

Estratègia transversal per abordar projectes de salut comunitària

Estratègia Nacional d'Atenció
Primària i Salut Comunitària



© 2017, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Projecte de la Secretaria de Salut Pública del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya que exposa l'estratègia d'abordatge de la salut comunitària en el context del treball conjunt de la salut pública, l'atenció primària de salut i la salut mental

Coordinador

Josep Lluís de Peray Baiges

Edita:

Secretaria de Salut Pública (SSP)

Direcció General de Planificació en Salut (DGPS)

Servei Català de la Salut (CatSalut)

1a edició:

Barcelona, setembre de 2017

Aquesta publicació s'emmarca en el Pla de Salut de Catalunya 2016-2020



Índex

ACRÒNIMS	4
RESUM EXECUTIU	5
INTRODUCCIÓ	13
OBJECTIU	17
EL REFERENT IMMEDIAT: EL PROJECTE COMSALUT	17
MARC CONCEPTUAL: UN RELAT DE LA SALUT COMUNITÀRIA	23
ANÀLISI ESTRATÈGICA DE LA SALUT COMUNITÀRIA	27
ESTRATÈGIES DE SALUT COMUNITÀRIA	31
CONÈIXER QUÈ ÉS LA SALUT COMUNITÀRIA	31
CONDICIONS ESTRUCTURALS	32
SISTEMES D'INFORMACIÓ	33
LES POSSIBLES FORMES D'INICIAR UN PROCÉS D'SC	33
ETAPES DE DESENVOLUPAMENT DE L'SC	34
LA GOVERNANÇA DE LA SALUT COMUNITÀRIA	42
LA CARTERA DE SERVEIS DE LA SALUT COMUNITÀRIA	44
L'ATENCIÓ PRIMÀRIA I LA SALUT PÚBLICA	49
LA SALUT MENTAL I LA SALUT COMUNITÀRIA	51
EL MUNICIPALISME I LA SALUT COMUNITÀRIA	52
LA FORMACIÓ EN SALUT COMUNITÀRIA	53
LES OPORTUNITATS D'ASSAJAR EL MODEL DE SALUT COMUNITÀRIA	55
CONCLUSIONS I RECOMANACIONS	56
ANNEX	59
BIBLIOGRAFIA BÀSICA	61

Acrònims

ABS	Àrea bàsica de salut
AIFiCC	Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya
APOC	Atenció primària orientada a la comunitat
APS	Atenció primària de salut
AQuAS	Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
ASPB	Agència de Salut Pública de Barcelona
ASPCAT	Agència de Salut Pública de Catalunya
ASSIR	Atenció a la salut sexual i reproductiva
CAMFiC	Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària
CAS	Centres d'assistència i seguiment
CatSalut	Servei Català de la Salut
CSM	Centres de salut mental
DC	Diagnòstic comunitari
DGPS	Direcció General de Planificació en Salut
DS	Departament de Salut
EAP	Equip d'atenció primària
ENAPISC	Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària
ETSP	Equip territorial de salut pública
ICS	Institut Català de la Salut
IDESCAT	Institut d'Estadística de Catalunya
PADES	Programa d'atenció domiciliària i equips de suport
PINSAP	Pla interdepartamental de salut pública
SC	Salut comunitària
SISCAT	Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya
SM	Salut mental
SP	Salut pública
SPOC	Salut pública orientada a la comunitat
SSP	Secretaria de Salut Pública del Departament de Salut
TIC	Tecnologies de la informació i comunicació

Resum executiu

1. Aquest informe ofereix els elements bàsics per desenvolupar una estratègia de salut comunitària al Departament de Salut (DS), fonamentalment, però no exclusivament, a través de l'atenció primària de salut (APS), la salut pública (SP) i els ens locals. Hi estan implicats, doncs, el DS, a través de la Secretaria de Salut Pública (SSP), la Direcció General de Planificació en Salut (DGPS) i el Servei Català de la Salut (CatSalut).

2. S'ha elaborat conjuntament amb l'Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària (ENAPISC), impulsat per la DGPS, de tal manera que el que aquí es diu sobre l'SC és el mateix que apareix en la part d'SC del pla esmentat, amb la qual cosa es garanteix la mateixa visió i estratègia a seguir.

3. Bona part de les aportacions de l'informe procedeixen de les polítiques d'SC que impulsa el DS i el CatSalut. També provenen de les idees sorgides durant el seu procés d'elaboració i expressades tant en les entrevistes personals com en les reunions grupals que s'han dut a terme. A més, s'han tingut en compte altres dinàmiques professionals, com les de la Xarxa AUPA i les del Grup de Treball d'Atenció Primària Orientada a la Comunitat (APOC) de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC), en què participa l'Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFiCC) i reflexions compartides amb Jaime Gofin i Rosa Gofin, algunes de les quals estan expressades en un darrer treball seu, així com en altres documents de treball i iniciatives per a la defensa de la salut comunitària.

4. L'SC és un concepte polisèmic que s'utilitza molt actualment, però que no disposa d'una definició operativa. En aquest document es proposen les següents definicions, que

**Document
estratègic que fa
plantejaments
operatius**

**Elaborat de forma
coordinada amb
l'Estratègia
nacional d'atenció
primària i salut
comunitària**

**Elaborat a partir
d'una visió
compartida
àmplia**

**Polisèmia del
concepte d'SC que
convé tancar i**

cobreixen els aspectes bàsics, per constituir-se en el fonament de l'estratègia que es demana.

1. *L'SC és l'expressió col·lectiva de la salut de les persones i grups d'una comunitat definida.*

2. *Està determinada per la interacció de les característiques personals familiars, per l'entorn social, cultural i físic, així com pels serveis de salut i per la influència de factors socials, polítics i globals.*

3. *És un projecte de col·laboració intersectorial i multidisciplinària, que fa servir abordatges de salut pública i de l'atenció primària de salut, de desenvolupament comunitari i intervencions basades en l'evidència, per implicar i treballar amb les comunitats de forma adequada als seus valors culturals, amb la finalitat d'optimitzar la salut i la qualitat de vida de les persones.*

5. Des del punt de vista operatiu, el que es proposa com a concepte mínim i bàsic per treballar en SC és: *el treball conjunt de l'àmbit de l'atenció primària de salut (quan assumeix la responsabilitat de l'atenció a la població assignada) i dels serveis de Salut Pública (quan aquesta actua localment), junt amb els ens locals, dirigit als problemes o necessitats prioritars de salut i als seus determinants de la comunitat, amb la participació dels sectors implicats en aquests problemes, i de la mateixa comunitat, sense deixar de fer les seves activitats ordinàries.*

6. Es consideren aquests principis de l'SC:

1. La definició de la comunitat, com a objecte d'atenció i denominador de l'avaluació.

2. La consideració de la salut segons el model ecològic o dels determinants socials de la salut.

3. L'ús de l'epidemiologia en l'àmbit comunitari.

4. La participació de la comunitat i l'acció intersectorial

5. El treball conjunt, clínic i de salut pública, a través de l'atenció primària i dels programes de salut.

6. La mesura dels resultats en tota la base poblacional.

7. L'informe pretén mostrar "què ha de ser" i "com s'ha d'expressar" l'SC des del sistema públic de salut, sota la

**sobre la qual es
proposen
definicions per
compartir**

**SC: APS + SP + ens
locals amb la
comunitat i els
sectors implicats
en l'abordatge
dels problemes o
necessitats
prioritaris**

**La consideració
holística de la
comunitat i el
pragmatisme en
l'acció**

**Objectiu: què i
com fer-ho**

responsabilitat del DS, en coordinació i col·laboració amb el conjunt dels altres actors implicats.

8. El projecte COMSalut s'analitza com una via vàlida per mostrar la pertinència i la factibilitat del model d'SC i com un pas previ per estendre el model al conjunt de les ABS de Catalunya.

9. El document fa un relat de l'SC per situar els elements conceptuals que estan al darrere de les estratègies proposades i que es resumeixen en: l'SC serà la salut d'aquesta comunitat i, també, una manera de treballar en salut des dels serveis i programes de salut amb el propòsit comú d'integrar les activitats clíniques adreçades a les persones i les activitats col·lectives adreçades a la població, com una forma d'expressió de la responsabilitat del sistema de salut.

10. L'anàlisi estratègica de la situació de l'SC es realitza a través d'un DAFO per identificar els factors positius i negatius de l'estat actual de l'SC, a partir de les entrevistes i reunions de treball realitzades per a l'elaboració de l'informe.

11. És el moment de recuperar o revalorar l'SC a través de l'APS i l'SP, no només per una qüestió de valors, sinó també d'eficàcia, avalada per l'evidència científica, del fet que l'SC contribueix a la millora de l'estat de salut de la població amb mesures eficients de promoció de salut.

12. Els recursos i els actius comunitaris, posats darrerament en valor gràcies a la progressiva extensió del model salutogènic, han aconseguit que l'SC s'hagi mantingut consistent, hagi incrementat la seva presència en l'APS, hagi impregnat el discurs de l'SP i, finalment, del conjunt del sistema sanitari.

13. La formació específica en SC s'ha de generalitzar en el sistema de salut. Especialment en qui pren les decisions en les diferents funcions essencials: la governança, la planificació, la gestió, el finançament i la provisió. L'SC també s'aprèn

COMSalut: un instrument per mostrar la pertinència i la factibilitat de l'SC

L'SC com una forma d'expressió del contracte social en relació amb la salut col·lectiva

Anàlisi estratègica realitzada amb un DAFO

Revaloració de l'SC

Persistència de les iniciatives d'SC a Catalunya

Importància bàsica de la formació rigorosa en SC en les funcions

practicant-la, però cal una base necessària per dominar amb rigor el marc conceptual i els mètodes de treball.

14. La reorganització interna i la capacitat de governar els recursos de l'EAP i dels ETSP són els altres reptes de l'SC, que xoquen amb determinades rigideses de la gestió i les demandes de flexibilitat que exigeix l'SC. El temps de professional amb competències i capacitat de lideratge i de gestió és el recurs més necessari.

15. La delimitació territorial i poblacional de l'organització del sistema de salut en ABS és una oportunitat per a l'SC. La potència creixent dels sistemes d'informació permeten conèixer la situació de salut amb més rigor i facilitar la tasca d'identificació i selecció de problemes i necessitats, i els seus determinants en l'àmbit comunitari. L'SC és, en aquest context, una oportunitat per al treball intersectorial i per a la disminució de les desigualtats.

16. Molt sovint apareix la qüestió de la falta d'aprofitament del contracte de compra de serveis d'APS com un element per dinamitzar l'SC. Aquesta és ara una activitat "elegible", però sense cap mena de contraprestació quan es du a terme l'opció de desenvolupar-la. No són poques les vegades en què això es viu com una penalització per als que "volen treballar bé o millor en APS". També apareix l'afirmació que "molts professionals treballen per allò que els serà avaluat", cosa que és un argument de doble tall, ja que revela una actuació basada en interessos i no en responsabilitats, una de les claus de l'acció en SC.

17. En relació amb els processos de contractació, la situació de l'Institut Català de la Salut (ICS) és viscuda amb incertesa, ja que no hi ha un vincle directe entre la contractació a les ABS, sinó amb l'ens corporatiu de l'ICS. Només un pacte entre el CatSalut i l'ICS, en què el comportament del conjunt d'ABS fos homogeni respecte de l'SC, permetria alliberar aquesta incertesa.

essencials del sistema de salut

L'SC com una oportunitat per a la racionalitat organitzativa de l'APS i l'SP

El territori de l'ABS com una oportunitat per al treball intersectorial i per disminuir les desigualtats

Oportunitats i disfuncions del contracte de compra de serveis

L'SC en l'àmbit dels grans proveïdors, el cas de l'ICS

18. A Catalunya s'ha observat una expressió diferent de les estratègies i les activitats d'SC. D'una banda, tenim la ciutat de Barcelona, amb un protagonisme important de l'Agència de Salut Pública de Barcelona i, de l'altra, la resta de Catalunya, en què de manera general l'APS i l'SP tenen oportunitats de desenvolupament similars. En aquest moment, hi ha en procés d'elaboració un inventari de l'estat de la situació respecte de l'SC a tot Catalunya.

19. Estratègies d'SC proposades:

1. Fer de l'SC un eix de la política sanitària de Catalunya i un espai compartit amb els responsables dels determinants de la salut per fixar les línies d'acció.
2. Per fer-la possible, cal:
 - Garantir les condicions estructurals que permetin desenvolupar-la com una activitat del sistema de salut.
 - Incloure'n la metodologia a la cartera de serveis del sistema de salut.
 - Ser objecte de pràctica efectiva, especialment a través de la contractació a les entitats proveïdores.

20. El procés d'SC té com a destinatari final la mateixa comunitat, que és qui hauria de prendre la responsabilitat de la seva salut col·lectiva i les decisions ben informades que l'afecten, amb el suport, entre d'altres, de l'APS i l'SP. Com en tot procés, hi ha diversos punts de partida i models de pràctica de l'SC. Els més freqüents en el nostre context són:

- Pla de desenvolupament comunitari
- Estratègia de salut als barris
- Atenció primària orientada a la comunitat.

21. En qualsevol cas, es proposa que l'estratègia d'SC es desenvolupi en tres etapes:

1a etapa: etapa preliminar per crear les condicions per abordar l'SC i que caracteritza l'ABS amb la identificació i prioritització dels principals problemes o necessitats de salut.

Diferències entre el desenvolupament de l'SC a Barcelona i a la resta de Catalunya

L'SC com a eix de la política de salut i espai compartit. Les línies operatives: garantia d'estructura, cartera de serveis i contractació

Com començar? A partir de:

- Pla de desenvolupament comunitari
- Estratègia de salut als barris
- Atenció primària orientada a la comunitat

El cicle de gestió de l'SC en tres etapes

2a etapa: estudi en profunditat del problema, necessitat o condició de salut seleccionada i dels seus determinants, així com la planificació de la intervenció proposada.

3a etapa: realització de la intervenció.

22. La governança és l'estructura de relacions entre els diferents actors a través de la qual es prenen les decisions sobre la cosa pública. En SC calen acords explícits entre les cúpules dels diversos agents de l'SC en l'àmbit local per diverses raons: donar seguretat des del punt de vista de la voluntat institucional de dur a terme l'experiència d'SC (SP en totes les polítiques en l'àmbit local) i garantir la implicació efectiva com a conseqüència dels acords presos.

