factores asociados en pacientes crónicos: revisión sistemática. *Farmacia hospitalaria* 2024, 48, 185–192, 10.1016/j.farma.2024.01.001. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.farma.2024.01.001>.

[331] Batista, M.; Jiménez Castuera, R.; Aspano Carron, M.I.; Leyton Román, M.; Lobato Muñoz, S. Validación del cuestionario de estilo de vida saludable (EVS) en una población española. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte* 2018, 13, 23–31. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=6194990>.

[332] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta*. Centro de Publicaciones. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Madrid, 2015, p. 1–110.

[333] PAHO Primary Health Care - PAHO/WHO | Pan American Health Organization. (accessed Feb 13, 2025).

[334] Rioja Salud Metodología para el Consejo Breve de Actividad Física en Atención Primaria. (accessed Feb 13, 2025).

[335] Anonymous. APS-I Mx La Propuesta Metodologica y Operación .

[336] De, M. Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. *Informes, estudios e investigación* 2015.

[337] Anonymous. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS.

[338] Del Pozo-Herce, P.; Baca-García, E.; Martínez-Sabater, A.; Chover-Sierra, E.; Gea-Caballero, V.; Curto-Ramos, J.; Czaplá, M.; Karniej, P.; Martínez-Tofe, J.; Sánchez-Barba, M.; de Viñaspre, R.R.; Juárez-Vela, R. Descriptive study on substance uses and risk of sexually transmitted infections in the practice of Chemsex in Spain. *Front Public Health* 2024, 12, 1391390, 10.3389/fpubh.2024.1391390 (accessed on Jun 3, 2024).

[339] Curto, J.; Dolengevich, H.; Soriano, R.; Belza, M.J. Documento técnico: abordaje de la salud mental del usuario con prácticas de chemsex. MSD: 2020; , pp 1–139.

[340] Bourne, A.; Reid, D.; Hickson, F.; Torres-Rueda, S.; Steinberg, P.; Weatherburn, P. "Chemsex" and harm reduction need among gay men in South London. *Int. J. Drug Policy* 2015, 26, 1171–1176, 10.1016/j.drugpo.2015.07.013.

[341] Galicia, P.; Chuvieco, S.; Santos Larrégola, L.; Cuadros, J.; Ramos-Rincón, J.M.; Linares, M. Awareness of chemsex, pre-exposure prophylaxis, and sexual behavior in primary health care in Spain. *Semergen, medicina de familia* 2023, 49, 101929, 10.1016/j.semerg.2023.101929. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36796227>.

[342] Ugarte, A.; de la Mora, L.; García, D.; Martínez-Rebollar, M.; de Lazzari, E.; Torres, B.; Inciarte, A.; Ambrosioni, J.; Chivite, I.; Solbes, E.; de Loredó, N.; Del Carlo, G.F.; González-Cordón, A.; Blanco, J.L.; Martínez, E.; Mallolas, J.; Laguno, M. Evolution of Risk Behaviors, Sexually Transmitted Infections and PrEP Care Continuum in a Hospital-Based PrEP Program in Barcelona, Spain: A Descriptive Study of the First 2 Years' Experience. *Infect Dis Ther* 2023, 12, 425–442, 10.1007/s40121-022-00733-6. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40121-022-00733-6>.

[343] Pozo-Herce, P.; Martínez-Sabater, A.; Chover-Sierra, E.; Gea-Caballero, V.; Satústegui-Dordá, P.J.; Saus-Ortega, C.; Tejada-Garrido, C.; Sánchez-Barba, M.; Pérez, J.; Juárez-Vela, R. Application of the Delphi Method for Content Validity Analysis of a Questionnaire to Determine the Risk Factors of the Chemsex. *Healthcare*, 11, 2905.

