

El procés assistencial de l'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) a la xarxa d'atenció primària

Estratègia Nacional d'Atenció Primària

Març 2019

Alguns drets reservats

© 2015, dels autors (cal que esmenteu els autors si heu signat un contracte d'edició o cessió de drets amb



autors externs al Departament de Salut.). **Si no és el cas, elimineu aquest camp.**

© 2015, 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 la [pàgina web de Creative Commons](#)

Edita:

Direcció General de XXXXXX

X edició:

Barcelona, novembre de 201X

Dipòsit legal:

DL X XXXX-201X

Assessorament lingüístic:

Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut

URL:

Només en el cas que l'obra es pugui consultar per Internet. **Si no és el cas, elimineu aquest camp.**

Sumari

Presentació.....	6
1 Marc conceptual de l'ENAPISC.....	8
1.1 Introducció.....	8
1.2 Missió, visió i valors de l'ENAPISC.....	8
1.3 Objectiu i principis.....	9
1.4 Àmbits de transformació.....	9
1.4.1 Model organitzatiu.....	10
1.4.2 Persones.....	12
1.4.3 Professionals.....	12
1.5 Línies estratègiques.....	13
1.5.1 Fer de l'atenció primària l'eix vertebrador del sistema de salut.....	13
1.5.2 Fer un sistema de salut integrat i de continuïtat.....	13
1.5.3 Desenvolupar la salut comunitària per abordar les necessitats relacionades amb la salut i les necessitats socials de les persones.....	14
1.5.4 Aplicar les tecnologies de la informació i la comunicació.....	14
1.5.5 Garantir una atenció centrada en la persona i de proximitat.....	15
1.5.6 Oferir una atenció sanitària de qualitat i segura.....	15
1.5.7 Protegir i promoure el professionalisme a l'atenció primària i salut comunitària.....	16
1.6 L'ENAPISC: el nou marc per al desenvolupament de l'ASSIR.....	17
2 El model d'atenció en salut sexual i reproductiva a l'atenció primària.....	18
2.1 Introducció.....	18
2.2 Antecedents.....	22
2.3 Visió i objectius del model.....	24
2.4 El nou model.....	25
2.4.1 Model organitzatiu.....	25
2.4.2 Població diana.....	25
2.4.3 Model d'atenció centrada en la persona.....	26

2.4.4	Direcció de servei de l'ASSIR.....	27
2.4.5	Organització de l'equip d'ASSIR	28
2.4.6	Relació amb la resta dels serveis de la XAP.....	31
2.4.7	Relació amb l'hospital.....	32
3	La cartera de serveis en l'atenció sexual i reproductiva a l'atenció primària	33
3.1	Educació per a la salut	37
3.2	Assessorament i atenció als joves	38
3.3	Assessorament i atenció a la salut reproductiva	40
3.4	Assessorament i atenció a l'embaràs.....	43
3.5	Assessorament i atenció al puerperi	45
3.6	Assessorament i atenció a la patologia ginecològica.....	47
3.7	Assessorament i atenció psicològica en salut sexual i reproductiva.....	49
3.8	Cribatge i prevenció de càncer de cèrvix	51
3.9	Cribatge i prevenció de càncer de mama	52
3.10	Assessorament i atenció a les ITS	53
3.11	Atenció comunitària	55
3.12	Atenció a la demanda urgent.....	57
3.13	Atenció a la violència masclista.....	58
3.14	Atenció a la diversitat sexual	61
3.15	Atenció a la diversitat funcional	62
3.16	Atenció al domicili	63
4	Elements facilitadors transversals	64
4.1	Formació	64
4.2	Docència.....	64
4.3	Recerca, innovació i bones pràctiques.....	66
4.4	Recursos assistencials: espais i equipaments	68
4.5	Sistemes d'informació i TIC.....	69
4.6	Avaluació	69
5	Bibliografia	70

ACRÒNIMS	
ABS	Àrea bàsica de salut
ACUT	Atenció continuada i d'urgències de base territorial
AP	Atenció primària
APSC	Atenció primària i salut comunitària
ASSIR	Atenció a la salut sexual i reproductiva
ATDOM	Atenció domiciliària
CatSalut	Servei català de la salut
CAP	Centre d'atenció primària
CSM	Centre de salut mental
CSMA	Centre de salut mental d'adults
CSMIJ	Centre de salut mental infantil i juvenil
CT	Comissions tècniques (enapisc)
CTSMiA	Comissió tècnica de salut mental i addiccions (enapisc)
EAP	Equip d'atenció primària
ENAPISC	Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària
ESAP	Equip de salut d'atenció primària
GIS	Personal de gestió i serveis
GN	Grup nuclear
HC3	Història clínica compartida de catalunya
ITS	Infeccions de transmissió sexual
IVE	Interrupció voluntària de l'embaràs
MACA	Model d'atenció a la malaltia crònica avançada
MAP	Metge d'atenció primària
MEFiC	Metge especialista en medicina familiar i comunitària
MTS	Malalties de transmissió sexual
OMS	Organització mundial de la salut
PCC	Pacient crònic complex
PC3	Espai per a la realització de plans de casos compartits i consultoria
PEOASSIR	Pla estratègic d'ordenació de serveis de l'atenció a la salut sexual i reproductiva
PIAC	Planificació i atenció compartides
PINSAP	Pla interdepartamental i intersectorial de salut pública
PLAENSA	Pla d'enquestes de satisfacció del catsalut
PSAD	Programa sanitari d'atenció a la dona
SARA	Servei d'atenció, recuperació i acollida
SIAD	Servei d'informació i atenció a les dones
SIE	Servei d'intervenció especialitzada
SSIR	Salut sexual i reproductiva
TCAI	Personal tècnic en cures auxiliars d'infermeria
TIC	Tecnologies de la informació i la comunicació
VIH	Virus de la immunodeficiència humana
VPH	Virus del papil·loma humà
XAP	Xarxa d'atenció primària

Presentació

L'Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària (ENAPISC) té com a missió impulsar un nou model d'atenció primària i salut comunitària (APSC) fonamentat en el concepte integral de salut que inclogui els seus determinants socials i que la consolidi com l'eix vertebrador del sistema públic de salut.

Per fer realitat aquest repte, s'han definit set línies estratègiques que orienten el conjunt de transformacions que han de fer efectiva la implementació del nou model d'APSC. El conjunt de mesures encaminades a aconseguir "un sistema de salut integrat i de continuïtat" es troben recollides a la segona línia estratègica. Per assolir aquest objectiu i fer-lo factible i adaptable a tot el territori, és imprescindible definir, implementar i avaluar de manera homogènia els diferents processos assistencials clau que es porten a terme en l'àmbit de l'atenció primària i salut comunitària.

Els processos assistencials clau definits per l'ENAPISC són: la prevenció i la promoció de la salut, l'atenció a la demanda aguda, l'atenció pediàtrica, la cronicitat i la complexitat, l'atenció continuada i urgent, l'atenció domiciliària, l'abordatge comunitari des dels serveis assistencials, l'atenció a la salut bucodental, l'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR), la salut mental i les addiccions, i la rehabilitació.