23. La cartera de serveis d'SC és el conjunt d'activitats individualitzades y seqüencials d'un procés de treball de l'APS i l'SP, que es tradueix en una modificació positiva de la salut de la població sobre la qual es té la responsabilitat de la seva atenció. La cartera de serveis d'SC respon a la lògica del: què fa, per què ho fa, com es contracta, com es monitora, com s'avalua, com es valora, com es paga.

24. Els elements bàsics de la cartera de serveis d'SC serien:

1. La identificació i prioritització de les necessitats, juntament amb la decisió sobre quina d'elles s'intervé.
2. L'estudi en profunditat del problema o diagnòstic comunitari de la necessitat seleccionada, per determinar el programa: el "què fer" i "com fer-ho" basat en l'evidència, així com disposar de la línia de base per mesurar els canvis.
3. La planificació i la realització de les activitats previstes en el contracte per a cada moment del procés de treball. El seguiment i l'avaluació dels resultats de procés i de resultat o impacte.

En cada una d'aquestes etapes queda reflectit el conjunt de condicions i accions en què s'expressa l'SC. Aquestes inclouen la participació de la comunitat, l'acció intersectorial adreçada

La governança en SC ha de guanyar espai a la governabilitat, traslladant el PINSAP a l'espai comunitari

La cartera de serveis d'SC és l'expressió del mètode de treball que persegueix la modificació positiva de la salut d'una població

Els elements bàsics de la cartera són el reconeixement de la comunitat, la identificació i caracterització de les seves necessitats i la intervenció per millorar-les

als determinants del problema, les estratègies de disminució de les desigualtats o les que siguin pertinents d'acord amb la necessitat a la qual es fa front.

25. Els avantatges de formular la cartera d'aquesta manera són diversos:

- La forma seqüencial d'un procés de treball que acabarà implementant un programa d'SC adreçat a una necessitat de salut i a través d'una intervenció basada en l'evidència.
- La visió de conjunt i la planificació del procés global, que inclou les accions de seguiment i avaluació.
- La possibilitat de contractar cada una de les etapes.
- Identificar el moment d'intervenció principal de cada un dels actors.

És a partir d'aquestes consideracions que es proposa el model de contractació de l'SC, en què la part dialèctica, per tant variable i que faciliti el progrés, en serà l'element essencial.

26. El recurs més important per a l'SC és el de professionals competents per poder donar suport a les seves activitats en les ABS. Aquests recursos principalment haurien de procedir de l'SP i ubicar-se en els ETSP. La recuperació de les previsions contingudes a la memòria econòmica de la Llei 18/2009, de 22 d'octubre, de salut pública, que estimaven la contractació progressiva de fins a 100 nous professionals amb dedicació específica a aquesta tasca, seria un bon punt de partida.

27. La salut mental constitueix un recurs important de suport a l'APS, com els PADES i els ASSIR. En la seva estratègia de desenvolupament, l'orientació comunitària és decisiva per a l'acompliment dels seus objectius d'atenció efectiva als problemes que aborda. En el cas que, en l'estratègia d'SC, el problema o necessitat que es prioritzi estigui relacionat amb l'SM, hauria de contribuir decisivament a acompanyar el procés de treball d'acord amb la metodologia proposada i formar part del grup motor.

Els avantatges de la cartera de serveis d'SC són la seqüencialitat i la visió de conjunt del procés global. Aquestes característiques permeten racionalitzar la contractació

El recurs més important per fer efectiva l'SC és de professionals. Calen a Catalunya fins a 100 nous professionals ubicats en els ETSP

L'SM és una estructura de suport a l'APS. Ha d'acompanyar el procés d'SC quan la necessitat d'intervenció siguin un problema d'SM

28. La funció del municipalisme en els processos d'SC té un doble paper: d'una part, com a element a múltiples nivells en la governança de l'SC i, de l'altra, com a recurs operatiu que integra també els seus professionals d'SP en els diferents components del procés de treball en SC.

El paper del municipalisme és clau, en la governança i en l'operativa, per al desenvolupament de l'SC

29. La garantia d'una formació suficient darrere dels processos de desenvolupament de l'SC és essencial. Cal una formació bàsica i l'aprofitament de l'"aprendre fent-ho". Els recursos disponibles i la capacitat existent en forma de materials disponibles, de suport metodològic i formatiu específic i els referents amb capacitat de prestar ajuda, si són necessaris, han de facilitar una pràctica d'SC rigorosa i de qualitat.

El rigor i la qualitat en l'SC han d'estar basats en una formació adequada per a cada necessitat en qualsevol context

30. Actualment es donen circumstàncies per poder desenvolupar el model d'una forma sistemàtica en les ABS del projecte COMSalut abans de l'extensió progressiva al conjunt de les ABS de Catalunya. A la voluntat política de fer de l'SC un distintiu de l'acció del sistema de salut, s'hi afegeix una massa crítica suficient de professionals de l'APS i de l'SP amb capacitat per liderar-la, juntament amb una dinàmica de participació comunitària i experiències exitoses d'intersectorialitat en els determinants de la salut i en la lluita contra les desigualtats. Mostrar la factibilitat del mètode proposat pel model és el repte immediat.

El COMSalut és l'àmbit immediat per provar la factibilitat del mètode proposat pel model d'SC abans de l'extensió generalitzada

Introducció

Aquest treball respon a un encàrrec fet per la Secretaria de Salut Pública (SSP) del Departament de Salut (DS) de la Generalitat de Catalunya per proposar una estratègia transversal que permeti abordar els projectes de salut comunitària (SC) impulsats pel DS en diferents àmbits d'actuació departamental: salut pública (SP), atenció primària de salut (APS) i salut mental (SM); d'actuació interdepartamental: Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP); i interadministrativa: serveis d'SP municipals, de les comarques i diputacions.

Degut a la seva naturalesa tan transversal, aquest treball s'ha realitzat amb la col·laboració del Servei Català de la Salut (CatSalut), de la Direcció General de Planificació en Salut (DGPS), de la Secretaria de Salut Pública (SSP), així com de les organitzacions professionals vinculades a l'SP, l'SC i l'APS. També cal dir que ha coincidit en el temps amb la formulació del l'Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària (ENAPISC), així com del Pla estratègic de la salut mental, amb els quals es comparteixen molts elements. Cal destacar que es va decidir que el component d'SC del ENAPISC s'elaboraria conjuntament, de manera que el que aquí apareix és el mateix que apareixerà al ENAPISC.

Un aspecte essencial de les polítiques impulsades pel DS, per la seva transcendència i extensió, és el de la salut comunitària.¹ L'interès rau, tant en la seva vessant més estratègica com operativa, en com desplegar-la a través de la intersecció, com a mínim, entre l'atenció primària de salut i la salut pública, especialment quan aquesta actua localment. Amb el benentès que no són els únics actors de l'SC, ja que existeixen àmbits d'actuació compartits de suport a l'APS, especialment el de la salut mental i addiccions, i altres instruments de suport a les persones quan aquestes romanen a la comunitat, com ara el Programa d'atenció domiciliària i equips de suport (PADES) i l'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR), a més dels que resulten de l'actuació intersectorial sobre els determinants de la salut i de la imprescindible participació comunitària, que legitima el procés.

És freqüent que, des de la prestació de serveis, s'empri l'adjectiu *comunitari* per designar allò que no es fa en entorns d'internament o hospitalaris. Així, podem sentir termes com el de *farmàcies comunitàries* com a equivalent de les oficines de farmàcia o com el de *serveis comunitaris* com aquells que es presten de forma ambulatoria.

¹ Departament de Salut. Pla estratègic d'atenció primària i salut comunitària
http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/Pla_primaria_salut_comunitaria/

Aquesta denominació de *comunitari*, que indica el lloc des del qual es presten els serveis de salut, està molt lluny del significat que li volem donar quan parlem d'SC.

Sembla força acceptat que el *concepte salut comunitària* és un concepte polisèmic i que requereix ser definit operativament per tenir una visió compartida per tots els actors d'aquesta transversalitat que es busca en el model. Tot i saber que, com tota definició, no serà del grat de tothom, hem proposat la següent, que es considera pragmàtica, sabent que n'hi ha moltes de rellevants.^{2,3,4}

La salut comunitària és l'expressió col·lectiva de la salut de les persones i grups d'una comunitat definida.
Està determinada per la interacció de les característiques personals familiars, per l'entorn social, cultural i físic, així com pels serveis de salut i per la influència de factors socials, polítics i globals.⁵
És un projecte de col·laboració intersectorial i multidisciplinària, que fa servir abordatges de salut pública, de l'atenció primària de salut i del desenvolupament comunitari i intervencions basades en l'evidència, per implicar i treballar amb les comunitats de forma adequada als seus valors culturals amb la finalitat d'optimitzar la salut i la qualitat de vida de les persones.⁶

Des del **punt de vista operatiu**, el que es proposa com a cèl·lula mínima i bàsica per treballar en SC és:

² Llei 18/2009, del 22 d'octubre, de salut pública. El conjunt d'actuacions, prestacions i serveis destinats a millorar la situació de salut de la comunitat en les seves dimensions físiques, psicològiques i socials, que actuen per mitjà de la capacitat col·lectiva d'adaptació positiva als canvis de l'entorn. La salut comunitària té en compte tant els elements tangibles i no tangibles de la comunitat com els seus sistemes de suport, les normes, els aspectes culturals, les institucions, les polítiques i les creences.

³ Gofin J, Gofin R. Essentials of global community health. Sudbury, MA: Jones & Barlett Learning; 2010 p. 269: Salut individual i dels grups en una comunitat definida, determinada per la interacció de factors personals, familiars, l'ambient socioeconòmic, cultural i físic.

⁴ O Restrepo Vélez. Salud comunitaria: ¿concepto, realidad, sueño o utopía? Avances en Enfermería, 21 (2003), pp. 49-61 http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/2003_1.htm: Considerem la intervenció en salut comunitària com una estratègia d'intervenció sanitària que té com a finalitat la millora de la salut d'una comunitat definida. La salut comunitària inclou una concepció social de la salut, que té en compte l'àmbit social en què es produeixen els fenòmens de salut-malaltia, l'aplicació d'un abordatge integral dels processos salut-malaltia, tenint en compte els nivells macrosocial i microsocia, i la participació de les comunitats, institucions i altres sectors en la presa de decisions.

⁵ Gofin J, Gofin R. Essentials of global community health. Sudbury, MA: Jones & Barlett Learning; 2010 p. 9

⁶ Goodman RA, Bunnell R i Posner SF. What is "community health"? Examining the meaning of an evolving field in public health. Preventive Medicine, 2014-10-01, Vol. 67, P S58-S61

El treball conjunt de l'atenció primària de salut (quan assumeix la responsabilitat de l'atenció a la població assignada), dels serveis de Salut Pública (quan aquesta actua localment) i d'altres serveis de salut i socials, que actuen de forma coordinada, per dirigir-se als problemes prioritaris de salut i als seus determinants de la comunitat, amb la participació dels sectors implicats en aquests problemes, i de la mateixa comunitat. Tot això sense deixar de fer les seves activitats ordinàries.⁷

Aquesta visió de l'SC ha de tenir aquests principis:

1. La definició de la població, de la comunitat, com a objecte d'atenció i denominador de l'avaluació.
2. La consideració de la salut segons el model ecològic⁸ o dels determinants socials de la salut.
3. L'ús de l'epidemiologia⁹ en l'àmbit comunitari.
4. La participació de la comunitat i l'acció intersectorial.
5. El treball conjunt, clínic i de salut pública, a través de l'atenció primària i dels programes de salut.
6. La mesura dels resultats en tota la base poblacional.

L'SC, a més de l'expressió col·lectiva de la salut d'una població on són presents l'equitat i la justícia social, és una forma de prestar l'atenció de salut a la població, de la mateixa manera que es fa en l'atenció a les persones que acudeixen al centre de salut. S'expressa preferentment, però no únicament, des de l'APS i l'SP quan aquesta actua localment. És clau la participació activa de la comunitat i dels sectors implicats des de la perspectiva dels determinants socials de la salut, de tal manera que l'SC és una proposta de treball amb la comunitat, on s'inclouen tots els sectors implicats en el manteniment i la millora de la salut.

En les pàgines següents, el nombre de les quals s'ha intentat reduir al màxim, s'exposen elements bàsics, encara que alguns de manera molt detallada, per a la seva implantació i desenvolupament en el sistema sanitari català. No com quelcom de nou, sinó des de la

⁷ Les competències dels serveis de salut de les administracions locals no inclouen l'atenció directa de salut a les persones. El model d'SC proposat des del Departament de Salut pretén desenvolupar les dues funcions, atenció individual i col·lectiva, de forma simultània.

⁸ "A model of health that emphasizes the linkages and relationships among multiple factors (or determinants) affecting health." (Institute of Medicine, 2003).

⁹ L'epidemiologia és l'estudi de la distribució i dels determinants d'estats o esdeveniments (en particular, les malalties) relacionats amb la salut i l'aplicació d'aquests estudis al control de les malalties i altres problemes de salut. (OMS)

possibilitat que l'afany de molts anys de treball previ esdevingui normal, s'integri en la cartera de serveis del sistema de salut i formi part de la prestació i amb les mateixes garanties d'estructura, activitat i finançament que les altres prestacions del sistema. L'SC exigeix per legitimar-se el reconeixement de la interdisciplinarietat, la participació comunitària i la intersectorialitat com a elements clau, i també d'una singularitat que obliga a una nova mirada, des de la planificació, la gestió i la pràctica, sobre la salut i els seus determinants i no sobre la malaltia que ha estat el paradigma dominant. Paradigma, per cert, que no ha de ser substituït sinó ampliat, atès que l'orientació comunitària haurà d'abraçar també les estructures que restauren la salut.

Objectiu

Aquesta proposta pretén trobar “**què ha de ser**” i “**com s’ha d’expressar**” l’SC en el sistema públic de salut sota la responsabilitat del Departament de Salut, en coordinació i col·laboració amb el conjunt d’altres actors implicats.

Una vegada trobat aquest consens, basat en una racionalitat comunicativa, estarem en condicions d’establir una estratègia transversal que permeti operar-la en el conjunt del sistema públic de salut. Quan es parla de racionalitat comunicativa s’està fent referència a un marc conceptual que beu de diverses fonts. Aquestes provenen d’enfocaments metodològics diversos, de paradigmes i marcs referencials sorgits d’una anàlisi de la dinàmica salut-malaltia, del discurs dels determinants i de les desigualtats en salut, producte de les diverses polítiques públiques, de visions aportades per persones i institucions clau que exerceixen un lideratge en l’SC i de la tradició i cultura del sistema sanitari de Catalunya.