34376 Infermeria comunitària

- [344] Ma, J.P.; Jarauta, M.E.; Ozcoidi, E.; Ancizu, I.; Jesús, C.; San Martín; Miqueo, P.; Soco, M.; Iribarren, E.; Sesma, C.E.; Vilches, C.; Martín, C.; Ma, B.; Azagra, J.; Lázaro, R.; Soto, E.; Goya, Á; Pilar, A.; Castellano, G.; Urtiaga Domínguez, M.; Goikoetxea, A.; Ferrari, A. *Manual de Educación para la salud; Sección de Promoción de Salud*. Instituto de Salud Pública: Pamplona, 2022, p. 1–185.
- [345] Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública *V Plan de Salut 2022-2030*; Conselleria de Sanitat: 2022, p. 1–152.
- [346] Ania-Palacio, J.M. *Guía para el diseño y la mejora de proyectos pedagógicos de educación y promoción de la salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública: Madrid.
- [347] Martínez, A.G.; Carreras, J.S.; Haro, A.E.d. *Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida*; Arán Ediciones: 2000.
- [348] González Mestre, A. La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. *Enfermería clínica* 2014, 24, 67–73, 10.1016/j.enfcli.2013.11.005. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S1130862113001769>.
- [349] Sánchez López, J.D.; Luque Martínez, F. El paciente experto. ¿Un nuevo modelo sanitario? *Semerger, medicina de familia* 2023, 49, 101873, 10.1016/j.semerg.2022.101873. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2022.101873>.
- [350] Riera Velasco, J.R.; Rubiera López, G. Programa para mejorar la atención de las enfermedades crónicas. Aplicación del Modelo de Cuidados para Enfermedades Crónicas. *Atención primaria* 2004, 34, 206–209, 10.1157/13065832.
- [351] Trevisan, M.S.; Huang, Y.M. Evaluability assessment: A primer. *Practical assessment, research & evaluation* 2002, 8, 20. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2366836533>.
- [352] Craig P; Campbell M. *Evaluability Assessment: a systematic approach to deciding whether and how to evaluate programmes and policies*. What Works Scotland (WWS): 2015; , pp 1–15.
- [353] Ogilvie, D.; Cummins, S.; Petticrew, M.; White, M.; Jones, A.; Wheeler, K. Assessing the Evaluability of Complex Public Health Interventions: Five Questions for Researchers, Funders, and Policymakers. *The Milbank quarterly* 2011, 89, 206–225, 10.1111/j.1468-0009.2011.00626.x. Disponible en: <https://api.istex.fr/ark:/67375/WNG-ZN6PMFC6-H/fulltext.pdf>.
- [354] Hernández, J.M.; Rubio, V.J. El análisis de la evaluabilidad: paso previo en la evaluación de programas. *Bordón* 1991, 43, 397. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/1305441557>.
- [355] UIPES. Promover la salud en la escuela. 2010.
- [356] O.P.S./O.M.S. Enseñanza de Enfermería en Salud Comunitaria; OPS/OMS: Washington DC.
- [357] Anonymous Dirección General de Salud Pública. (accessed Feb 17, 2025).
- [358] Observatorio de la nutrición y de estudio de la obesidad (NAOS) Estudio ALADINO 2023. 2024.
- [359] Estrategia Valenciana de Infancia y Adolescencia. Diagnóstico de la situación de la infancia y la adolescencia en la Comunitat Valenciana. 2019.
- [360] Farias, W.S.d.; Guerra, S.S.d.S.; Andrade, L.V.B.d.; Arruda, M.C.; Nascimento, G.X.d.; Barbosa, K.R.B. School health program: work of the nurse in the school space as a health promoter/Programa de salud escolar: trabalho de la enfermera en el espacio escolar como promotora de salud/Programa saude na escola: atuacao do enfermeiro no espaco escolar como promotor de saude. *GeSec : Revista de Gestão e Secretariado* 2024, 15, 10.7769/gesec.v15i4.3719.
- [361] González N; López N. Antecedentes históricos y perfil de la enfermera escolar. *Metas de enferm.* 2012, 15, 50–54.