El document que teniu a les mans respon a la definició del procés assistencial de l'ASSIR i s'hi descriuen la visió i els objectius, la cartera de serveis, els models organitzatius, així com els factors facilitadors transversals que cal tenir en compte en la seva implantació.

Aquest document és fruit del treball del grup nuclear (GN) de la Comissió Tècnica (CT) de l'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva en el marc de l'ENAPISC. La Comissió, que està composta per un conjunt de professionals d'atenció directa com a representants institucionals (CatSalut i Departament de Salut), va iniciar els seus treballs al març de 2018.

El present document recull els resultats d'aquesta feina en la qual s'han tingut present treballs previs, com el Pla estratègic d'ordenació de serveis de l'atenció a la salut sexual i reproductiva, el *Document de bases per a l'ordenació de l'atenció a la salut sexual i reproductiva*, com també les aportacions de professionals experts de diferents camps assistencials, tant de l'àmbit de l'atenció primària com de l'atenció especialitzada, la salut pública i entitats especialitzades. El model que aquí es presenta és fruit d'un consens entre aquests elements i l'ENAPISC.

En una segona fase, aquest document es compartirà amb el grup ampliat de la CT, un centenar de professionals perquè hi facin les aportacions que considerin oportunes. Finalment, s'obrirà un espai de participació per a usuaris i per a la ciutadania.

Es tracta, doncs, d'un document viu que a partir d'ara s'anirà enriquint amb les aportacions de nombrosos professionals, usuaris i ciutadans.

Membres del grup nuclear de la Comissió Tècnica de Salut Sexual i reproductiva

Coordinació clínica	Mònica Isidro Pau Nicolau Anna Puente	Grup nuclear	Mercè Armelles Olga Pérez Laura Sebastian Francisca Ruiz Nayade Crespo Mireia Cuadrench Cristina Martínez Gemma Falguera Jordi Baroja	José M. Marqueta Dolors Creus Neus Montserrat Anna Torrent Elena Carreras Núria Domingo Lídia Coromina Àngels AVECILLA Ester Canal Gemma Altell Rosa Almirall
Responsables institucionals	Marta Chandre Carme Lacasa			
Coordinació tècnica	Anna Puente Ramon Escuriet			
			Col·laboracions	

Responsables institucionals

Cristina Nadal,. Directora de l'Àrea d'Atenció Sanitària

Maria Josep López Dolcet, Directora operativa de l'ENAPISC

1 Marc conceptual de l'ENAPISC

1.1 Introducció

Catalunya disposa d'un sistema sanitari d'accés universal, amb uns bons resultats en salut i en qualitat de vida, que la situen entre les primeres posicions dels països desenvolupats. No obstant això, la situació actual es caracteritza, en l'àmbit social, per l'envelliment creixent de la població. El desenvolupament tecnològic, els avenços terapèutics i, sobretot, la millora de la qualitat de vida de les persones han donat lloc a una millora de la supervivència i, en conseqüència, a un augment del nombre de persones amb trastorns crònics i discapacitats.

El repte d'assumir aquesta nova realitat per mantenir uns serveis d'excel·lència requereix una adaptació i una transformació del model d'atenció primària, eix vertebrador del sistema de salut, que doni resposta als reptes actuals i de futur.

Aquesta transformació ha de permetre superar les conseqüències de la recent crisi econòmica, com ara la repercussió en l'augment de les desigualtats socials en salut de la població, fet que ha provocat la necessitat creixent d'atendre de manera integral problemes de salut i socials, i també l'afectació en les condicions laborals dels professionals sanitaris del sistema públic, que en l'atenció primària, a més, es complementa amb la manca d'alguns grups de professionals, amb una limitació en la consideració sanitària de professionals administratius i treballadors socials i amb una tendència a l'alça del nombre de visites, cosa que augmenta, així, la pressió assistencial.

L'ENAPISC neix per donar continuïtat a la línia de reforma i innovació constant de l'atenció primària a Catalunya: amb un primer impuls entre el 1985 i el 2005 i diverses iniciatives del Departament de Salut des d'aquella data. Així mateix, el Pla de salut de Catalunya 2016-2020, dins de la línia estratègica adreçada a l'atenció accessible, resolutiva i integral, proposa el desenvolupament i la implantació progressiva d'un nou model d'atenció primària i salut comunitària.

1.2 Missió, visió i valors de l'ENAPISC

La missió de l'ENAPISC és impulsar un nou model d'atenció primària i salut comunitària fonamentat en el concepte integral de salut que inclogui els seus determinants socials i que la consolidi com l'eix vertebrador del sistema públic de salut, i contribuir a resoldre les necessitats de les persones des de la proximitat, atenent a la realitat del seu entorn.

La visió del nou model d'atenció primària i salut comunitària busca una orientació salutogènica, centrada en la persona, integrada i deliberativa en la presa de decisions compartides, que tingui cura de la protecció i la promoció del professionalisme com a valor principal que garanteixi la qualitat de l'atenció,

i que fomenti la participació ciutadana com un instrument per afavorir l'apoderament de les comunitats.

Els valors que adopta l'ENAPISC s'inspiren en els valors més coincidents que sorgeixen dels plans estratègics actuals d'equips d'atenció primària i salut comunitària de Catalunya i dels documents dels diferents grups de treball que han participat en el Pla: equitat, treball en equip, cooperació, compromís, qualitat, solidaritat, vocació de servei públic, ètica, transparència i universalitat.

1.3 Objectiu i principis

L'ENAPISC té com a objectiu principal enfortir l'atenció primària i la salut comunitària i consolidar-la com a eix vertebrador del sistema sanitari públic.

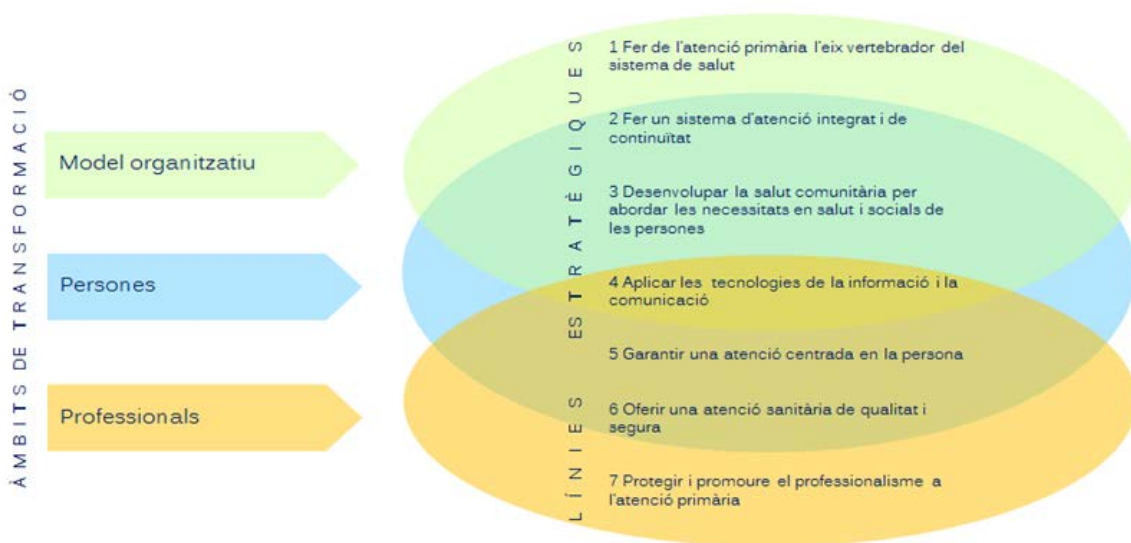
Els principis clau de l'estratègia són:

- Potenciar l'orientació comunitària com una estratègia de generació de salut i de lluita contra les desigualtats en salut.
- Garantir un model biopsicosocial d'atenció centrat en la persona.
- Respondre als canvis demogràfics i a l'augment de la multimorbiditat.
- Garantir la qualitat i la seguretat.
- Abordar les desigualtats amb equitat territorial i sostenibilitat del sistema públic.
- Consolidar els lideratges professionals i fomentar la participació de la ciutadania.

1.4 Àmbits de transformació

Per fer possible la visió del projecte del nou model són imprescindibles transformacions en tres àmbits: en els models organitzatius actuals, en la implicació directa dels professionals i en l'enfocament de les persones com a centre de tota l'estratègia. Aquests canvis es recullen en la definició de set línies (fig. 1).

Figura 1. ENAPISC: àmbits de transformació i línies estratègiques

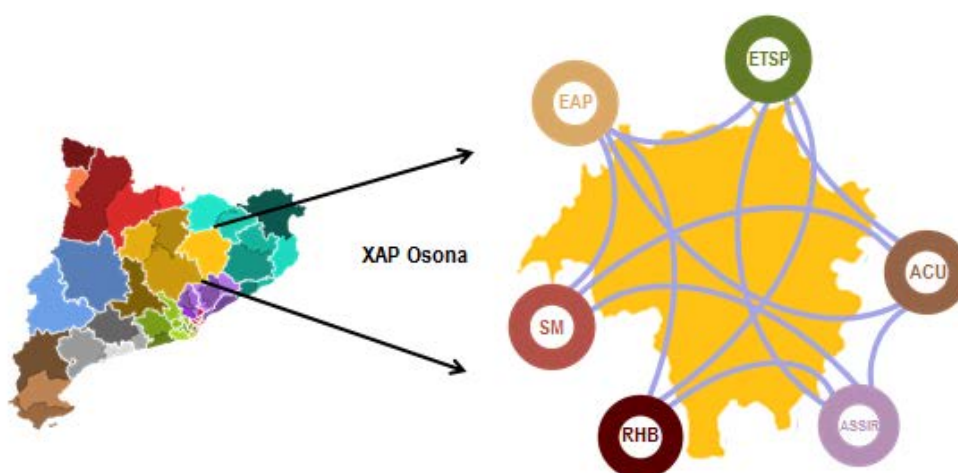


1.4.1 Model organitzatiu

Amb l'objectiu de poder garantir diferents línies estratègiques del nou model, cal que hi hagi una transformació de l'actual sistema organitzatiu de l'atenció primària, que passa per adaptar l'estructura actual augmentant el perímetre d'influència de l'atenció primària i la salut comunitària. El nou model proposa, com a element clau de transformació organitzativa, les xarxes integrals d'atenció primària i comunitària (XAP) per àmbit territorial, com els òrgans que han de vetllar per la implementació del nou model organitzatiu, el treball integrat entre els diferents serveis i equips comunitaris, la dotació adequada de recursos i equipaments, les capacitats dels professionals, i l'avaluació territorial dels diferents processos assistencials que s'hi desenvolupin.

Aquesta nova estructura amplia el perímetre de lideratge i interacció de l'atenció primària i la salut comunitària incloent, a més dels equips d'atenció primària actuals, altres equips i serveis que atenen la persona en el seu entorn de proximitat (fig. 2), garantint una cartera de serveis homogènia a tot el territori que comprèn la XAP.

Figura 2. Estructura de la XAP



La XAP és la nova base territorial que inclou els serveis que es donen als EAP (atenció a adults, pediatria, treball social i salut bucodental), els serveis que presten els equips territorials de salut pública (ETSP), els serveis que donen ASSIR, els serveis de salut mental i addiccions, tant d'atenció a adults (CSMA) com a infants i joves (CSMIJ) i addiccions (centres d'atenció i seguiment a les drogodependències o CAS), els serveis d'atenció en rehabilitació (RHB) i els serveis d'atenció continuada i urgent (ACU) o els serveis oberts les 24 hores els set dies de la setmana.

A Catalunya hi ha una gran diversitat territorial pel que fa a la provisió de serveis i l'autonomia de gestió dels equips. Aquest fet enriqueix la nostra realitat assistencial i permet una millor adaptació a les diferents realitats poblacionals i de distribució de recursos de cada territori. És per això que la implementació dels "coms" de l'estratègia ha d'adaptar-se a la diversitat territorial.

La XAP és l'eina que ha de facilitar:

- El reconeixement i la consolidació del lideratge de l'atenció primària en el desenvolupament del model i l'apoderament de les persones i dels professionals.
- La integració de serveis incloent-hi també l'atenció hospitalària, la sociosanitària i els serveis socials, adequant-los a les necessitats de la persona i la comunitat.
- El treball en equip interdisciplinari, col·laboratiu amb altres serveis i àmbits (social, sanitari i comunitari).
- L'equitat i la qualitat en la cartera de serveis.
- Que la dotació d'equips i serveis sigui l'adequada.
- L'increment de la resolució en l'abordatge dels processos.
- La innovació mitjançant la promoció de la recerca i la docència.

La missió de la XAP és donar suport als professionals perquè es dugui a terme un treball en xarxa, que faciliti la interacció contínua, fluida, ràpida i transversal entre organitzacions, i que permeti sortir de les estructures verticals i dels edificis. La xarxa no s'ha d'organitzar per nivells, les sinergies s'han de generar dins d'una interacció horitzontal on l'estructura no limiti, i la confiança entre serveis i professions es maximitzi.

Es necessita una nova estructura organitzativa capaç de construir xarxes comunitàries interdependents i basades en la complementarietat, en l'autonomia de les persones i en la confiança mútua, que eviti models piramidals descendents, que són menys eficients, poc adaptables als canvis i als entorns complexos.

Per assolir aquest canvi de paradigma, cal assegurar un acompanyament en el procés de canvi de l'Administració envers tots els serveis sanitaris i socials assegurant que les mesures organitzatives que es duguin a terme responguin a les preferències, els valors i les necessitats des d'una perspectiva global i, al mateix temps, donant autonomia de decisió i adequació. Per aconseguir-ho, serà cabdal una estreta coordinació de la XAP amb la resta d'àmbits assistencials del territori.