Tot i saber que l’SC és una responsabilitat que supera l’àmbit del sistema de salut, l’informe l’interpel·la i proposa orientacions que estan en l’àmbit de responsabilitat i d’actuació del sistema de salut.

El referent immediat: el projecte COMSalut

L’SC té una llarga trajectòria a Catalunya, però sempre ha estat en el terreny del voluntarisme i de les iniciatives professionals, inserides en el sistema de salut. L’estat de coses era que res ho facilitava, però res ho impedia, malgrat les previsions del Decret 84/1985 de mesures per a la reforma de l’atenció primària de salut,¹⁰ on, entre les seves previsions de serveis per a l’APS, s’hi trobava l’SC. Les previsions en la formació de professionals de l’APS inclouen les especialitats de medicina i infermeria familiar i comunitària, encara que aquest segon adjectiu de les especialitats respectives no s’hagi desenvolupat amb les seves potencialitats degut a l’absència de polítiques públiques efectives.

¹⁰ Decret 84/1985, de 21 de març, de mesures per a la reforma de l’atenció primària de salut a Catalunya. (Correcció d’errada en el DOGC núm. 552, p. 2001, de 19.6.1985). Vist a: http://www.metgesdecatalunya.cat/media/asset_publics/resources/000/001/028/original/DECRET_84_1985_21_de_mar_mesures_per_a_la_reforma.pdf

En els serveis de l'SP, l'SC s'ha desenvolupat de forma desigual i ha estat vertebrada pels serveis de promoció de la salut i prevenció de les malalties. S'aprecien en aquest sentit diferències notables segons les administracions que en són responsables. Des del Departament de Salut, l'aposta de la promoció i prevenció ha estat orientada a polítiques fortament centralitzades, mentre que la protecció de la salut aposta clarament per un desenvolupament territorial important. Aquesta opció no és estranya. Els objectes de risc a controlar per a la protecció de la salut es troben en el territori i en la seva major part són de proximitat. Les polítiques de salut en matèria de promoció i prevenció són també eficients des d'instàncies centrals.

En l'Administració local, la situació és de més presència de la promoció i la prevenció, especialment amb una acció propera sobre els determinants de la salut, en l'SC, amb una incidència desigual en l'espai compartit amb l'APS.

Hem de dir que l'heterogeneïtat de l'SC o de l'SP, juntament amb l'APS quan s'orienta a la comunitat a Catalunya, és la norma. A cada realitat s'aprecia un model propi, si n'hi ha, manifestacions parcials del model d'SC, o l'absència de model. Actualment s'està realitzant un inventari d'ABS segons la seva situació en relació amb l'SC i els resultats mostren, quan es col·loquen sobre un mapa, un mosaic que ha de ser interpretat d'acord amb el coneixement local i la interpretació que els mateixos actors fan del que és o no és SC.¹¹

Els models conceptuals, i algunes pràctiques en alguns països que s'enfronten a aquestes situacions, proposen combinar aquestes pràctiques dels serveis d'APS i d'SP, quan actua localment. Això adquireix carta de naturalesa des de l'APOC, que proposa desenvolupar conjuntament l'atenció clínica i les competències de salut pública i d'epidemiologia, per professionals específics, en els territoris petits dels espais geogràfics similars a les ABS.

És el que es proposa que s'anomeni *salut pública orientada a la comunitat* (SPOC). Això és la pràctica de l'SP, no només de suport, sinó de manera conjunta amb l'APS, per sumar les competències d'ambdues línies de servei. El que es pretén és, sense deixar d'exercir les seves competències quotidianes, unir els seus esforços per dotar-se d'una SC rigorosa i de qualitat. Quan diem de rigor i qualitat ens referim a realitzar cada una de les etapes d'un cicle de gestió que va des de la identificació de necessitats fins al seguiment i l'avaluació de què parlarem més tard. Per assolir aquest objectiu, la presència de professionals procedents de l'SP és una condició bàsica.

¹¹ SCS. Diagnosi de la implementació de programes de salut comunitària en el territori. Treball realitzat per a aquest informe. Aina Plaza i Raul Serra. (No publicat.)

No és fins al 2015 que apareix una política pública real de salut adreçada a impulsar l'SC, amb la creació del projecte COMSalut vinculat a les propostes del Pla de salut de Catalunya 2016-2020, dintre de la línia de salut en totes les polítiques i SP.

En el document base del projecte s'esmenten elements conceptuals tals com:

1. L'SC com el propòsit comú de les activitats clíniques adreçades a les persones i de les activitats col·lectives de protecció i promoció.
2. La intersectorialitat com un plantejament estratègic per implicar efectivament i conjuntament els agents de salut de la societat civil i de les administracions públiques, amb el propòsit d'aconseguir sinergies entre elles que millorin l'efectivitat i l'eficiència a l'hora de prevenir les malalties i de promoure la salut.
3. L'atenció primària i comunitària hauria d'integrar funcionalment el conjunt de professionals i dispositius que proporcionen atenció i serveis ambulatoris a la població d'un territori determinat, el nucli o la base dels quals són els CAP i els EAP, entre ells:
 - a. Assistència clínica de referència poblacional (inclou medicina de família, pediatria i atenció domiciliària).
 - b. SP (promoció i protecció col·lectiva de la salut i vigilància de salut pública).
 - c. Salut mental i atenció a les drogodependències (CSM i CAS).
 - d. Salut sexual i reproductiva.
 - e. Altres especialitats que proporcionen atenció ambulatoria, particularment: oftalmologia, ORL, dermatologia, reumatologia, rehabilitació i fisioteràpia, treball social i atenció sociosanitària.
 - f. Farmàcia comunitària.
 - g. Urgències no hospitalàries, emergències i transport sanitari.
4. Aquestes prestacions i serveis haurien d'adoptar gradualment una orientació comunitària i caldrà coordinar-les sistemàticament amb altres sectors, a banda del sanitari, de les administracions i de la societat civil locals, particularment amb els serveis municipals, els serveis territorials de les administracions públiques, les organitzacions ciutadanes i els líders comunitaris.

El projecte afirma el següent:

“No es tracta, doncs, d'afegir altres prestacions a aquelles que actualment ja es proporcionen, sinó de **redefinir la cartera de serveis** des d'una perspectiva comunitària que, òbviament, no substitueix l'atenció personal ni tampoc oblidada la naturalesa biològica de les malalties, sinó que les contextualitza socialment.”

El projecte COMSalut¹² és un programa que implica directament les ABS de Catalunya, les quals ofereixen als ciutadans una atenció integral de la salut en tots els àmbits de la seva comunitat. La implantació progressiva del COMSalut va iniciar-se el juliol del 2015 amb la idea d'anar més enllà de les prescripcions mèdiques tradicionals, promovent hàbits saludables per prevenir malalties i millorar les condicions de vida dels ciutadans. Així, el seu objectiu és doble: promoure el desenvolupament de la salut comunitària a Catalunya reorientant el sistema sanitari i augmentar la implicació del conjunt de la societat en la protecció i la promoció de la salut.¹³

I respecte de la metodologia de treball diu:

“Els recursos per proporcionar efectivament (de manera eficient i equitativa) les prestacions de la cartera han de provenir necessàriament de la redistribució dels actualment disponibles gràcies a la capacitat de maniobra i a la flexibilitat per part de les institucions proveïdores i del CatSalut com a comprador dels serveis públics. Sense respectar aquesta característica, el projecte difícilment podria generalitzar-se sobretot en les circumstàncies actuals de finançament. Això no obstant, també es podran aportar alguns recursos provinents dels serveis d'SP i eventualment d'altres sectors de les administracions i de la comunitat mateixa.

La finalitat general del projecte és iniciar el desenvolupament formal de l'atenció primària i comunitària al SISCAT a un conjunt d'ABS de les diverses regions sanitàries de Catalunya. Per això caldrà dur a terme les activitats següents que cal entendre com a objectius de procés que han de permetre la formulació d'objectius associats específicament als resultats obtinguts:

1. Disseny i desenvolupament d'una estratègia de salut comunitària local basada en la detecció de necessitats i la identificació de recursos i d'actius.
2. Implicació dels ciutadans i dels pacients en tantes iniciatives com sigui possible.
3. Elaboració i implementació d'un (o més) programa(es) de salut comunitària adreçat(s) a un o més problemes prioritaris de la comunitat a l'ABS.
4. Implementació d'intervencions comunitàries específiques en poblacions vulnerables de l'ABS (persones en situació o en risc d'exclusió social, atur, persones grans soles, sense sostre, promoció de l'esport en adolescents en risc).
5. Atenció explícita a la reducció de les desigualtats injustes i evitables i, en general, a promoure l'equitat.

¹² COMSalut. <https://comsalut.wordpress.com/tag/projecte/>

¹³ Jornada COMSalut. Comunitat i Salut: Atenció Primària i Comunitària. 2 de juny de 2016. CaixaForum. Barcelona.

6. Elaboració d'un mapa dels actius comunitaris (equipaments, activitats socials i culturals) particularment els que poden ser de més utilitat per a la promoció de la salut.
7. Desenvolupament d'activitats comunitàries vinculades als pactes territorials entre proveïdors.
8. Impuls i adaptació local dels programes, iniciatives, intervencions territorials de l'Agència de Salut Pública de Catalunya (obesitat infantil, "Salut als barris", "Salut i escola", Pla d'activitat física, etc.).
9. Disseny i manteniment d'un sistema de vigilància i avaluació dels objectius i actuacions endegades (tan compatible com sigui possible amb els sistemes d'informació de la sanitat).
10. Desenvolupament i millora dels sistemes d'informació actuals per tal que facin possible l'assoliment dels propòsits i dels objectius, particularment una història clínica que faciliti la consideració pràctica dels factors socials i comunitaris."

Finalment, diu que els canvis essencials que genera el projecte en relació amb els serveis de l'APS són:

- Reorientació dels objectius de les actuacions assistencials prioritzant la disminució del consum sanitari inapropiat en eliminar aquelles actuacions sense evidència científica clara o, fins i tot, perjudicials per a la salut dels pacients, tot seguint les recomanacions del projecte Essencial.¹⁴
- Priorització màxima de la prevenció de la iatrogènia i de la garantia de la seguretat dels pacients.
- Potenciació de l'orientació comunitària de totes les actuacions de promoció de la salut, preventives i assistencials.
- Incorporació d'una perspectiva intersectorial en totes aquelles actuacions de l'EAP en què la participació d'altres sectors i agents pugui millorar la seva efectivitat i eficiència.
- Modificació de les agendes de treball dels membres de l'equip per incorporar com a activitats quotidianes les de coordinació amb altres recursos sanitaris i d'altres sectors que actuen en el territori, així com amb els actius de salut comunitària i les administracions locals.
- En el cas dels recursos de salut pública, els canvis en la seva cartera de serveis han de seguir la línia marcada prèviament en relació amb la inclusió d'objectius i activitats dirigides a potenciar la coordinació amb els EAP i altres recursos sanitaris i no sanitaris del territori.

¹⁴ El projecte Essencial del DS té com a objectiu promoure una pràctica clínica que eviti la realització de pràctiques que no aporten valor a la ciutadania i que, en conseqüència, millori la qualitat de l'atenció sanitària. <http://essencialsalut.gencat.cat/ca/inici/>

- Quant a les activitats de prevenció i de control dels pacients crònics i dels processos patològics complexos caldrà tenir en compte també la dimensió comunitària i adaptar la dinàmica assistencial aprofitant els recursos comunitaris i prevenint les ineficiències i la medicalització excessiva i inadequada (controls innecessaris, etc.).

Els canvis genèrics de la cartera de serveis descrits abans han de ser comuns per al conjunt dels equips assistencials i de salut pública participants en el projecte COMSalut. Això no obstant, a l'hora de posar-los en pràctica poden ser objecte d'una especificitat particular, d'acord amb les necessitats i recursos existents en cada territori i a partir de la participació de tots els actors implicats, amb referència especial a les institucions i actius de salut comunitaris.

Quan s'analitza el projecte COMSalut s'aprecia una preocupació per a la millora de la qualitat de l'atenció prestada per l'APS i una incorporació progressiva de l'SP. Encara que esmenta molts elements que formen part de l'SC, la seva articulació no presenta un tot coherent i no revisa críticament els elements de l'SC ni les condicions estructurals bàsiques per poder-la implementar ni els processos de treball de l'SC. Té, però, i això és l'element més important, el valor d'institucionalitzar l'SC i posar-la en condicions, almenys declaratives, que l'SC no és només un dels serveis del sistema de salut, sinó una forma de prestar l'atenció de salut. Això té un mèrit considerable, perquè entronca amb l'APS i l'SP en el marc de les recomanacions internacionals provinents de la Carta d'Ottawa per a la promoció de la salut¹⁵ i subsegüents, en la qual la salut va ser definida com un dret.

Al final del document es reprèn el concepte de projecte COMSalut com a proposta sobre la qual cal treballar les propostes operatives que es deriven de les estratègies plantejades.

¹⁵ Carta d'Ottawa per a la promoció de la salut. https://ca.wikipedia.org/wiki/Carta_d'Ottawa
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Marc conceptual: un relat de la salut comunitària

El concepte d'SC implica el reconeixement d'una noció de salut i de comunitat i de les relacions entre les dues.

Així, una noció de salut implica una realitat biopsicosocial que tendeix a aconseguir el benestar personal i social¹⁶ més gran tant de les persones com de la societat i una actuació des del sistema públic de salut que va des de la protecció dels riscos per a la salut fins a l'atenció a les persones en les etapes finals de la vida.¹⁷ La visió des de la qual els serveis de salut han d'actuar és considerant els determinants socials¹⁸ de la salut i compromesos amb la disminució de les desigualtats, en tot allò que el sistema sanitari pot contribuir i liderar. En els casos en què les intervencions sobre els determinants estiguin fora del seu camp d'acció, cal una actitud de vigilància responsable i fins i tot de denúncia.