Manual de l'assignatura

- [362] Bernedo Garcia, M.C.; Quiroga Sánchez, E.; Garcia Murillo, M.A.; Márquez Álvarez, L.; Arias Ramos, N.; Trevisson Redondo, B. La necesidad de la Enfermería Escolar: una revisión integradora de la literatura. *Enfermería global* 2023, 22, 490–516, 10.6018/eglobal.560501.
- [363] Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes. *Guía de Escuelas Promotoras de Salud*; Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes: Madrid, 2023, p. 1–172.
- [364] OMS; OPS; UNESCO Hacer que todas las escuelas sean promotoras de la salud. Pautas e indicadores mundiales; 2022, p. 1–62.
- [365] OPS; OMS Directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolar. World Health Organization, 2021.
- [366] Consejo de Enfermería. Estándares de las escuelas promotoras de salud. Consejo General de Enfermería .
- [367] Comisión de la Unión Europea. La red Europea de Escuelas Promotoras de la Salud. 1995.
- [368] Safarjan E.; Buijs G; de Ruiter S. *Manual escolar online de SHE. 5 pasos hacia una escuela promotora de salud*; Utrecht, 2013; p. 1–52.
- [369] Gorrotxategi Gorrotxategi, P.; Leizaola Olarreaga, L.; Solorzano Sánchez, C.; García Conde, G.; Aguirre Sorondo, B.; Totoricaguena Imaz, A.; Caballero Barrigón, M.J.; Cancio López, H. Protocolo del estudio: abordaje del sobrepeso en Atención Primaria: papel de la entrevista motivacional. *Pediatría Atención Primaria* 2014, 16, e199–e207, 10.4321/S1139-76322014000500020. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322014000500020&lng=en&tng=en.
- [370] Rodríguez Huertas, E.; Solana Moreno, M.I.; Rodríguez Espinosa, F.; Rodríguez Moreno, M.J.; Aguirre Rodríguez, J.C.; Alonso Ródenas, M. Programa CASERIA (Cuestionario hábitos Saludables en Primaria). Respuestas de escolares de 6 a 10 años de edad. *Semerger, medicina de familia* 2012, 38, 265–277, 10.1016/j.semerg.2011.10.018. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/playcontent/1-s2.0-S1138359311004400>.
- [371] Díez-Gañán L.; Galán Labaca I.; León Domínguez; CM; Zorrilla Torras B. Encuesta de Nutrición Infantil de la Comunidad de Madrid; Consejería de Sanidad de la Comunidad y Madrid: Madrid, 2008; , pp 1–305.
- [372] OMS. Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. (accessed Feb 17, 2025).
- [373] Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad*; Madrid, p. 1–38.
- [374] Chouraqui, J.; Dupont, C.; Briend, A.; Darmaun, D.; Peretti, N.; Bocquet, A.; Chalumeau, M.; De Luca, A.; Feillet, F.; Frelut, M.; Guimber, D.; Lapillonne, A.; Linglart, A.; Rozé, J.; Simeoni, U.; Turck, D. Nutri-Score. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* 2023, 76, e46–e60, 10.1097/MPG.0000000000003657. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1097%2FMPG.0000000000003657>.
- [375] van der Bend, D.L.M.; van Eijdsen, M.; van Roost, M.H.I.; de Graaf, K.; Roodenburg, A.J.C. The Nutri-Score algorithm: Evaluation of its validation process. *Frontiers in nutrition (Lausanne)* 2022, 9, 974003, 10.3389/fnut.2022.974003. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/2709018044>.
- [376] S.E.M.F.Y.C. *Manual de prevención en Atención Primaria*; SEMFYC: Barcelona, .
- [377] Organización Panamericana de Salud. *Control integral del cáncer cervicouterino Guía de prácticas esenciales*; Biblioteca Sede de la OPS; Organización Panamericana de la Salud.: Washington D.C.; , pp 1–432.
- [378] Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en el entorno sanitario. *Guía de Práctica clínica en Cáncer Hereditario de la Comunitat Valenciana*. Dirección General de Salud Pública. Generalitat Valenciana: Valencia, 2017, p. 1–241.
- [379] Grupo de Trabajo de Respiratorio SAMFyC. *Tabaquismo. Abordaje en Atención Primaria Guía de práctica clínica basada en la evidencia*; SAMFyC. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria: Sevilla, p. 1–95.

[380] Herrera-Yépez, V.; Llaveró-Valero, M.; Álvarez-Mon, M.Á. Tabaquismo: concepto e impacto individual y social. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* 2024, 14, 1394–1400, 10.1016/j.med.2024.11.023. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541224003147> (accessed on Feb 17, 2025).

[381] Pacín George, C.; Hierrezuelo Rojas, N.; Velázquez Ferreira, L.M.; Novo Villalón, D.; Gonzalez Guerrero, L. Modificación de conocimientos contra tabaquismo en fumadores activos desde la atención primaria de salud. *EDUMECENTRO* 2024, 16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2077-28742024000100038&lng=es&nrm=iso&tlng=pt (accessed on Feb 17, 2025).

[382] Ayesta, J.; Peruga, A.; Rebollar, A.; Rey, N.; Zamorano, A.; Verdejo, S.; Panero, J.; Doncel, J.C.; Martín, A.; Sacristán, E.M.P.; Córdoba, R.; Pascual, F. Reducción de daños en tabaquismo desde la Salud Pública: e202405037 // NIPO en línea: 133-24-045-8. *Revista Española de Salud Pública* 2024, 98, 23 páginas–23 páginas. Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/583> (accessed on Feb 17, 2025).

[383] *Estrategia de prevención y atención al tabaquismo en la Comunitat Valenciana 2018-2023*. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2018.