El lideratge assistencial de la XAP ha d'inspirar i legitimar noves formes de treballar perquè l'estratègia es converteixi en accions reals que arribin a les persones que ho necessiten. Els professionals i els gestors hauran de superar les dificultats que frenen el potencial i el compromís de tota la xarxa. Així, a la Direcció Executiva de la XAP li correspon la promoció d'acords i compromisos que facin possible l'assoliment d'aquests objectius facilitant que els professionals puguin treballar en un model d'atenció integrada.

1.4.2 Persones

L'ENAPISC posa la persona en el centre del sistema, amb l'objectiu de millorar-ne la salut, la qualitat de vida i el benestar, respectant la seva dignitat i els seus drets, així com les seves necessitats, preferències, valors i experiències, i comptant amb la seva participació activa com un igual en la planificació, el desenvolupament i l'avaluació en el procés d'atenció.

Per acompanyar aquest canvi de paradigma, des de Salut cal abordar la participació des de tres nivells diferents:

- A nivell micro, vinculada a la salut individual de les persones, posant l'èmfasi en la corresponsabilitat i la codecisió ben informada, impulsada amb instruments com les decisions compartides i els plans de decisions anticipades, entre altres.
- A nivell meso, amb l'objectiu de millorar els serveis de salut en els centres i les comunitats, potenciant l'acció comunitària amb participació ciutadana i la millora dels serveis amb la inclusió de la visió de la comunitat de referència.
- A nivell macro, per tal d'incorporar cada cop més la ciutadania en l'elaboració de les polítiques i les estratègies de salut, a través del Consell Assessor de l'ENAPISC.

1.4.3 Professionals

Els professionals constitueixen, sens dubte, la peça clau per portar a terme el canvi i, per aquest motiu, el nou model té la cura del professionalisme i del seu desenvolupament com una fita principal per garantir la qualitat de l'atenció i així es descriu en la seva visió.

L'ENAPISC impulsarà la dotació adequada de professionals, la seva autonomia de gestió, la millora en les condicions laborals, el desenvolupament professional, la formació i la capacitació en les habilitats en relació amb les diferents estratègies i plans del Departament de Salut, així com el reconeixement de l'atenció primària i la salut comunitària tant en l'àmbit social com en el sanitari.

1.5 Línies estratègiques

1.5.1 Fer de l'atenció primària l'eix vertebrador del sistema de salut

Perquè l'atenció primària i comunitària garanteixi tot el procés assistencial de la persona, és necessari parlar del nou model d'assignació de recursos ajustats a les necessitats de cada comunitat revertint la tendència decreixent del pressupost d'atenció primària que s'ha donat en els darrers anys i augmentant la dotació de professionals per garantir resultats assistencials de millora dels indicadors de salut de la població. A més, es vol potenciar l'autonomia de gestió com a eina d'impuls d'innovació organitzativa dels equips i els serveis i que hi hagi una coordinació directa entre les direccions dels equips i serveis d'atenció a la comunitat i la direcció de la XAP.

Els objectius operatius d'aquesta línia estratègica són:

- Millorar l'equitat en la distribució de recursos per donar resposta a les necessitats de la població.
- Augmentar la dotació de professionals.
- Millorar les condicions del treball.
- Potenciar l'autonomia de gestió.
- Augmentar el lideratge de l'atenció primària en els processos assistencials clau perquè esdevingui el referent de la persona i el coordinador principal dels diferents actius que hi intervenen, amb una nova organització territorial.

1.5.2 Fer un sistema de salut integrat i de continuïtat

Per aconseguir aquest objectiu i fer-lo factible i adaptable a tot el territori, és imprescindible definir, implementar i avaluar de manera homogènia els diferents processos assistencials clau que es portin a terme des de la proximitat. A més, l'ENAPISC ha de garantir la integració assistencial, de serveis i de professionals entre l'àmbit hospitalari i el sociosanitari. És per això que en aquesta línia estratègica és important treballar amb les CT i que s'enllacin amb els objectius i les línies estratègiques dels diferents plans directors del Departament de Salut.

Els processos assistencials clau que definim en aquesta línia estratègica són: la prevenció i la promoció de la salut, l'atenció pediàtrica, la cronicitat i la complexitat, l'atenció continuada i urgent, l'atenció domiciliària, l'abordatge comunitari des dels serveis assistencials, l'atenció a la salut bucodental, l'atenció a la salut sexual i reproductiva, la salut mental i les addiccions, i la rehabilitació.

L'ENAPISC, a través dels documents específics de cada comissió tècnica, defineix els models d'atenció per a cadascun dels processos assistencials clau. Aquests processos s'interrelacionen entre si i amb la resta de determinants de la salut. Això fa que per aconseguir un abordatge centrat en la persona i d'acord amb la realitat de l'entorn siguin necessaris:

- La detecció proactiva de les necessitats de les persones.
- L'activació dels recursos (sanitaris i no sanitaris) adequats.
- Els espais de planificació i atenció compartides (espais PIAC) que garanteixin el contínuum assistencial i evitin la fragmentació.
- La conducció de les transicions de les persones dins del sistema.
- L'autonomia de gestió organitzativa per implementar el model d'acord amb les característiques específiques del territori.
- L'avaluació homogènia del procés.

1.5.3 Desenvolupar la salut comunitària per abordar les necessitats relacionades amb la salut i les necessitats socials de les persones

Per abordar aquesta línia, d'una banda, el Departament de Salut disposa del Pla interdepartamental i intersectorial de salut pública (PINSAP) i, de l'altra banda, hi ha totes les experiències de salut comunitària, com el projecte ComSalut. L'ENAPISC impulsarà aquesta línia estratègica a través d'una metodologia de treball en salut comunitària estàndard per a tot el territori elaborada per la Comissió Tècnica de Salut Comunitària.

Els objectius operatius d'aquesta línia estratègica són:

- Impulsar programes amb orientació comunitària des de l'atenció primària.
- Abordar les desigualtats socials en salut des d'una perspectiva d'equitat.

1.5.4 Aplicar les tecnologies de la informació i la comunicació

L'ENAPISC promou la integració dels sistemes d'informació perquè permetin una millor presa de decisions clíniques i una avaluació homogènia a tot el

territori, garanteixin la integració de la informació entre nivells assistencials, proveïdors de salut i socials, i es puguin utilitzar entre professionals, persones i professionals i persones i el seu historial de salut. A més, han d'estar orientades al servei de les persones per poder participar amb l'aportació de dades, tenir accés a la seva informació d'una manera entenedora i intervenir en els seus processos, tant de manera presencial com de manera telemàtica, amb eines que així ho permetin.

Els objectius operatius d'aquesta línia estratègica són:

- Fomentar l'ús de les TIC, tant les que afavoreixen l'atenció centrada en la persona com les que faciliten la relació interprofessional.

1.5.5 Garantir una atenció centrada en la persona i de proximitat

Aquesta línia inclou objectius orientats a complir els requeriments necessaris per prestar una atenció centrada en la persona, a través d'eines que fomentin l'alfabetització en salut, així com la corresponsabilitat i el foment de l'autocura de la ciutadania i la capacitació dels professionals per implicar les persones en les decisions que afecten la seva salut promovent la presa de decisions compartides en la pràctica habitual dels serveis de la XAP.