Respecte del terme *comunitat*, cal dir que és un concepte sotmès a moltes consideracions, i més en els moments actuals de la societat on adquireix moltes i diverses formes. Des del que pertoca al sistema de salut, però, la comunitat bàsica és la població d'ABS,¹⁹ sense perjudici que pugui també adoptar altres formes depenent de diverses circumstàncies o grups de població als quals es pugui dirigir l'acció comunitària en salut.

L'SC serà la salut d'aquesta comunitat i, també, una forma de treballar en salut des dels serveis i programes de salut amb el propòsit comú d'integrar les activitats clíniques adreçades a les persones i les activitats col·lectives adreçades a la població.

Els serveis que actuen de forma especial en l'SC són, en primera instància, l'APS, a través dels EAP, i l'SP, quan actua localment a través dels ETSP. Però també són recursos d'SC els PADES, els serveis de salut mental i addiccions a través dels centres de salut mental (CSM) i dels centres d'assistència i seguiment (CAS), les actuacions del Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP) quan actua en l'àmbit comunitari, les accions de les unitats ASSIR, el programa "Salut i escola", les especialitats que

¹⁶ A falta d'una millor definició de *salut* universalment reconeguda empram la definició de l'Organització Mundial de la Salut de 1945.

¹⁷ Aquesta és una visió compartida en un sistema sanitari públic que entén la salut com un dret de ciutadania, finançat per impostos, universal i gratuït en el lloc de dispensació de l'atenció.

¹⁸ Els **determinants socials** de la salut són les circumstàncies en què les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen. Aquestes circumstàncies són el resultat de la distribució dels diners, el poder i els recursos en l'àmbit mundial, nacional i local, que depèn finalment de les polítiques adoptades.

¹⁹ Un conjunt de persones que habiten al mateix territori, amb certs lligams i certs interessos en comú (Marchioni, M 1997).

proporcionen principalment atenció ambulatoria d'altres, el treball social, les farmàcies comunitàries i l'atenció socio sanitària o les urgències no hospitalàries, si ho fan amb una visió comunitària, és a dir, a la comunitat i amb voluntat de cobrir les necessitats prioritàries, i no només com uns serveis orientats a la demanda, junt amb la participació dels serveis comunitaris lligats als ens locals. En aquest sentit, en el model d'SC proposat hi hauria d'haver una integració funcional en l'àmbit de l'ABS i, d'alguna manera, aquests dispositius han de participar de la visió comunitària. Això hauria de quedar explícit en les respectives carteres de serveis i, quan sigui pertinent, en els respectius contractes amb el CatSalut.

També voldrà dir que el conjunt de prestacions de tots els serveis de salut, idealment també les socials i les de les iniciatives de la societat civil organitzada quan contribueixen a intervenir sobre la salut o els seus determinants, haurien de dotar-se de sistemes de planificació, gestió i prestació de serveis compartits o coordinats, i clarament orientats a les necessitats de salut de l'ABS.²⁰

Aquestes prestacions i serveis de salut haurien d'adoptar gradualment una orientació comunitària i, perquè això sigui possible, caldrà posar-se d'acord i articular conjuntament una estratègia comuna amb el conjunt d'administracions i departaments implicats, diferents de l'administració sanitària, però també amb la realitat de la comunitat en què treballen i amb l'equip d'SC que actui com a motor d'aquestes accions. És a dir, cal un marc institucional que permeti treballar conjuntament (una condició estructural) amb tots els actors, però també el contacte, la col·laboració i la coordinació amb la realitat comunitària (una condició funcional) a la qual es presten serveis. En definitiva, quelcom similar al treball en xarxa i a una governança real en salut.

L'abast d'aquesta coordinació implicaria, en l'àmbit comunitari, les institucions de l'Administració local (municipis, comarques i diputacions) i amb la resta de departaments de la Generalitat que tinguin una representació territorial i que estiguin implicats en l'SC per la rellevància de la seva contribució. Això és portar el PINSAP a l'acció comunitària. També s'haurien d'incorporar les organitzacions ciutadanes i els líders comunitaris.

És des d'aquesta perspectiva que bona part de l'operatiu per fer-la real i efectiva, especialment en les fases inicials, implica una acció metodològica coordinada entre els

²⁰ No és estrany que en moltes ABS, especialment aquelles que conviuen amb dinàmiques associatives fortes, existeixin plans de desenvolupament comunitari que poden abordar problemàtiques socials que poden tenir un impacte notable sobre els determinants de la salut. En aquestes és important que l'equip d'SC estigui present per l'impacte que poden tenir, però no s'han de confondre amb els programes d'SC.

principals actors. Aquesta metodologia comprèn tres fases que de forma molt breu i sintètica es descriuran a continuació:

1. La primera fase del treball, quasi simultània amb el punt anterior, implica realitzar una anàlisi de situació, relativament ràpida. Aquesta anàlisi, realitzada amb informació disponible, ha de permetre la identificació i la priorització d'un problema de salut que serveixi de punt de partida per iniciar una intervenció. Inclou també la utilització d'informació disponible, en l'àmbit dels determinants de la salut i del mateix estat de salut de la comunitat, emprant tècniques quantitatives i qualitatives. Cal evitar la recollida d'informació sobre aspectes no rellevants. L'objectiu és el reconeixement de la comunitat i la identificació dels seus principals problemes o necessitats de salut i dels seus determinants. Amb aquesta llista de problemes es procedirà a la seva priorització i presa de decisions sobre el (o els) problema(es) que cal intervenir. S'ha de ser especialment curós en aquesta fase per tal que tots els implicats arribin a un mateix grau de comprensió del "què" i el "per a què" s'està fent. Hi ha diferents recursos i guies per orientar i ajudar en aquesta fase inclosos a la bibliografia d'aquest treball.
2. La segona acció serà el coneixement en profunditat del problema per ratificar que veritablement és un problema o una necessitat en aquell territori, quantificar-ho per tenir una línia de base sobre la qual comparar els canvis i, finalment, triar o decidir quin tipus d'intervenció es farà d'acord amb les evidències de la seva eficàcia i l'anàlisi de la seva factibilitat. A partir d'aquests elements es podrà planificar la intervenció, la darrera de les activitats d'aquesta fase.
3. La tercera acció serà desenvolupar la intervenció. Essencialment, aquesta fase donarà resposta efectiva a aquestes preguntes: què volem assolir? Què es farà? A qui s'adreçarà? Com es farà? Qui ho farà? En quina seqüència temporal? Amb qui es farà? Com es monitorarà? I, finalment, com s'avaluarà? Aquestes preguntes estaran en la fase prèvia, quan s'hagi planificat la intervenció.

Tots els elements de l'anàlisi inicial, de la priorització, presa de decisions i de la planificació, així com els que fan referència a la intervenció, han d'incloure la participació de la comunitat i l'acció intersectorial en un grau tan elevat i convenient com sigui possible. Es tracta d'un procés que cal realitzar amb les persones, organismes, institucions i d'altres. És des d'aquesta acció inclusiva que la identificació dels actius en salut, l'acció intersectorial i la col·laboració interdisciplinària tindrà sentit. Perquè això tingui sentit cal un equip d'SC que actuï com a motor del procés.

L'equip d'SC, que actuarà com a grup motor, estarà integrat per professionals i membres de la comunitat que responen als diferents sectors implicats. La seva funció principal serà el lideratge i la coordinació, a més de ser el dipositari principal del coneixement de l'SC, que donarà criteri per a la mobilització de recursos, les relacions amb les parts interessades, l'abordatge de les qüestions conflictives que sorgeixen i dels temes ètics. D'aquesta manera, les persones que l'integrin han de tenir una formació suficient en SC, exercir la representació de les institucions i organitzacions implicades, capacitat pel treball interdisciplinari i intersectorial i, finalment, han de tenir reconeguda la capacitat d'interlocució.

Aquesta congruència d'actors i de recursos en el temps i l'espai, amb objectius clars, pertinents i assolibles, ha de permetre disposar de més garantia d'èxit en una acció que busca reduir les desigualtats en salut en primera instància i potencialment d'altres desigualtats (socials, culturals, econòmiques) com a conseqüència del procés. El buscat cercle virtuós de l'SC és el següent: *Formar part d'una comunitat saludable contribueix a millorar la salut personal i viceversa amb una atenció singular a la població infantil i donant prioritat a l'equitat social i de gènere.*²¹

Una altra conseqüència del model d'APS i del d'SP, quan s'orienta comunitàriament, és que requereix adaptar-se. Són diverses les dimensions de l'adaptació: la formació en salut comunitària, l'organització del treball, els rols professionals, el treball fora dels centres, la flexibilitat horària d'alguns professionals i la gestió global del temps, sens dubte el recurs més important. Aquestes adaptacions també haurien de ser fetes pel conjunt de recursos de suport presents en el territori (ASSIR, PADES, CSM, l'atenció especialitzada, i altres) en alguna mesura, en la resta de components del sistema de salut, de les estructures de planificació i gestió, incloent-hi els processos de compra, d'acompanyament i d'avaluació.

Un altre element és l'àmbit de les relacions amb les estructures locals, més enllà de les que abans s'han esmentat amb caràcter instrumental per fer possible la coordinació i el treball en xarxa. Ens referim a la comunicació, les explicacions, les demandes i oferiments d'ajuda, la rendició de comptes i qualsevol altra dimensió relacional amb la comunitat. Aquestes estaran representades fonamentalment pels contactes amb els ajuntaments, consells comarcals, mancomunitats i diputacions.

²¹ COMSalut, Document base, juny 2015 <https://comsalut.files.wordpress.com/2015/12/comsalut-document-base.pdf>

Anàlisi estratègica de la salut comunitària

Abans de plantejar unes línies estratègiques cal realitzar una anàlisi compartida de la salut comunitària. Aquesta haurà de ser realitzada per les persones clau i encarregades de dur a terme la tasca d'impulsar, planificar i gestionar aquesta voluntat política expressada. En l'àmbit d'aquest estudi no s'ha realitzat una anàlisi conjunta de totes les parts en un mateix espai i temps, però com a resultat de les sessions de treball realitzades i les entrevistes amb els actors clau s'ha pogut realitzar una anàlisi i construir la matriu DAFO que es presenta.

DAFO

Fortaleses	Debilitats
<ul style="list-style-type: none"> • L'SC és un element declaratiu de l'APS i de l'SP • Política de govern: missatge i recursos • Forma part de la cartera de serveis del sistema de salut • Delimitació territorial de les ABS i de l'SP • Model d'assignació i de contractació que evoluciona cap a l'assignació capitativa • Interès i experiència en la pràctica de l'SC (plans de desenvolupament comunitaris, Grup APOC de la CAMFiC, Xarxa AUPA, ASPB, altres experiències) • Professionals formats • Capacitat de proporcionar formació • Sistemes d'informació potents • Documentació d'experiències efectives • Llançament del COMSalut • Existència del PINSAP (interdepartamentalitat) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dialèctica contractual: falta d'estímuls per a l'SC • Model de contractació de l'APS • Model de contractació per l'APS de l'ICS: la contractació es fa amb l'entitat proveïdora i no amb els EAP • Falta d'assumpció de l'APS en la seva integritat (no només en la dimensió curativa) • La gestió del temps i de les persones en entorns funcionaris • Falta de formació en diferents nivells de la planificació, la gestió i la provisió • Polisèmia del terme que porta a la confusió • Diferències estratègiques i operatives a la resta de Catalunya i a la ciutat de Barcelona • Debilitats metodològiques • Insuficients evidències documentades a Catalunya de l'eficàcia de la seva acció • Pèrdua de la personalitat jurídica de l'ASPCAT (en vies de recuperació)

Oportunitats	Amenaces
<ul style="list-style-type: none"> • Política de govern: missatge i recursos • Voluntat de compartir llenguatge i mètodes de treball • Potencialitats que els recursos de salut del món local s'hi sumin • Dinàmica global: aliança de salut comunitària • Formació ubiqua 	<ul style="list-style-type: none"> • Temps polític • Desinterès general

A partir d'aquesta anàlisi es constata:

1. És el moment de recuperar o revalorar l'SC, a través de l'APS i l'SP en el sistema públic de salut, no només per una qüestió de valors, sinó també d'evidència científica, ja que ha demostrat l'eficàcia i eficiència de les seves intervencions. L'APS i l'SP inclouen, en els seus fonaments, l'atenció als problemes de salut de les persones i també de les comunitats on radiquen aquests serveis. Com en l'atenció a la persona, el treball d'SC per mantenir i millorar la salut es realitza amb la comunitat. Treballar en SC implica assumir la responsabilitat de l'atenció de salut de la població assignada.
2. Els recursos i els actius comunitaris, revelats pel model salutogènic²² generats en aquests anys han aconseguit que l'SC, malgrat les poques facilitats, s'hagi mantingut consistent, hagi incrementat la seva presència en l'APS i hagi impregnat el discurs de l'SP i finalment en el conjunt del sistema sanitari. Darrerament ja forma part de les polítiques de govern a Catalunya.
3. La formació específica en salut comunitària s'ha de generalitzar en el sistema de salut o, almenys, en els seus elements clau que són la governança, la planificació, la gestió, el finançament i la provisió.²³ Bona part de l'SC s'aprèn fent-la, però cal una base necessària per dominar el marc conceptual i els mètodes de treball que estan contrastats i consolidats per la pràctica.

²² Erikssón M, Lindström B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. Health Promotion International. 2008;23(2):190-198.

²³ Rodríguez D, Berenguera A, Pujol-Ribera E, et al. Identificación de las competencias actuales y futuras de los profesionales de la salud pública. Gac Sanit vol. 27 núm. 5 Barcelona sep./oct. 2013. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000500003

4. La reorganització interna i la capacitat de governar els recursos de l'EAP i dels ETSP és un dels altres reptes de l'SC, que xoca amb determinades rigideses de la gestió i les demandes de flexibilitat que exigeix l'SC. El temps de professional amb competències per al seu exercici, i la seva gestió, és sens dubte el recurs més necessari.
5. La delimitació territorial de l'organització del sistema de salut en ABS i de l'SP a més dels sistemes d'informació, cada vegada més precisos i locals, permeten conèixer la situació de salut amb més rigor i facilitar la tasca d'identificació i selecció de prioritats en l'àmbit comunitari. El progressiu increment i les anàlisis sobre intervencions comunitàries han generat una evidència²⁴ progressiva que permet un abordatge pertinent i efectiu a través de programes comunitaris, que tenen l'acció també sobre els determinants. L'SC és una oportunitat pel treball intersectorial i per la disminució de les desigualtats.
6. Molt sovint apareix la falta d'aprofitament del contracte de compra de serveis d'APS com un element per dinamitzar l'SC i que aquesta sigui una activitat "elegible", però sense cap mena de contraprestació per l'opció de desenvolupar-la. No són poques les vegades en què això es viu com una penalització als que "volen treballar bé o millor en APS". Es diu que si l'SC fos una prestació de la cartera de serveis de l'APS i aparegués en el contracte, la situació seria molt més favorable per a l'SC. També apareix l'afirmació que "molts professionals treballen per allò que els serà avaluat", cosa que és un argument de doble tall, ja que revela una actuació basada en interessos i no en responsabilitats, una de les claus de l'acció en SC.
7. En relació amb els processos de contractació, la situació de l'Institut Català de la Salut (ICS) és viscuda com a preocupant, ja que no hi ha un vincle directe entre la contractació a les ABS, sinó amb l'ens corporatiu de l'ICS. Només un pacte entre el CatSalut i l'ICS, en què el comportament del conjunt d'ABS fos homogeni respecte de l'SC, permetria alliberar la temença.
8. La diferent orientació de les estratègies d'SC entre el conjunt de Catalunya i la ciutat de Barcelona presenta la possibilitat d'establir sinèrgies, si hi ha un espai per compartir models, estratègies i pràctiques.

²⁴ Algunes de les fonts proveïdores d'evidències en salut comunitària: The community guide: <https://www.thecommunityguide.org> National Institute for Health and Care Excellence: <https://www.nice.org.uk> Sax Institute <http://www.saxinstitute.org.au>

Estratègies de salut comunitària

Des del punt de vista de les polítiques d'SC

Fer de l'SC un eix de la política sanitària de Catalunya i un espai compartit amb els responsables dels determinants de la salut per fixar les línies d'acció.

Assumint que l'SC esdevé uns dels eixos de la política sanitària de Catalunya cal, com s'està fent en els darrers mesos, un espai compartit per fixar les seves estratègies i línies d'acció general. En aquest espai ja constituït, en què participa el DS a través de l'SSP i la DGPS i el CatSalut, només es troba a faltar l'Agència de Salut Pública de Barcelona, un element clau per facilitar el disseny global i que té una política diferenciada respecte dels plantejaments del DS en matèria d'SC.

Des del punt de vista de l'operativa

Assumint que hi ha una clara voluntat política de desenvolupar l'SC en el conjunt del sistema de salut català i, a la vista del diagnòstic compartit, les línies estratègiques que es proposen serien:

- Garantir les condicions estructurals que permetin desenvolupar-la com una activitat del sistema de salut.
- Incloure la seva metodologia a la cartera de serveis del sistema de salut.
- Ser objecte de pràctica efectiva, especialment a través de la contractació a les entitats proveïdores.

No obstant això, per arribar a aquesta normalitat cal una sèrie de requisits bàsics que el sistema de salut ha de garantir i que s'exposen a continuació:

Conèixer què és la salut comunitària

A partir de la formulació de l'SC com una política clau del sistema de salut s'està realitzant un esforç per compartir llenguatge, idees i model de pràctica. Així doncs, la formació en salut comunitària esdevindrà un element rellevant perquè els que tenen responsabilitat en la seva planificació i gestió compreguin l'abast de les decisions en aquesta matèria.

L'SC planteja alguns elements constitutius diferents dels que en general han dominat el sistema de salut, molt orientats a l'atenció a la malaltia. Sense deixar de fer-ho, l'SC planteja reptes afegits al sistema, que han de ser coneguts pels responsables per les implicacions que tenen. Per exemple, en l'organització dels serveis, en l'àmbit relacional, en el finançament, en la prestació, en els sistemes d'informació i comunicació, en les aliances a realitzar en l'àmbit intersectorial i interadministratiu.

L'SC hauria de representar una oportunitat per a una transformació important del sistema de salut.

Condicions estructurals

Les dues garanties bàsiques a establir serien:

<p>1. Garantia que els serveis de planificació, de gestió i de provisió del sistema sanitari, tenen els coneixements i competències bàsiques d'SC i que, en l'exercici de les seves funcions, les desenvolupen per implantar i desenvolupar l'SC en el sistema de salut, com a part del seu contracte social i que queda expressat en la cartera de serveis.</p>	<p>El sistema de salut coneix, planifica i gestiona l'SC, inclosa en la cartera de serveis del sistema de salut</p>
<p>2. Garantia que l'APS i l'SP, juntament amb els serveis de suport que actuen en l'àmbit comunitari, tenen les condicions estructurals, de personal, de capacitat de gestió, de coneixements i de competències per desenvolupar l'SC.</p>	<p>Condicions d'acreditació de l'APS pel que fa a la salut comunitària</p>

Sistemes d'informació

El sistema d'estadístiques i de salut de Catalunya està desenvolupant instruments potents d'informació que poden ser clarament utilitzats en el desenvolupament de l'SC. Es disposa d'informació sobre salut, demogràfica, epidemiològica, d'activitat, de l'estructura bàsica del sistema, de bona part dels determinants de salut, de les desigualtats i de resultats. Cal que aquesta informació es desagregui per ABS i/o àmbits més grans si fos necessari.

La informació qualitativa també ha entrat com una protagonista en el sistema proporcionant una informació complementària de gran valor per entendre bona part dels determinants socials dels problemes de salut i afegir matisos que la informació quantitativa no pot donar.

Font d'informació
IDESCAT
CatSalut
Departament de Salut (AQuAS)
Secretaria de Salut Pública
Agència de Salut Pública de Barcelona
Diputació de Barcelona

Les possibles formes d'iniciar un procés d'SC

El procés d'SC té com a destinatari final la mateixa comunitat, que és qui de forma ideal hauria de prendre la responsabilitat de la seva salut col·lectiva i les decisions ben informades que l'afecten. Però, com en tot procés, hi ha diverses situacions i punts d'origen. Amb el benentès que qualsevol procés d'aquesta naturalesa ha d'incloure des de l'inici la comunitat, a través d'una participació tan estreta com sigui possible, hem de considerar l'estat de la situació a través de conèixer d'antuvi el moment evolutiu de l'SC a l'ABS.

El grup motor mínim de l'SC, que representa el sistema públic de salut depenent del Departament de Salut, l'EAP i l'ETSP, pot iniciar el treball d'SC a partir de diverses formes en què l'SC ja s'hagi expressat. En el nostre medi, o bé es parteix de zero o bé trobem alguna de les formes en què l'SC es manifesta i que són essencialment:

- Pla de desenvolupament comunitari
- Estratègia de salut als barris
- Atenció primària orientada a la comunitat

La diversitat de formes vindrà donada per cada una de les realitats de l'ABS i el grau en què es doni la participació comunitària. En qualsevol cas els vincles entre la comunitat i el grup motor han d'existir i s'han de reforçar, perquè no existeixi un treball d'SC per a la comunitat sinó amb la comunitat.

En tots els casos, el mètode de treball és el que es correspon al d'un cicle de gestió: reconeixement de la comunitat (ABS), identificació i priorització de problemes, estudi en profunditat d'un problema prioritari i els seus determinants i planificació de la intervenció, i desenvolupament del programa de salut comunitària que aborda el problema prioritari i els seus determinants.

Les característiques específiques d'aquestes etapes s'exposen a continuació.

Etapes de desenvolupament de l'SC

Es proposa que l'estratègia d'SC, sigui quin sigui l'àmbit en què es desenvolupi, tingui tres etapes.

1a etapa: etapa preliminar i de caracterització de l'ABS amb la identificació i priorització dels principals problemes de salut

Requisits i elements d'aquesta etapa	Contingut
Constitució del grup motor d'SC en l'àmbit de l'ABS: la primera fase d'un procés comunitari és l'establiment d'aliances a diferents nivells que es concreta en la creació d'un grup de treball que anomenarem <i>grup motor</i> , que efectuarà una tasca de lideratge i actuarà com a facilitador.	Director de l'EAP
	Responsable de l'ETSP
	Responsable d'SC de l'EAP
	Creació de les aliances per a l'SC: inclou alguna forma de participació comunitària i d'acció intersectorial (interadministrativa i relacionada amb altres sectors que tenen responsabilitat en els determinants de la salut). ²⁵

²⁵ Les aliances en SC són essencials pel treball en xarxa, que és la forma de treballar en SC. Aquestes faciliten l'establiment d'objectius comuns i la interacció entre els diferents serveis implicats. La tasca no

Aquesta constitució serà també l'element legitimador del procés. De l'èxit d'aquesta formulació en dependrà l'èxit del projecte.	En el cas de l'existència d'un procés comunitari preexistent que abordi una problemàtica de salut o dels seus determinants: sumar-s'hi.
Formació	<p>Si no s'ha garantit la formació en SC del conjunt d'actors és important realitzar alguna activitat de formació, almenys pel grup motor o idealment pel conjunt de l'EAP/ETSP, sigui a través d'una activitat presencial o en línia.</p> <p>El disseny de la formació s'ha d'adequar a les necessitats específiques de cada realitat.</p> <p>Aquesta formació ha de tenir la característica de desenvolupar-se com un taller, de manera que la formació vagi acompanyada del treball pràctic usant la informació i processos d'SC de l'ABS.</p>
Estratègia de l'SC de l'ABS	Realitzar una anàlisi estratègica de l'SC i del seu procés a l'ABS: aquesta anàlisi pot seguir l'esquema clàssic de la planificació estratègica; anàlisi interna i externa (DAFO) i formulació de línies estratègiques i objectius operatius.
Caracterització de l'ABS a través d'informació disponible (principalment amb les estratègies del ràpid <i>appraisal</i>)	Informació quantitativa: proveïda per les diferents fonts d'informació del Departament de Salut (SCS, AQUAS, ASPCAT, etc.) i IDESCAT.

és senzilla, requereix un espai de diàleg, confiança i respecte per part de tots els representants dels diferents àmbits i de la mateixa comunitat. Cadascú té una forma diferent de viure i veure els problemes o les necessitats. Aprendre a treballar en aquest context és un altre dels requeriments de l'SC.

	<p>Informació qualitativa: tècniques de valoració ràpida de les necessitats de salut d'una comunitat,²⁶ que inclouen l'ús de la informació preexistent, informadors clau, grups focals i passeig comunitari.</p>
<p>Inventari de recursos comunitaris</p>	<p>Es farà un inventari de tota la informació relacionada amb els recursos existents a l'ABS, que sigui d'interès per poder abordar l'SC.</p> <p>Aquest inventari de recursos és diferent qualitativament de l'inventari d'actius, en el context del model salutogènic.²⁷</p>
<p>Llista de problemes i necessitats de salut</p>	<p>Amb l'anàlisi de la informació precedent, el que es pretén és obtenir una llista de problemes o necessitats de salut i, si és possible, els seus determinants, per ser prioritzada.</p> <p>Els elements d'anàlisi a tenir en compte poden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Magnitud superior a la mitjana de les poblacions de l'entorn • Tendència a l'increment del problema o dels seus determinants • Vivència com a problemàtica • Susceptible de ser millorat • Problemes que tindrien tendència a incrementar-se si no s'intervingués

²⁶ Foz G. Recientes desarrollos en la evaluación de las necesidades de salud de la comunidad: los métodos de valoración rápida (rapid appraisal). Disponible a: https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2007/01/metodos-de-valoracion-rapida_foz.pdf

²⁷ La diferència entre un recurs que genera salut i un que no, és que la comunitat l'assenyala i el defineix com un element que millora el benestar.

	<ul style="list-style-type: none"> • Problemes que afecten grups de població vulnerables • Problemes amb més prevalença
Priorització	<p>Realització d'una tècnica que permeti la prelación d'uns problemes sobre els altres per ajudar a la presa de decisions.</p> <p>Els criteris a emprar en la priorització seran els que tinguin a veure amb:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La importància del problema i els seus determinants: magnitud o extensió i severitat • Les possibles intervencions: eficàcia i factibilitat
Decisió	<p>Presa de decisió sobre el problema de salut i els seus determinants per realitzar l'estudi aprofundit del problema en la segona etapa</p>

2a etapa: estudi en profunditat del problema o condició de salut seleccionats, amb els seus determinants

Requisits i elements d'aquesta etapa	Contingut
Constitució del grup motor d'SC en l'àmbit de l'ABS	<p>L'estudi en profunditat serà per conèixer millor el problema a la comunitat i els seus determinants. Aquest estudi prendrà la forma d'un estudi epidemiològic en l'àmbit local i la participació dels tècnics d'SP pot ser important.</p> <p>Això permetrà:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confirmar què és una necessitat de salut • Conèixer la línia de base sobre la qual avaluar • Saber quins són i com influeixen els principals determinants • Tenir elements de certesa per orientar la intervenció

Revisió de la bibliografia	Què s'ha fet, si s'ha fet, en contextos similars i quins han estat els resultats.
Revisió de l'evidència	Recerca d'evidència disponible d'estratègies d'SC en l'abordatge del problema prioritari.
<p>Reconeixement dels actius.</p> <p>Un actiu és qualsevol factor o recurs que millora la capacitat de les persones, comunitats, poblacions, sistemes o institucions per mantenir i conservar la salut i el benestar, així com per reduir desigualtats en salut.²⁸</p>	<p>Valorar i implicar, del conjunt de recursos per a la salut comunitària, quins són els que tenen la consideració d'actius.</p> <p>La identificació i la representació dels actius de salut que hi ha a la comunitat ajuda a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprendre a preguntar què pot oferir la comunitat. • Fer visibles/mapejar els coneixements, habilitats i capacitats que ja hi ha a la comunitat. • Facilitar la utilització de les capacitats de persones, els recursos físics i organitzacionals dins de la comunitat. • Construir confiança entre els professionals i la comunitat local. <p>Fases per a la identificació d'actius:²⁹</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparació i contextualització 2. Recollida de la informació 3. Anàlisi de la informació 4. Visibilitat i difusió dels actius 5. Dinamització dels actius i generació d'intervencions
Estratègia de comunicació a la població i implicació dels actors	El procés d'SC en aquesta etapa de treball té el risc de quedar-se en els aspectes tècnics i, per tant, força allunyat de la dinàmica comunitària i participativa.