Els objectius operatius d'aquesta línia estratègica són:

- Corresponsabilitzar la ciutadania i fomentar l'autonomia en salut de les persones.
- Promoure la presa de decisions compartides.

Figura 3. Representació de l'atenció centrada en la persona



1.5.6 Oferir una atenció sanitària de qualitat i segura

L'ENAPISC defineix una nova cartera de serveis que s'estructura des dels processos assistencials clau en què determina les funcions dels professionals i dels nous rols professionals (com el gestor sanitari), la descripció de les prestacions i dels procediments (administratius, diagnòstics i terapèutics) i promou la utilització de noves tecnologies.

S'elaboraran dos nivells de cartera de serveis: la bàsica (comuna per a tots els EAP) i l'avançada (en l'àmbit de la XAP i amb més capacitat de resolució). Els objectius de la nova cartera són respondre a les necessitats de les persones, millorar la resolució de l'atenció en els processos assistencials clau, reduir la variabilitat clínica evitable, promoure la integració de serveis i garantir l'equitat territorial, l'atenció en proximitat i la sostenibilitat del sistema públic.

El nou model aposta per l'acreditació i l'avaluació en qualitat i seguretat del pacient que impulsa el Departament de Salut i fa extensiu el model d'acreditació dels equips d'atenció primària a la resta dels equips d'atenció inclosos a la XAP i a l'organització mateixa del model, com a eina de qualitat del sistema i de seguretat del pacient. La nova cartera permet desenvolupar un sistema d'avaluació i de millora contínua amb la implicació dels professionals.

Els objectius operatius d'aquesta línia estratègica són:

- Garantir una cartera de serveis de qualitat.
- Garantir uns serveis d'excel·lència a l'atenció primària.

1.5.7 Protegir i promoure el professionalisme a l'atenció primària i salut comunitària

L'ENAPISC vol promoure la professionalització sanitària de tots els professionals implicats en la XAP i vol potenciar nous rols de professionals integrats o consultors, activats per l'atenció primària d'acord amb les necessitats de la persona.

Per aconseguir més implicació dels professionals, és imprescindible millorar les condicions laborals, de manera que augmenti la satisfacció i la qualitat de vida en l'entorn laboral, i incrementar la participació en les dinàmiques de l'equip. També cal fomentar l'autonomia de gestió dels professionals establint mecanismes participatius per a l'elecció dels directors dels equips i els serveis i a través de l'autogestió de l'agenda i la flexibilització horària amb corresponsabilització.

Els objectius operatius d'aquesta línia estratègica són:

- Manteniment i millora de la capacitat professional.
- Nous rols de professionals i evolució dels actuals.

- Posar en valor els professionals i fomentar la retenció de talent a l'atenció primària.
- Fomentar la participació i l'autonomia dels professionals.

1.6 L'ENAPISC: el nou marc per al desenvolupament de l'ASSIR

En aquesta línia, un dels projectes prioritzats de l'ENAPISC és l'atenció integral a la salut sexual i reproductiva. Amb aquest objectiu s'ha revisat i ampliat el model i la cartera de serveis definits l'any 2007 i s'ha fet amb una visió clarament integradora, de treball en xarxa, centrada en les necessitats de les persones i la comunitat i abordant tots els estadis de la salut i la malaltia.

Seguint la filosofia de l'ENAPISC, el lideratge de l'ASSIR correspon a l'atenció primària, eix vertebrador del nou model sanitari, com a coneixedora de primera mà de les necessitats de la població del territori i primer interlocutor de la persona.

En aquest marc organitzatiu, la xarxa d'atenció primària rebrà, de mans del seu director, la cartera de serveis que s'haurà d'aplicar en l'ASSIR i que serà la mateixa per a tots els territoris i totes les entitats proveïdores. En aquesta cartera de serveis, la dotació de recursos i el model de desplegament operatiu s'han consensuat prèviament en les CT especialitzades i la Comissió Permanent de Seguiment de l'ENAPISC.

2 El model d'atenció en salut sexual i reproductiva a l'atenció primària

2.1 Introducció

Els drets sexuals i reproductius han estat reconeguts per la comunitat internacional com a drets humans en declaracions, convencions i pactes. En la Conferència Internacional sobre Població i Desenvolupament (el Caire, 1994) es va definir per primera vegada el concepte de *salut sexual i reproductiva* (SSIR) entesa com un estat general de benestar físic, mental i social en tots els aspectes relacionats amb el sistema reproductiu i les seves funcions i processos, incloent-hi l'atenció a la salut sexual, l'objectiu de la qual és el desenvolupament de la vida i de les relacions personals. Es va establir una relació clara entre la SSIR, els drets humans i el desenvolupament sostenible.

Els drets sexuals i reproductius es van definir al Caire i també a la IV Conferència Mundial sobre la Dona, a Pequín el 1995, la qual, en la seva declaració, reconeix explícitament en els drets de les dones com a drets humans i, entre aquests, els drets sexuals i reproductius. Els governs participants es van comprometre, entre d'altres, a garantir:

- El dret a assolir el nivell més alt de salut sexual i reproductiva durant tot el seu cicle vital, a través de l'accés a la informació i l'educació necessàries i a uns serveis d'atenció específics, accessibles, adequats i de qualitat.
- El dret a adoptar decisions lliures relatives a la vida sexual i reproductiva sense discriminació, coaccions ni actes de violència, d'acord amb el que estableixen els documents de drets humans.
- El dret a una vida sexual satisfactòria i a la llibertat de decidir de procrear o no, quan i amb quina freqüència.

A Espanya s'aprova la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs, i s'inicia una política pública dirigida a la salut sexual amb l'objectiu general de promoure una atenció de qualitat amb serveis accessibles a la salut sexual, que contribueixin a millorar la manera com es viu la sexualitat de forma integral, autònoma, diversa, igualitària, amb plaer, responsable, saludable i respectuosa al llarg de la vida, garantint els drets sexuals i reproductius de dones i homes, amb independència de les seves opcions i orientacions sexuals i identitats de gènere.

Els objectius específics de l'atenció sexual en l'estratègia estatal són:

- Promoure una atenció en la salut sexual en els diferents àmbits assistencials basats en la qualitat, la igualtat i la visió de gènere, dins del marc dels drets sexuals i reproductius, tenint en consideració la població més vulnerable i la diversitat.

- Millorar l'accessibilitat a l'anticoncepció amb les mateixes condicions que les prestacions farmacèutiques amb finançament públic a la prevenció, el diagnòstic i el tractament d'infeccions de transmissió sexual. Així mateix, millorar el finançament i proporcionar informació, programes i serveis de salut sexual (Llei orgànica 2/2010, de 3 de març).
- Augmentar la formació dels professionals, en matèria de salut sexual, des d'un enfocament de drets, holístic i de gènere.
- Fomentar la recerca, la innovació i les bones pràctiques que puguin contribuir a la millora de qualitat en l'atenció a la salut sexual des dels enfocaments esmentats anteriorment.