²⁸ Aquí sí. Actius i salut és un projecte integrat dins del Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP) i del projecte COMSalut. http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/pinsap/actius-i-salut/

²⁹ Criteris de validació d'un actiu:

- Es realitza a Catalunya.
- Suposa un benefici en salut.
- No produeix un efecte perjudicial per a la salut.
- No persegueix un ànim de lucre.
- I, si té un cost, ha de complir els criteris següents:
 - Recurs públic
 - D'una fundació o ONG sense ànim de lucre
 - Identificat com a actiu per part de la població, i els preus són semblants a un recurs públics, o menors per subgrups prioritars de població.
 - Integrada a eix estratègic del Pla de salut.

	Per això, és necessari desenvolupar una estratègia de comunicació de manera que les oportunitats de contacte i de participació quedin preservades.
Planificació de la intervenció i de l'acció intersectorial (qui farà què)	Seguint un esquema de planificació participativa, on s'abordin les preguntes següents: <ul style="list-style-type: none"> • Què? • Qui? • Quan? • A on? • Amb quins recursos? • Quin sistema de seguiment s'aplicarà? • Quin sistema d'avaluació es proposa fer?
Sistemes de registre	Disseny del sistema de registre previst per documentar les activitats i el seguiment de les intervencions previstes i els seus resultats. Utilització de les possibilitats previstes en la història clínica de l'atenció primària en els apartats referits a l'SC.
Manteniment de l'anàlisi de la situació de salut	Una de les accions a desenvolupar de forma continuada és mantenir la informació sobre la situació de salut i els seus determinants.

3a etapa: implementació de la intervenció

Requisits i elements d'aquesta etapa	Contingut
Programa d'SC	Posada en marxa de la intervenció d'acord amb la planificació prevista. Cada programa tindrà una implementació pròpia depenent de la naturalesa del problema a abordar, dels seus determinants, de l'abast de les accions, dels recursos disponibles, de la implicació intersectorial i comunitària. No obstant això, hi ha una sèrie d'elements comuns que, independentment de la implementació, hi són presents i que cal tenir en compte.
Grup motor bàsic	El grup motor bàsic (integrat pels responsables d'SC de l'APS, l'SP, representants de la comunitat i dels sectors implicats) és el dipositari dels objectius del programa

	<p>d'intervenció i per tant té la funció de lideratge de la implementació de les activitats previstes en la planificació.</p> <p>Realitza les seves activitats a través de la gestió i de la coordinació de les activitats previstes i actua com a principal interlocutor en la comunicació, la interlocució amb el conjunt d'agents, el monitoratge i la rendició de comptes.</p>
Grup motor ampliat	<p>El grup motor ampliat, constituït pel grup motor bàsic i totes aquelles persones que juguen un paper en el procés de desenvolupament de l'SC és una instància de suport a les activitats d'SC i que participa plenament en el desenvolupament de les activitats del programa d'SC en la mesura que la seva aportació és requerida.</p> <p>Participa plenament en la informació referida al programa i les seves aportacions i recomanacions són tingudes en compte pel grup motor bàsic.</p> <p>Igualment participa en l'estratègia de comunicació als sectors o àmbits sobre els quals té responsabilitat.</p>
El monitoratge	<p>Les sessions de monitoratge tenen la funció d'observar l'evolució de les activitats previstes a través d'indicadors prèviament definits o amb altres instruments, segons la naturalesa de la intervenció.</p> <p>Amb caràcter general són activitats curtes, intercalades en l'execució, idealment amb un calendari regular i usant un conjunt d'indicadors prèviament elaborat a tal efecte. Pot prendre, i és desitjable que ho faci, la forma d'un quadre de comandament.</p> <p>Tenen quatre components principals:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoratge del procés: el monitoratge del procés vigila que les activitats previstes s'estan realitzant d'acord amb la planificació. La seva acció pot

	<p>permetre introduir modificacions sobre la marxa del programa.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitoratge del resultat: el monitoratge del resultat observa si els resultats de les accions del programa tendeixen a assolir els resultats previstos. Les accions d'SC no aconsegueixen resultats immediats, per tant cal disposar d'indicadors que actuïn com a propers (<i>proxy</i>)³⁰ als resultats esperats. És útil disposar-ne per prendre decisions en el cas que les accions no vagin en la línia indicada o desitjada. 3. Monitoratge de l'estat de salut: és una acció de vigilància permanent de l'estat de salut de l'ABS en general i sobre la situació sota intervenció, de forma que permeti intervenir o modificar la intervenció si determinats elements obliguessin a replantejar les prioritats de l'acció en SC. 4. Monitoratge de l'entorn del programa: proporciona una visió de 360° i considera fonamentalment l'estat i els canvis del (1) nucli impulsor i els seus superiors organitzatius i institucionals, (2) les persones o les poblacions a les quals es dirigeix el programa, (3) l'equip que realitza les activitats i (4) les parts interessades o <i>stakeholders</i>.
<p>Avaluació</p>	<p>L'avaluació és el procés de revisió dels objectius del programa d'intervenció.</p> <p>En certa manera és també un estudi en profunditat de la condició de salut sobre la qual s'ha realitzat la intervenció. Mentre que el monitoratge utilitza una tecnologia tova, a partir del joc d'indicadors prèviament establerts amb aquesta finalitat, tot buscant resultats ràpids, l'avaluació recorda la fase 2 del procés i la seva realització pot durar un any.</p>

³⁰ Un indicador *proxy* és una mesura o senyal indirecte que aproxima o representa un fenomen en absència d'una mesura o senyal indirecte.

	<p>No només es tracta de veure si s'han assolit o no els objectius del programa, sinó també demanar-se per què han estat o no assolits.</p> <p>Del resultat en dependrà la continuació o no de la intervenció o el seu replantejament.</p> <p>L'avaluació es durà a terme en el temps previst en la planificació del programa i en la seva realització participaran també totes les institucions, organitzacions i professionals que hi hagin estat implicats. Podria requerir-se l'ajut d'un agent extern per garantir la imparcialitat de l'avaluació.</p> <p>Poques vegades es requerirà un grup de control, però sí que es poden utilitzar comunitats o ABS de comparació per estudiar aspectes específics del programa.</p>
Manteniment de l'anàlisi de la situació de salut	Continuar amb el seguiment de la situació de salut de l'ABS i dels seus determinants.
Manteniment de l'estudi en profunditat de la situació prioritzada i sobre la qual s'intervé	Actualitzar la informació sobre el problema o necessitat de salut sobre la qual s'està intervenint.

La governança de la salut comunitària

Anomenem *governança*³¹ a l'estructura de relacions entre els diferents actors a través de la qual es prenen les decisions sobre la cosa pública. Aquesta estructura de relacions està formada per un conjunt més o menys articulat de regles formals i informals (lleis, normes, procediments, costums, valors, hàbits, etc.) que condicionen i estableixen les pautes d'interacció entre els actors en la presa de decisions que afecten la col·lectivitat i els seus conflictes.

³¹ Universitat de Barcelona. Serveis Lingüístics
http://www2.ub.edu/assessling/cgi/consultes/resposta.pl?consultes_id=509

Governança és, per tant, un terme neutre per referir-se als mecanismes relacionals mitjançant els quals els actors articulen els seus interessos, exerceixen els seus drets i obligacions i medien en els seus desacords i conflictes. La interdependència entre els actors és inherent al concepte de governança.

Per contra, la governabilitat és una qualitat, un atribut d'un sistema sociopolític. Un sistema social és governable (manejable) quan la seva governança és efectiva. És a dir, quan té una governança que permet resoldre conflictes i prendre decisions que es fan realitat.

Aquestes definicions de governança i de governabilitat són especialment útils quan s'apliquen a l'SC. Un àmbit de treball en el qual la pugna entre governança i governabilitat és especialment palesa degut als interessos i a les pressions dels actors i a les institucions a les quals pertanyen.

L'espai de la intersectorialitat i l'interadministratiu, però també d'altres com els que ofereix l'espai conjunt de treball amb el tercer sector, ofereix unes magnífiques oportunitats per a la pràctica de la governança, però a la vegada no és aliena la possibilitat d'ingerència del domini institucional o del polític que condicioni els espais de governança, si els grups d'interès busquen avantatges estratègics a través de l'SC i la desvirtuen. Les interdependències a diversos nivells i les decisions que se'n deriven poden sentir-se com a amenaces, o constituir-ne, per a algunes de les parts de l'espai de treball de l'SC.

Per tant, calen acords explícits, generosos i confiats, entre les cúpules dels diversos agents presents per al desenvolupament de l'SC en l'àmbit local per diverses raons: (1) garantir el procés des del punt de vista de la voluntat institucional de dur a terme l'experiència d'SC, (2) disposar de la confiança per les transaccions i acords que poden ser fets en l'àmbit local, com a conseqüència de les decisions en matèria d'intervencions comunitàries que afecten les diferents parts involucrades i (3) la implicació efectiva com a resultats dels acords presos.

Aquesta situació pot exigir un cert grau de control "intrasectorial" per conèixer l'abast i les implicacions de les decisions i les eventuales decisions que es poden prendre en les parts més proximals del sistema jeràrquic de les administracions implicades. Però acceptar participar en processos d'SC, amb les característiques descrites, implica també acceptar un nou paradigma de la decisió. La decisió sobre la intervenció, per la mateixa naturalesa dels problemes i del seu abordatge, no és més un assumpte mèdic sinó essencialment per la consideració de les seves causes i de les causes de les causes. En definitiva, pels determinants socials de la salut. Això ha de ser clar per qui lidera i

gestiona el sistema de salut, però també pels seus associats, perquè s'està construint un model d'interdependència en el context d'una societat oberta i en xarxa. El que finalment es busca són polítiques efectives des de l'espai local.

Des del punt de vista pràctic, molt del que fa el grup motor és governança de l'SC. Però aquesta acció ha de connectar-se i buscar acords i consens horitzontals, en l'espai comunitari, però també verticals, amb les cúpules de les institucions i organitzacions, que a la vegada poden ser oportunitats de debats horitzontals en l'àmbit "supracomunitari".

La cartera de serveis de la salut comunitària

Entenem com a *cartera de serveis de l'SC* el conjunt d'activitats individualitzades que poden ser identificades com a serveis unitaris i que formen part d'un conjunt integrat i que, a la vegada, formen part d'un procés de treball que, al llarg del temps, es manifesta en una forma diversa de treball de l'APS i l'SP i que es tradueix en una modificació positiva de la salut de la població, la qual es té la responsabilitat d'atendre.

Així, a diferència de les carteres de serveis de l'APS i les de l'SP, que inclouen la quasi totalitat de serveis que permeten donar respostes a les necessitats de salut dels individus de la població assignada i la gestió dels principals riscos per a la salut, està fonamentada en l'expressió d'un mètode de treball que s'aplica davant d'una, i rarament diverses, situacions de salut que afectin un territori definit i servit per serveis d'APS i de salut pública.

També, parlar de cartera de serveis d'SC representa la formulació d'un "constructo" per fer-la homogènia a altres activitats de l'APS o de l'SP que respon a la lògica del què fa, per què ho fa, com es contracta, com es monitora, com s'avalua, com es valora, com es paga; pròpia dels sistemes organitzatius basats en la contractació de serveis com a eina de relació entre qui té la responsabilitat d'oferir un servei i qui el presta.

Tot això amb el benentès que el servei, la prestació de l'SC, és una responsabilitat compartida de qui assumeix la responsabilitat de l'atenció: el comprador de serveis i assegurador públic, i de qui la presta i, d'alguna manera també, de la mateixa comunitat.³²

³² En funció del no tan implícit contracte social que s'estableix a través dels diferents instruments de governança del qual el sistema de representació polític i social es dota en les societats democràtiques avançades.

Així els elements bàsics de la cartera serien:

1. La identificació i prioritització de les necessitats, juntament amb la decisió sobre quina d'elles s'intervé.
2. L'estudi en profunditat del problema o diagnòstic comunitari de la necessitat seleccionada, per determinar el programa —què fer i com fer-ho— basat en l'evidència, així com disposar de la línia de base per mesurar els canvis.
3. La planificació i la realització de les activitats previstes en el contracte per cada moment del procés de treball. El seguiment i l'avaluació dels resultats de procés i de resultat o impacte.

En cada una d'aquestes etapes quedarà reflectit el conjunt de condicions que permeten treballar en SC per part dels EAP i els processos amb els quals s'expressa. Aquests inclouen la participació de la comunitat, l'acció intersectorial adreçada als determinants del problema, les estratègies de disminució de les desigualtats o aquelles que siguin pertinents d'acord amb la necessitat a la qual es fa front.

Els avantatges de formular la cartera d'aquesta manera són diversos:

- La forma seqüencial d'un procés de treball que acabarà implementant un programa d'SC adreçat a una necessitat de salut i a través d'una intervenció basada en l'evidència.
- La visió de conjunt i la planificació del procés global, que inclou les accions de seguiment i avaluació.
- La possibilitat de contractar cada una de les etapes.
- Identificar el moment d'intervenció principal de cada un dels actors.

El contracte de compra de serveis: instrument clau per articular la salut comunitària al sistema nacional de salut.

El que es proposa per al futur, atès que l'SC³³ forma part de la cartera de serveis de l'APS i de l'SP, és que l'SC estigui en tots els casos en el contracte de compra de serveis de les

³³ Contractes 2017. Objectius vinculats a la contraprestació per resultats. Altres objectius: Atenció primària

1.1 Objectius de línia assistencial comuns a tots els EAP vinculats a la contraprestació per resultats APCOM01. Elaborar o, si escau, actualitzar, l'estratègia de salut comunitària de l'equip d'atenció primària per a l'àrea bàsica de salut

- indicador IAPCOM01: Elaboració o actualització de l'estratègia de salut comunitària de l'EAP per a l'ABS (sí/no)

B) Un altre per als EAP objecte de prioritització des de l'AQuAS:

ABS i en l'instrument que es convingui per a l'SP. També, en la mesura que correspongui, en els altres serveis sanitaris.

S'hauria d'incloure de manera que fes del contracte un instrument estimulant, compassat i dialèctic de les relacions entre el CatSalut i el proveïdor d'SC. Això, a més de garantir el desenvolupament del cycle de treball de l'SC amb coherència i gradualitat, permetria que l'SC s'anés integrant plenament a l'activitat de l'APS, de l'SP i de tots els altres serveis de salut vinculats.

Una seqüència temporal possible pel contracte amb l'APS/SP, que hauran d'estar inseparablement unides en la promoció, planificació i gestió de l'SC, podria ser el següent per a cada àmbit territorial.