L'OMS ha considerat sempre la SSIR un dels punts clau de l'atenció primària, com a element bàsic per al desenvolupament de la persona i com a factor d'influència notable en la salut global de la família i de la comunitat, en què cal atendre les necessitats de grups destinataris específics: grups amb vulnerabilitat especial, ja sigui per comportaments de risc o per dificultats en l'accés a serveis específics.

L'atenció a la SSIR comprèn:

- la salut i els drets sexuals i reproductius
- la salut maternoinfantil
- la planificació familiar i l'atenció a la infertilitat
- la prevenció i l'atenció a les infeccions de transmissió sexual (ITS) i la sida
- l'atenció a la menopausa
- el benestar emocional i la sexualitat plaent

Els esforços i les prioritats dels centres d'ASSIR tradicionalment han anat dirigits a les dones, perquè l'enfocament ha estat principalment centrat en la salut reproductiva. Però és especialment important que, des dels serveis i des dels professionals, es doni cabuda a tota la població incloent-hi els homes i totes les diversitats sexuals i de gènere, per facilitar la millora de la salut sexual i reproductiva, que és l'objectiu final del model d'ASSIR de l'ENAPISC a Catalunya.

Així, doncs, s'ha de treballar perquè els homes i, especialment, els joves se sentin inclosos dins els serveis d'ASSIR i trencar amb la idea arrelada de ser un servei d'atenció adreçat a la dona. Dins la cartera de serveis hi ha diversos tipus d'activitats que s'entenen adreçades tant a dones com a homes sobre:

- orientació i assessorament reproductiu
- planificació de la natalitat
- atenció a les infeccions de transmissió sexual i de la sida
- atenció a joves
- atenció al procés de la maternitat i la paternitat
- atenció afectiva i sexual

- atenció a la diversitat sexual
- atenció a la discapacitat funcional
- atenció a la violència masclista

El progrés en salut sexual i reproductiva requereix una confrontació amb les barreres incrustades en les lleis, les polítiques, l'economia, i en les normes i els valors socials, especialment les desigualtats de gènere, que impedeixen que les persones assolixin els seus drets sexuals i reproductius.

A Catalunya, la Llei 11/2014, del 10 d'octubre, de la Generalitat de Catalunya, garanteix els drets de lesbianes, gais, bisexuals, transgènere i intersexuals per erradicar l'homofòbia, la bifòbia i la transfòbia.

Millorarem el benestar de les persones si tenen la capacitat de prendre decisions sobre la seva pròpia vida sexual i reproductiva i respectant les decisions dels altres. Entre d'altres, el dret a controlar el propi cos, a definir la pròpia sexualitat, a triar la parella i a rebre serveis confidencials, respectuosos i d'alta qualitat.

En aquest sentit, els serveis d'ASSIR són dispositius que es troben en un espai privilegiat per poder identificar les situacions de desigualtat de gènere que determinen que en ocasions les dones no puguin exercir la seva llibertat envers la sexualitat, o la capacitat de triar parella, o el tipus de relacions sexuals que desitgen, o l'anticonceptiu que voldrien utilitzar, entre altres situacions.

Aquestes desigualtats es troben en diferents ordres de la societat i la salut sexual i reproductiva, en què les relacions de poder desigual que s'estableixen entre homes i dones poden limitar la capacitat de decisió d'aquestes o mostrar-se a través de relacions emocionals o sentimentals on s'exerceix la violència masclista en les seves diferents expressions: violència física, psicològica i/o sexual, entenent aquesta última com qualsevol pràctica sexual que sigui viscuda com a ofensiva o que passi per damunt del desig de la persona, sigui quin sigui el context. En aquests casos els serveis d'ASSIR han de fer una tasca de prevenció, detecció, orientació i atenció que permeti identificar aquestes situacions, especialment entre la població jove, dones en situació de vulnerabilitat o població immigrant per garantir els drets sexuals i reproductius de tota la població tal com es descriu en el quadre de l'OMS que es mostra a continuació.

Taula 1. Components i drets de la salut sexual i reproductiva

Salut Sexual	Drets sexuals
<p>Un estat de benestar físic, emocional, mental i social en relació amb la sexualitat; no és només l'absència de malaltia, malestar o disfunció. La salut sexual requereix una aproximació positiva i respectuosa a la sexualitat i les relacions sexuals, així com la possibilitat de tenir experiències sexuals plaents i segures, lliures de coerció, discriminació i violència. Per aconseguir i mantenir la salut sexual, els drets sexuals de totes les persones han de ser respectats, protegits i acomplerts.</p> <p>La salut sexual implica que totes les persones tenen accés a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Assessorament i cures relacionades amb la sexualitat, la identitat sexual i les relacions sexuals.• Serveis per a la prevenció i el tractament de les ITS, inclòs el VIH/sida, i altres malalties del sistema genitourinari.• Assessorament psicosexual i tractament de les disfuncions i els trastorns sexuals.• Prevenció i tractament dels càncers ginecològics.	<p>Els drets sexuals són drets humans i inclouen el dret de totes les persones, lliures de discriminació, coerció i violència a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aconseguir el nivell més alt possible de salut sexual, incloent-hi l'accés als serveis de salut sexual i reproductiva.• Buscar, rebre i impartir informació relacionada amb la sexualitat.• Rebre educació sexual comprensible i basada en l'evidència científica.• Que es respecti la seva integritat física.• Escollir la seva parella sexual.• Decidir si ser sexualment actiu o no.• Participar en relacions sexuals consensuades.• Escollir si, quan i amb qui casar-se.• Contraure matrimoni lliurement i amb total consentiment. Amb igualtat entre cònjuges durant el matrimoni i a la dissolució d'aquest.• Perseguir una vida sexual satisfactòria, segura, plaent i lliure d'estigmes i discriminació.<ul style="list-style-type: none">- • Prendre decisions de manera lliure, informada i voluntària sobre la pròpia sexualitat, l'orientació sexual i la identitat de gènere.

Font: OMS. Disponible a: www.thelancet.com (9 de maig de 2018).
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)

2.2 Antecedents

L'ordenació de l'ASSIR a Catalunya es va iniciar l'any 1990 amb la creació del Programa sanitari d'atenció a la dona (PSAD). L'any 2007, dins del Pla estratègic d'ordenació de serveis de l'atenció a la salut sexual i reproductiva (PEOASSIR) (**document adjunt 1**), el PSAD va passar a anomenar-se *Programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva* (PASSIR). El PASSIR es va crear com a estructura en forma d'unitats funcionals que donen suport als equips d'atenció primària (EAP). Els professionals sanitaris que treballen a l'ASSIR duen a terme diferents línies de servei que s'ubiquen dins de l'àmbit de l'atenció primària de salut.

El model assistencial de l'ASSIR vigent que es va definir al 2007 es resumeix en els apartats següents:

- Una cartera de serveis per a les unitats d'ASSIR, amb un protagonisme més gran dels professionals de la llevadoria en les activitats de promoció i prevenció de la salut i de diagnòstic i atenció en els processos normals i fisiològics, i més resolució dels ginecòlegs obstetres pel que fa a les activitats de diagnòstic i atenció a la patologia ginecològica i al risc obstètric.
- Una sectorització territorial (de dispositius als territoris). Es considera un àmbit territorial idoni per proveir ASSIR integrat el que contingui un servei d'obstetrícia i ginecologia hospitalàries, una unitat d'ASSIR que el tingui de referència i les ABS a les quals la unitat d'ASSIR dona suport i són un punt d'atenció.
- L'EAP com la porta d'entrada de la majoria dels problemes de salut i l'atenció continuada (urgent) s'ha d'organitzar tenint en compte la combinació de criteris de proximitat i volum de població.
- L'equip bàsic territorial integrat per professionals de ginecologia i obstetrícia i llevadoria de la unitat d'ASSIR ubicada a l'AP del territori i de l'hospital d'obstetrícia i ginecologia de referència. També formen part de l'equip altres professionals, com ara el TCAI, el personal administratiu i, en alguns casos, psicòlegs.
- La gestió clínica territorial es pot assolir amb una direcció/coordinaió única entre l'hospital i l'atenció primària formada per un ginecòleg o ginecòloga obstetres i una llevadora responsables de donar resposta a l'atenció obstètrica, ginecològica i maternoinfantil de tot el territori de referència, amb la qual cosa la resta de professionals de l'equip en depenen de manera funcional o orgànica.

- Els criteris de planificació de recursos humans per dur a terme les activitats de les línies de servei de la cartera han de considerar el volum de població diana per a cada activitat, el temps aproximat dedicat per cada professional i la dispersió geogràfica.

Actualment, segons el Catsalut, hi ha 48 unitats d'ASSIR a Catalunya, el 75,6% dels quals estan gestionats per l'Institut Català de la Salut. Hi ha 43 hospitals maternoinfantils i dos que donen atenció exclusivament ginecològica. El grau de satisfacció i de fidelització és bona, amb una mitjana de 8,3 i del 83%, respectivament, segons dades del PLAENSA de 2016.

Actualment hi ha dos models organitzatius d'ASSIR diferenciats:

1. Model per a l'atenció primària
2. Model integrat a l'hospital

De cada model s'han identificat punts forts, febles i de millora.

La primera **cartera de serveis** en ASSIR data de juny de 1997. Al 2007, en el marc del PEOASSIR, es va definir la cartera de serveis vigent actualment. Al 2007 es va potenciar el desenvolupament de les activitats de les diferents línies de servei per professionals amb competència. El personal d'obstetrícia/ginecologia (OG) duu a terme, principalment, activitats de diagnòstic i atenció a la patologia i al risc obstètric i ginecològic, i les llevadores focalitzen la seva activitat, primordialment, cap a la promoció i la prevenció de la salut i en el diagnòstic i l'atenció als processos fisiològics i la patologia de complexitat baixa.

La cartera de serveis vigent inclou els serveis de promoció de la salut, la prevenció individual i col·lectiva, l'assistència i la rehabilitació, i s'organitza en l'atenció programada, la continuada i la urgent, a la consulta o al domicili. S'intenta preservar en tot moment el contínuum assistencial en tots els processos esmentats abans tant en l'àmbit dels EAP com en el de l'atenció hospitalària.

Durant els anys 2016 i 2017 es va fer una anàlisi de la situació actual de les unitats d'ASSIR: se'n van visitar 28 i es va fer una jornada participativa amb professionals dels diferents nivells assistencials i diversos representants d'associacions de dones usuàries. Les conclusions principals d'aquesta anàlisi van ser:

- El model organitzatiu, el de gestió de recursos i la ubicació física és dissemblant a tot el territori.
- No es disposa d'un conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) de l'ASSIR, fet que dificulta la planificació i l'avaluació de l'activitat d'ASSIR.

- S'identifiquen noves prestacions no especificades a la cartera de serveis vigent.
- Hi ha serveis inclosos a la cartera actual que han quedat obsolets.
- Hi ha heterogeneïtat en la provisió i el desplegament de la cartera en les diferents unitats d'ASSIR analitzades, cosa que potencia la iniquitat territorial.
- Es constata la dificultat de l'accés als serveis d'ASSIR de determinats col·lectius.

L'ENAPISC ens ofereix l'oportunitat de reordenar l'ASSIR integrada en la XAP, amb l'objectiu de reforçar l'atenció integral de la salut afectiva i sexual i reproductiva centrada en la persona i de potenciar una qualitat elevada de la provisió, fent que l'ASSIR sigui més resolutiva i amb una coordinació real entre els diferents nivells assistencials i la comunitat. Reordenar els diferents models actuals d'ASSIR requereix esforç i temps per parts dels diferents actors implicats, s'haurà de dur a terme de forma progressiva al territori.

2.3 Visió i objectius del model

L'ASSIR es basa en els drets sexuals i reproductius i té com a finalitat assegurar a la població el desenvolupament i el manteniment d'una sexualitat saludable, garantir una atenció sanitària integral durant els processos fisiològics de la persona, i una atenció eficaç davant els processos patològics.

Per tot això es defineix un model:

- Que sigui dinàmic, fruit de les avaluacions, de les necessitats detectades i del consens entre els professionals, la ciutadania i l'Administració sanitària catalana.
- Que es desenvolupi sota un únic model assistencial territorial que minimitzi les possibles iniquitats derivades de l'heterogeneïtat de models que s'ha detectat en l'actualitat.
- Que estigui centrat en les persones i en la comunitat, que en promogui la participació en el procés de decisió de l'atenció que desitgen, basant-se en una informació adequada i preveient els criteris de qualitat i seguretat necessaris.
- Que respecti la privacitat, la dignitat, la confidencialitat, la diversitat cultural, la diversitat funcional i les diferents expressions de la sexualitat de cada persona, incorporant la visió de gènere en les seves actuacions i establint estratègies proactives de cara als col·lectius amb situacions de vulnerabilitat.
- Que l'atenció es trobi propera al punt on es generi la demanda, que sigui fàcil accedir-hi.

- Que proporcioni una atenció de primer nivell resolutive i coordinada amb els diferents elements integrants de la XAP i l'hospital, amb una visió compartida entre els diferents nivells assistencials.
- Que garanteixi el treball multidisciplinari en xarxa a tot el territori.
- Que tingui un nivell òptim de qualitat d'atenció, mitjançant l'actualització dinàmica de la cartera de serveis d'acord amb els avenços dels coneixements.
- Que es dotin amb recursos humans i físics adequats les ràtios de professionals i població. S'haurien d'adequar els equipaments i les infraestructures a la cartera de serveis establerta per donar resposta a les demandes de la població assignada i a les necessitats dels professionals i millorar la capacitat resolutive de l'ASSIR.
- Que sigui sostenible, tenint present els criteris de cost-benefici, cost-efectivitat i cost-oportunitat.
- Que incentivi el desenvolupament professional, fomentant-ne la participació, garantint unes condicions laborals òptimes i proporcionant una formació per a una actualització constant de la capacitat i el coneixement dels professionals.
- Que inclogui la recerca, la innovació i la docència com un marc fonamental que representi els valors essencials per millorar la salut dels ciutadans, incrementant la seva qualitat per garantir l'excel·lència del sistema.
- Que disposi d'un sistema d'informació únic, que millori la interoperabilitat entre els diferents sistemes d'informació presents al territori.
- Que avaluï periòdicament l'efectivitat, l'eficiència i l'equitat del model amb indicadors consensuats.