Fase	Any 1	Any 2	Any 3	Any 4
1	Condicions de partida Identificació de necessitats Priorització	Manteniment de l'anàlisi de situació	Manteniment de l'anàlisi de situació	Manteniment de l'anàlisi de situació
2	-	Estudi en profunditat de la necessitat a abordar o diagnòstic	Manteniment del DC	Manteniment del DC

1.2.3 Objectius bàsics de salut comunitària (només per als EAP no inclosos en el grup anterior i que són objecte de prioritat d'acord amb l'informe de l'AQuAS)

APCOM02. Disposar d'un professional de l'equip que actuï com a referent i coordinador de salut comunitària

- indicador IAPCOM02: Existència d'un professional de l'equip referent i coordinador de salut comunitària (sí/no)

I C) i un tercer pels 16 COMSalut i altres ? EAP a criteri de les RS?

1.2.2 Objectius avançats de salut comunitària (només per als EAP que participen en el projecte COMSalut i altres EAP a criteri de les regions sanitàries)

AP14. Aconseguir que el percentatge de població masculina de 50 anys o més assignada i atesa sense patologia prostàtica a la qual s'ha sol·licitat el PSA durant l'any se situï per sota d'un determinat valor màxim

- indicador IAP14: Percentatge d'homes de 50 anys o més sense patologia prostàtica als quals s'ha sol·licitat el PSA durant l'any

		comunitari del problema o necessitat (DC) i planificació de la intervenció		
3	-	-	Implementació del programa	Implementació del programa

Si les ABS avancen en les fases 1, o 1 i 2, o inicien la fase 3, la seva contractació hauria de començar amb les activitats d'SC que corresponguin, d'acord amb el seu moment evolutiu. Recordem de tota manera que en tots els casos s'ha de mantenir l'anàlisi de situació i el DC de la condició escollida.

El contingut de cada una de les fases, amb caràcter general i orientatiu, podria ser el següent:

Fase 1

Primer any de la contractació	<ul style="list-style-type: none"> - Constitució de l'equip d'SC o grup motor (amb la participació mínima de l'EAP i de l'ETSP i oberta a la participació d'altres sectors i de membres de la comunitat)³⁴ - Formació en SC, si cal - Reorganització de l'EAP i de les seves activitats - Informació quantitativa^{35,36} - Informació qualitativa - Anàlisi de situació participativa³⁷ - Alguna forma de participació comunitària i de col·laboració intersectorial en el procés
-------------------------------	---

³⁴ PACAP. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? De la reflexión a las primeras intervenciones

<http://www.obsaludasturias.com/obsa/wpcontent/uploads/recomendacionesPACAP1.pdf>

³⁵ Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Grup de Treball en Atenció Primària Orientada a la Comunitat. Aproximació al coneixement de la comunitat en atenció primària: guia de recollida de dades per a l'examen preliminar de la situació de salut d'una comunitat

³⁶ Bona part d'aquesta informació pot ser subministrada pel Departament de Salut, el CatSalut, l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT) <http://www.idescat.cat>, la Secretaria de Salut Pública i, per a la ciutat de Barcelona, l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

³⁷ Martínez Roa C, Manchón López L et. al. Metodología para realizar un análisis de situación de salud participado. Comunidad 2015;17(2):8 <http://comunidadsemfyc.es/wp-content/uploads/Comunidad- - Metodolog%C3%ADa-para-realizar-un-análisis-de-situación-de-salud-participado.pdf>

	<ul style="list-style-type: none"> - Priorització dels problemes identificats d'acord amb algun mètode que tingui en consideració la importància del problema i l'eficàcia i factibilitat de les intervencions - Decisió sobre intervenció
Anys subsegüents	<ul style="list-style-type: none"> - Manteniment de l'anàlisi de la situació de salut - Vigilància de la salut (demogràfica, determinants, salut) per a la detecció de canvis sobtats o de situacions emergents de salut

El mateix procés de l'anàlisi de situació, la priorització o la presa de decisions sobre la intervenció es poden transformar en objectius contractuals. També poden ser-ho la transformació d'alguna d'aquestes etapes en indicadors que poden ser objectius del contracte.

Fase 2. Diagnòstic comunitari (DC) o estudi en profunditat de la condició escollida i planificació de la intervenció

Primer any de la contractació	<ul style="list-style-type: none"> - Pren la forma d'una investigació epidemiològica en l'àmbit local: és un estudi en profunditat del problema seleccionat per determinar si és un problema, quins són els seus determinants, els actius de salut presents, l'estratègia i les activitats proposades que han demostrat ser efectives - Revisió bibliogràfica - Inventari d'actius comunitaris útils per a la intervenció que es proposa fer - Disposar d'unes línies de base sobre les quals mesurar els canvis - Defineix el grup diana de població sobre el qual prioritzar les intervencions - Ajuda fonamental per planificar la intervenció, valorar els recursos, definir l'estratègia de la participació comunitària i intersectorial - Elaboració de materials - Formació dels professionals
Anys subsegüents	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenir al dia el DC per valorar si hi ha hagut canvis, vigilar la població d'intervenció i la situació de salut

Sobre els elements clau d'aquest DC i de la planificació de la intervenció s'establiran els objectius contractuals: resultats del DC, estratègia d'intervenció, planificació del programa, participació comunitària i intersectorial i d'altres.

Fase 3. Implementació del programa de salut

Primer any de la contractació	<ul style="list-style-type: none"> - Formulació dels objectius i metes del programa - Objectius de resultat - Objectius de procés - Desenvolupament d'activitats - Sistema de registre - Activitats de monitoratge
Anys subsegüents	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolupament d'activitats - Activitats de monitoratge - Activitats d'avaluació

Les activitats d'aquesta fase corresponen a les de la implementació del programa. Normalment succeiran a partir del segon any de l'inici de les activitats de salut comunitària, llevat que l'EAP dugui una trajectòria en aquesta pràctica, hagi complert l'anàlisi de situació de la seva ABS i hagi realitzat el diagnòstic comunitari.³⁸

L'atenció primària i la salut pública

Als efectes de l'SC, s'ha d'entendre que l'APS i l'SC formen un conjunt indissoluble. En aquest sentit, les formes organitzatives i relacionals amb el CatSalut tenen expressions diferents ateses les circumstàncies institucionals d'una i l'altra. L'APS està estructurada com una línia de prestació de serveis que està en l'estructura de la provisió, i la seva vinculació amb el CatSalut es produeix mitjançant la contractació de serveis. L'SP pertany actualment a l'estructura institucional del DS, a través de l'SSP. No hi ha un instrument comparable amb el contracte de compra de serveis que la vinculi amb el CatSalut, però ambdues pertanyen a estructures del sistema de salut que res impedeix que malgrat els seus estatus organitzatius, treballin juntes en el projecte d'SC.

³⁸ Pujiula M. Un programa multifactorial i comunitari pot prevenir les caigudes en la gent gran de la comunitat? <http://www.caps.cat/images/stories/caps/participacio/aupamontsepujiula.pdf>

El que sí que es constata és una asimetria de recursos i la necessitat de realitzar ajustos territorials en l'organització de l'SP per estar al nivell esperable perquè la seva contribució sigui rellevant, especialment en la dotació de recursos professionals que permetin treballar efectivament amb els EAP.

L'estructura mínima perifèrica territorial de l'SP és l'ETSP. Aquest ETSP té una responsabilitat territorial que inclou diverses ABS. A falta del desplegament complet de l'estructura d'SP, les previsions són que aquestes unitats siguin unes 30 a Catalunya. Les ABS de Catalunya són més de 360, la qual cosa suposa que corresponen a unes 12 ABS per ETSP. Aquest repartiment podria ser suficient si es disposés dels recursos humans amb competències per poder donar suport eficaç, o treballar conjuntament, amb les ABS. Estimariem que cada un dels potencials membres dels ETSP que poguessin prestar aquest suport o treballar conjuntament amb l'APS hauria de tenir unes 3-4 ABS. Això suposaria que cada un dels ETSP hauria de disposar de 3 o 4 professionals competents per poder desenvolupar aquesta funció.

Cal dir que els ETSP estan compostos quasi en la seva totalitat per professionals de la protecció de la salut, que exerceixen la seva funció amb la gestió dels riscos per a la salut, que generalment són veterinaris i farmacèutics i que han tingut una escassa formació específica en salut comunitària.

Els serveis d'SP, coneixedors d'aquesta situació des de fa molts anys, per no renunciar a aquesta responsabilitat i donada l'absència de recursos derivats de la contenció de la despesa en els darrers 8 anys, van iniciar un procés de formació que tendia a la capacitat de professionals de la protecció de la salut en SC. Els resultats d'aquest esforç han estat variables, però molt lluny de les expectatives inicials. Es pot dir que amb dificultat es disposa d'un cos de professionals de l'SP en els ETSP amb capacitat per prestar aquest suport. Els que estarien formats per afrontar el repte estan ubicats als serveis centrals de l'SP, a la Subdirecció de Promoció de la Salut, però no tenen pràcticament presència territorial, més que prestar suports puntuals en temes d'SC.

Aquesta situació es va preveure en els treballs preliminars de la reforma frustrada dels serveis d'SP, que van tenir una efímera realitat i van donar com a resultat una llei de salut pública, exemplar en el seu temps, però fatalment estroncada per una decisió política que tendeix a reduir despeses i que finalment no es va produir donada la precarietat en tot moment dels recursos d'SP, i la creació de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, ara reduïda a una marca que empra l'SSP del DS. En la memòria econòmica d'aleshores es feia una previsió de dotar d'uns 100 professionals de l'SP per ocupar les funcions en l'ETSP que permetessin complir amb les funcions d'SP; aleshores s'estimava

una inversió en aquest sentit d'uns 4 milions d'euros. Considerem que aquesta previsió és plenament vigent en el moment present per fer de l'SP un actor rellevant en el desenvolupament de l'SC de Catalunya si es vol apostar per aquest model. En definitiva, una SP orientada a la comunitat, com ja comença a aparèixer com a essencial en la literatura sanitària actual.³⁹

A més, els esforços de formació reglada en SC a través de les especialitats de medicina i infermeria familiar i comunitària i la formació de postgrau en Salut Pública o les activitats específiques de formació en SC, poden posar a l'abast d'aquestes necessitats de recursos humans un conjunt de professionals amb competència.

Una altra de les observacions realitzades en l'entorn de l'SC i com s'instrumentalitza la relació entre l'SP, quan actua localment, i l'APS és el cas de la ciutat de Barcelona. En aquest cas, es dona una situació gairebé oposada a la de la resta de Catalunya. Uns equips d'SC de l'ASPB realment potents estableixen poques o escasses relacions amb els EAP de la ciutat d'acord amb el model proposat de manera que, en general, la relació de nucli motor des de l'EAP és inexistent o molt escassa. La concepció d'un model diferent, la consideració d'espais territorials diferenciats per part de l'ASPB i la distribució de les ABS, i les formes de mostrar l'SC per part de l'ASPB contribueixen a fer palesa la diferència, no tan conceptual, però si organitzativa de l'SC que sembla obviar l'APS.

La salut mental i la salut comunitària

La salut mental (SM) en el sistema de salut està promovent un model d'atenció, continguda en un document estratègic,⁴⁰ que té elements de contacte amb l'estratègia d'SC que s'està plantejant en aquest document. Els problemes i les condicions a les quals fa front l'SM la fan tributària, més enllà de l'especificitat del maneig clínic i preventiu, d'una integració a la proposta de salut comunitària. Cal dir que bona part de la seva experiència fonamentalment centrada en la desinstitucionalització, ha tingut en els darrers 30 anys una visió clarament comunitària i de la implicació dels recursos de la comunitat per donar resposta a les seves necessitats. En molts sentits, per l'SC és un exemple de bona pràctica.

Recordem aquí les línies estratègiques del seu pla director per al període 2017-2020:

³⁹ Gofin J i Gofin R. Salut pública orientada a la comunitat. Fundamentos de salud comunitaria. Una perspectiva global. Pàgines 93-105. Elsevier 2011.

⁴⁰ Departament de Salut i Servei Català de la Salut. Pla director de salut mental i addiccions: estratègies 2017-2020.

1. Contribuir a la promoció de la salut mental positiva i el benestar de les persones al llarg de la vida i incrementar el compromís de la xarxa d'atenció amb la prevenció dels trastorns mental i les addiccions.
2. Millorar les pràctiques assistencials en relació amb els drets de les persones i potenciar noves capacitats de participació i apoderament a les persones usuàries dels serveis.
3. Garantir que l'atenció especialitzada sigui territorialment equitativa, accessible, integral, competent i basada en la comunitat.
4. Millorar les condicions de la pràctica assistencial i la formació per garantir una atenció digna, segura i efectiva.
5. Garantir que el sistema de salut proveeixi una atenció integrada a la salut física i mental, mitjançant pràctiques compartides entre nivells i serveis assistencials.
6. Millorar la integració amb els serveis no sanitaris que s'ocupen de l'atenció a les persones en relació amb els objectius de salut mental exposats, així com la col·laboració interdepartamental imprescindible en totes les facetes de l'atenció.
7. Garantir els elements de suport al canvi.

Altament és la percepció per part de l'APS i l'SP, quan actua localment, en relació amb el paper de l'SM en els processos d'SC. La seva percepció és la d'un recurs de suport a l'APS, llevat el cas que el problema o necessitat prioritzat estigui relacionat amb l'SM. En aquest cas hauria de contribuir decisivament a liderar el procés de treball d'acord amb la metodologia proposada per l'SC i formant part del grup motor.

El municipalisme i la salut comunitària

La funció del municipalisme en els processos d'SC té un doble paper: d'una part, com a element a múltiples nivells en la governança de l'SC i, de l'altra, com a recurs operatiu per a diferents components del procés de treball en SC.

En relació amb la funció de governança en l'SC, el municipalisme, entès com a municipi o barris o altres divisions alternatives de l'Administració local en funció de la grandària, estratègia, o altres consideracions que s'apliquin a l'àmbit territorial de l'SC, és fonamental. La representació democràtica que exerceix i la seva responsabilitat per treballar per mantenir i millorar les condicions de vida de la ciutadania el fa ser un actor de primer nivell en els processos participatius relacionats amb la salut. A més, la possibilitat de ser un catalitzador de les relacions institucionals i associatives posades al servei de l'SC en l'àmbit local i supralocal el fa un interlocutor imprescindible, a més de legitimar el procés de l'SC.

Potser no sempre és possible disposar de la seva participació en el grup motor des de l'inici, però sí que ha de ser la primera instància a qui presentar la iniciativa i convidar-lo a participar. En alguns casos, el municipi podria ser l'actor principal que liderés el procés d'SC, però sempre cal atribuir-li la possibilitat última i desitjada que fos el líder del procés, com passa en els plans de desenvolupament comunitari.

Una altra opció de participació és la posada a disposició dels seus recursos tècnics i estructurals per participar, amb el conjunt d'altres actors, en el grup de treball i en l'operativa de l'SC. En aquest sentit, els recursos existents d'SP de dependència municipal i els dels ETSP poden estar integrats funcionalment i optimitzar les competències existents per fer front a les responsabilitats de l'SP en l'àmbit local, inclosa l'SC.

La formació en salut comunitària

En el sistema públic de salut, per accedir a les places de medicina i infermeria familiar i comunitària, cal haver cursat el programa de formació en aquestes especialitats. Aquest programa inclou la part d'SC. Els continguts del programa de formació de l'especialitat de medicina van ser encarregats per la Comissió Nacional de l'Especialitat de Medicina Familiar i Comunitària al grup APOC de la CAMFiC. Aquest grup ha estat una referència en l'àmbit de l'Estat en la formació en SC i actualment coordina la formació a distància d'SC de la CAMFiC. També cal dir que el programa de l'especialitat de Medicina Preventiva i Salut Pública inclou en la seva formació, durant el primer any, el màster en Salut Pública que conté l'assignatura d'SC. Aquest aclariment serveix també per a tots els professionals que han cursat aquests estudis de postgrau, així com per al diploma en Salut Pública que bona part dels professionals del país han cursat.

Aquests antecedents es consideren perquè, si bé almenys un mínim de formació ha estat realitzat per quasi la totalitat dels professionals que treballen a l'APS i en l'SP també en l'àmbit local, la realitat és que no s'ha tret profit de la formació. Ni el sistema de salut ha propiciat el desenvolupament de les competències adquirides, ni els professionals les han desenvolupades en els llocs de treball, en bona part degut al fet que ningú els ho demanava.

En aquest estat de coses és evident que ens podem trobar amb un ventall de situacions en relació amb la formació en SC des de les perspectives individuals o dels equips, tal com aquesta:

Situació	Proposta d'intervenció
No sé SC	Formació continuada per millorar i actualitzar els coneixements: formació presencial, a distància o amb els EAP i ETSP. Aprofitar l'oferta formativa de la CAMFiC i del grup APOC
No sé fer SC	Tallers d'habilitats per mantenir i millorar les destreses: demandes específiques a grups de formació. Plantejament d'una institució d'SC (en l'àmbit acadèmic, professional, administracions públiques, etc.)
Ho sé i ho sé fer, però no puc fer SC	Acordar millores en l'organització del treball Treballar les condicions prèvies al inici del procés d'SC
Ho sé fer i ho puc fer, però no faig SC	Com canviar les actituds? <i>Coaching organitzatiu, mentoring, assessories</i>
Ho sé fer, ho puc fer i ho vull fer però no és suficient	Causes sistèmiques: intervencions sistèmiques

Una de les opcions per avançar en la millora de les competències necessàries per desenvolupar l'SC en el context plantejat és aprenent fent-ho. La quantitat de materials disponibles, les possibilitats de suport metodològic i formatiu específic i els referents amb capacitat de prestar ajuda en cas necessari no haurien d'impedir la pràctica d'una SC de qualitat.

Les oportunitats d'assajar el model de salut comunitària

Actualment es donen circumstàncies per poder desenvolupar el model d'una forma sistemàtica en diverses ABS. Hi ha alguns elements que aporten conceptes vàlids i aprofitables per l'estratègia d'SC.

Primer de tot, hi ha la voluntat política de fer de l'SC un distintiu de l'acció del sistema de salut. Aquesta és una conjuntura que mai s'havia explicitat amb tanta fermesa en el discurs i en l'orientació de les polítiques i el finançament de la salut.

D'altra banda, hi ha el projecte COMSalut: els referents conceptuals del projecte COMSalut procedeixen del Pla de salut 2011-2015⁴¹ i es reforça en el Pla de salut 2016-2020, que inclou actuacions dirigides a potenciar la integració dels diferents components del sistema sanitari i també a desenvolupar projectes intersectorials per abordar amb èxit els determinants de salut, la majoria dels quals són aliens a la sanitat.⁴²

També hi ha el Pla interdepartamental de salut pública, que promou un sistema més orientat als malalts crònics, emfatitza les actuacions en el terreny de la protecció, promoció de la salut i prevenció, amb la qual cosa accentua, doncs, la dimensió comunitària, així com la necessitat de generar noves alternatives assistencials més coherents i coordinades. Una altra línia del PINSAP busca incrementar la capacitat resolutiva des dels primers nivells, en l'àmbit més proper del territori, reclama la coordinació entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada i promou la integració de la salut pública i comunitària en el model sanitari.

Es proposa, doncs, aprofitar el projecte COMSalut per aplicar les estratègies i l'operativa continguda en el present document de forma que es pugui "assajar" el model d'SC d'acord amb les bases i instruments mostrats. D'aquesta manera es verificarà la factibilitat de la metodologia, abans d'estendre-la a la resta d'ABS de Catalunya.

⁴¹ Projecte COMSalut. Document base.

⁴² Acord marc regulador de la fase inicial del Projecte COMSalut.

Conclusions i recomanacions

1. L'SC se situa en el discurs polític i estratègic del Departament de Salut i dels organismes que en depenen (singularment, CatSalut i Secretaria de Salut Pública).
2. L'SC és la salut de la comunitat i una manera d'orientar el treball del sistema públic de salut amb la comunitat.
3. L'SC és un patrimoni i una responsabilitat de la comunitat. Els serveis de salut i altres sectors, especialment els relacionats amb els determinants socials de la salut, tenen la responsabilitat de treballar amb la comunitat, per mantenir i millorar els seus problemes i necessitats.
4. Des de la responsabilitat del sistema públic de salut, l'operativa que desenvolupa l'estratègia recau fonamentalment, però no exclusivament, en l'Atenció Primària de Salut i de la Salut Pública.
5. L'ABS és el territori preferent d'expressió de l'SC. Això no impedeix que, per diversos motius, puguin fraccionar-se o agrupar-se per tenir espais de treball més grans o més petits, especialment atenent a entitats que reforcen el concepte de comunitat.
6. Les formes més habituals a partir de les quals s'integren els serveis de salut en les dinàmiques d'SC són, quan existeixen, els plans de desenvolupament comunitari, l'estratègia de salut als barris i, quan no hi ha aquestes dinàmiques, l'atenció primària orientada a la comunitat, que és la forma d'expressar el lideratge inicial del sistema de salut envers l'SC.
7. El nucli motor de l'SC està integrat pel director de l'EAP i el responsable de l'ETSP, juntament amb representants dels sectors dels determinants socials de la salut i els que expressen la participació comunitària, idealment els institucionals. A ells s'agregaran tots els que es consideri i tinguin voluntat de participar i aportar en el procés.
8. S'ha d'entendre, des del punt de vista operatiu, la salut comunitària com un procés de treball que adopta els principis del cicle de gestió: reconeixement de la comunitat i dels seus problemes i necessitats amb els determinants associats, identificació i estudi de les prioritats, planificació, intervenció i avaluació.
9. Aquesta operativa, en el si del sistema de salut, s'ha de traduir en elements integrables a la cartera de serveis d'SC i, a la vegada, en les formes organitzatives del

sistema de salut, considerant tota la seva complexitat. Aquesta és la forma també de reconèixer l'SC com un dret dels ciutadans i expressió del contracte social en matèria de salut.

10. La traducció en termes de cartera de serveis del cicle de gestió descrit inclou tres etapes del procés de treball:
 - a. La identificació i priorització de les necessitats, juntament amb la decisió sobre quina d'elles s'intervé.
 - b. L'estudi en profunditat del problema o diagnòstic comunitari de la necessitat seleccionada, per determinar el programa: el "què fer" i "com fer-ho" basats en l'evidència, així com disposar de la línia de base per mesurar els canvis.
 - c. La planificació i la realització de les activitats previstes en el contracte per a cada moment del procés de treball. El seguiment i l'avaluació dels resultats de procés i de resultat o impacte.
11. Es proposa que aquestes tres etapes siguin els elements contractuals de la compra de serveis en matèria d'SC, tant per l'APS com per l'SP (Agència de Salut Pública de Catalunya).
12. La salut mental ha de trobar el seu encaix en aquesta estratègia. A hores d'ara es visualitza com un servei de suport a l'APS, com ho són altres tals com el PASSIR i PADES. Pot aprofitar-se del desenvolupament i de les eines globals i tenir més expressió si les prioritats d'SC inclouen problemes o necessitats en matèria de salut mental.
13. La intersectorialitat, especialment les relacions entre els departaments i administracions concernides, ha de tenir un acord institucional previ de forma que lliberti de preocupacions sobre responsabilitats i competències als representants de les mateixes que treballin en l'àmbit comunitari. S'ha de traduir el PINSAP a l'àmbit comunitari.
14. Es recomana que les administracions autonòmica i local, que tenen responsabilitats operatives en matèria de salut pública en l'àmbit local, tinguin pactes per a una acció coordinada i idealment conjunta, de manera que el pla d'acció sigui global i que les dues actuïn, almenys en matèria d'SC, com si fossin una.
15. L'SC ha de disposar de condicions estructurals bàsiques que garanteixin la seva acreditació igual que altres dispositius del sistema de salut. Les principals són el

temps de persona, és a dir, la disponibilitat de personal addicional en la majoria dels casos, i el model de gestió per a l'SC tant en l'APS com en l'SP.

16. La formació ha d'abraçar de forma transversal aquest procés i afecta tant les estructures operatives com les de planificació i gestió. No només per uniformar llenguatges, conceptes i mètodes, sinó per responsabilitzar cada una de les parts del sistema de salut en els aspectes que requereix l'SC. L'SC no es fa, des del sistema de salut, únicament a l'ABS, sinó que el conjunt del sistema té responsabilitats: governança, planificació estratègica i operativa, sistemes d'informació, recursos tecnològics, creació de condicions per a una intersectorialitat efectiva, gestió de l'SC, contractació, finançament i avaluació, entre d'altres.
17. L'anàlisi inicial de la realitat de l'SC en el territori de Catalunya mostra un perfil heterogeni i una comprensió diversa per part del conjunt d'actors. Realitzar una campanya de comunicació que tendeixi a aclarir conceptes, metodologies, tot respectant i valorant els esforços realitzats, és essencial per alinear l'organització cap a l'objectiu de convertir l'SC en un element inherent del sistema de salut.
18. L'extensió progressiva de l'SC requereix un mínim espai que mostri la factibilitat de la metodologia i, en aquest sentit, les ABS del COMSalut tenen un repte en els mesos vinents.
19. De cara a l'any 2018, els contractes de compra de serveis haurien d'incloure les propostes de contractació que apareixen en aquest document.
20. Si l'SC ha de formar part de la cartera de serveis del sistema públic de salut, requereix recursos addicionals, fonamentalment en forma de professionals competents, situats preferentment en les estructures d'SP.

Annex

Persones que han participat en l'elaboració del document:

Alba Brugués	Joan Guix
Iria Caamiña	Xavier Llebaria
Carmen Cabezas	Pilar Magrinyà
Montse Casamitjana	Rick Miller
Rafa Cofiño	Cristina Molina
Joan Carles Contel	Anna Mompарт
Guillem d'Efak	Jordi Monedero
Jordi Daniel	Isabel Montaner
Cinta Daufí	Cristina Nadal
Monte Dolz	Ivan Planas
David Elvira	Aina Plaza
Gràcia Ferrer	Josep Maria Pons
Josep Figa	Antoni Ponsà
Dolors Forès	Maria Pueyo
Gonçal Foz	Marc Ramentol
Jaime Gofin	Andreu Segura
Rosa Gofin	Ricard Tresserras
Assumpció González Mestre	Anna Vall-Llosera
	Paulina Viñas

Bibliografia bàsica

En aquest document figuren notes al peu de pàgina; algunes fan referència a comentaris i d'altres, a materials de diversa naturalesa.

El que s'aporta aquí és un recull bibliogràfic bàsic, eminentment pràctic, útil per a la formació i orientat al desenvolupament de la salut comunitària, bona part del qual ha estat aportat per Carmen Cabezas. També hi ha accés a enllaços d'interès en matèria formativa, de recursos i sobre intervencions en salut comunitària basades en l'evidència.

1. Gofin J i Gofin R. Fundamentos de salud comunitaria. Una perspectiva global. Elsevier 2011
2. Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria. Departamento de Salud, Gobierno Vasco. 2016
http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_comunitaria/es_def/adjuntos/guia-metodologia-esp.pdf
3. Guía para trabajar en Salud Comunitaria en Asturias. Observatorio de Salud Asturias 2016 (guía breve) <http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Guia-breve-Salud-Comunitaria-2016.pdf>
4. Asturias actúa. Guías y hojas de ruta para convertir la información en acción. Asturias, 2012. <http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Asturias-Act%C3%BAa-Gu%C3%ADas-y-hojas-de-ruta-para-convertir-la-informaci%C3%B3n-en-acci%C3%B3n.pdf>
5. Caja de Herramientas comunitarias del Grupo de Trabajo para la Salud y Desarrollo Comunitario de la Universidad de Kansas. <http://ctb.ku.edu/es>
6. Aproximació al coneixement de la comunitat. CAMFiC (PDF adjunt)
7. Salut Comunitària Barcelona 2015 (PDF adjunt)
8. Document PACAP ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? De la reflexión a las primeras intervenciones (PDF adjunt)
9. OMS. Carta d'Ottawa per a la promoció de la salut. 1986
<http://www.sabarca.cat/files/124-1080-document/carta%20d'Ottawa%201986.pdf>
10. Accés a la Community Guide que recull les activitats comunitàries provades i el seu grau d'evidència <https://www.thecommunityguide.org/>
11. Curs en línia de Salut Comunitària de CAMFiC. Enllaç per realitzar la inscripció:
<http://www.camfic.cat/DetallActivitat.aspx?id=6997>