2.4 El nou model

2.4.1 Model organitzatiu

El model organitzatiu de l'ASSIR és un model centrat en la persona, de proximitat, de qualitat i resolutive. Està dotat dels recursos i els equipaments adequats que permeten poder resoldre la majoria de procediments diagnòstics, terapèutics i mèdics, així com de cirurgia menor ambulatoria. La gestió dels serveis d'ASSIR es duu a terme des de l'atenció primària. Aquest model ha de ser flexible a les característiques específiques dels territoris, però ha de respectar sempre la filosofia del model.

2.4.2 Població diana

Dones i homes des dels 10 anys en endavant. Es tria l'edat de 10 anys a partir de la definició de l'OMS d'*adolescència*¹.

Cada línia de servei de l'ASSIR té la seva població diana específica. L'atenció als homes està basada a la demandes que estiguin relacionades amb l'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva, proporcionant als professionals formació específica si escau (consell sexual, identitat de gènere, consell reproductiu, paternitat, prevenció de ITS). No es planteja fer una cartera de serveis específica per homes.

2.4.3 Model d'atenció centrada en la persona

Un dels eixos definitoris de l'ENAPISC és garantir l'atenció centrada en la persona a partir del model biopsicosocial, que promogui el respecte per la seva dignitat i autonomia. Tenint present el context sanitari, epidemiològic, econòmic i demogràfic actual, cal que el nostre model es reorganitzi i emprengui accions adreçades a la prevenció, la promoció i l'atenció amb una visió comunitària i poblacional.

Aquest canvi de paradigma afecta:

- El disseny i la planificació dels serveis d'ASSIR i la resta d'elements de la XAP.
- L'atenció i la praxi dels professionals.

El model d'atenció integral centrada en la persona (ACP) de l'ASSIR consisteix a acompanyar, atendre, protegir, interactuar, coordinar i oferir les millors cures i propostes d'atenció a fi de desenvolupar una intervenció professional de qualitat que contribueixi al benestar de les persones, i augmentar-ne la qualitat de vida i l'autocura, amb una participació proactiva de tots els actors implicats:

- **Ciudadania:** persones informades i apoderades que puguin prendre decisions compartides d'acord amb les seves preferències, coneixements, drets i valors per aconseguir millores en tots els àmbits de la qualitat de vida i el benestar de la persona.
- **Professionals:** professionals amb els coneixements, les habilitats, les actituds i la mentalitat oberta per treballar de manera compartida, per esdevenir assessors que aporten coneixements experts. En aquest nou paradigma de l'ACP els professionals han d'esdevenir:
 - o Facilitadors i acompanyants en la presa de decisions.

¹ http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

- Detectores i identificadors de les necessitats de la persona i del seu entorn familiar i relacional.
 - Referents. Coordinats amb altres professionals en funció del procés assistencial en què es trobi la persona.
 - Afavoridors de la participació de les persones en les xarxes comunitàries per promoure el benestar i els hàbits saludables i prevenir la malaltia, i detectors precoços de situacions de risc i vulnerabilitat.
- **Organització.** El nou model d'ASSIR de l'ENAPISC promou la participació, el disseny i la prestació de serveis en concordança amb l'ACP. Ha d'incorporar noves formes de treball en l'atenció habitual que garanteixin la flexibilitat de cada territori en funció de les seves característiques específiques, l'autonomia de gestió i les estratègies específiques adreçades a aquesta finalitat.

Intrínsecament relacionat amb l'ACP està el concepte de **longitudinalitat** el qual s'entén com la relació personal de la persona usuària amb el/la professional, a través del temps i amb independència dels problemes de salut. La continuïtat està relacionada amb el seguiment d'un episodi de malaltia específic i la relació personal professional-usuari/a que es dona en d'aquesta patologia i mentre duri la mateixa. La longitudinalitat/continuïtat en l'atenció és considera un element fonamental de qualitat en l'atenció, ja que influeix tant en el procés (interaccions entre usuaris i serveis) com en els resultats de l'atenció, a més, té un impacte en els resultats sanitaris, com ara la prevenció o la reducció de les alteracions físiques, mentals i socials, augmenta la satisfacció de les persones usuàries i a més, disminueix la despesa sanitària. Afavorir la longitudinalitat i la continuïtat en l'atenció també proporciona una major satisfacció dels professionals.

La posada en marxa del model d'ACP de l'ASSIR implica:

- El treball conjunt entre els diferents professionals de l'ASSIR, la resta d'integrants de la XAP i els agents que atenen les persones, els cuidadors i les famílies per garantir una valoració integral.
- Una planificació proactiva que prioritzi els aspectes fonamentals de la persona i els que causen més malestar.
- Disposar de professionals referents, accessibles que assegurin una pràctica compartida i col·laborativa amb la resta d'elements de la XAP i els diferents àmbits assistencials.

2.4.4 Direcció de servei de l'ASSIR

És molt important que la nova orientació assistencial i organitzativa que planteja el model d'atenció proposat tingui el compromís institucional i dels equips directius. L'ASSIR ha de disposar d'una direcció específica amb autonomia de gestió i que depengui organitzativament i pel que fa a gestió de l'atenció primària, que vetlli per l'equitat de la cartera de serveis i compleixi les directrius definides en aquest document i en els diferents dispositius d'ASSIR de les XAP d'un mateix entorn territorial.

Aquesta direcció, dins el marc de l'ENAPISC, ha de ser participativa, ha d'impulsar el creixement professional i afavorir la qualitat de l'atenció, posant en el centre les persones i la comunitat a les quals es presta l'atenció i els professionals que la fan possible.

Els professionals que integrin l'equip directiu de l'ASSIR han de tenir un perfil clínic i gestor i el seu procés de selecció ha de ser participat dins de l'àmbit de l'atenció primària. Aquest model s'allunya de les direccions jeràrquiques i prioritza direccions basades en objectius pactats, valors, capacitats, consens i lideratge.

Es proposa un model de codirecció més innovador i participatiu, compost per una llevadora i un ginecòleg o ginecòloga obstetres, on el lideratge clínic és fonamental. Aquest model de gestió permet assegurar la continuïtat dels projectes, aportant talents complementaris que sumen fortaleses, que han de contribuir al creixement de l'organització.

En la codirecció no es tracta de compartir el lloc i les mateixes responsabilitats, sinó que aquestes han de tenir el mateix pes en l'organització, basant-se en la capacitat i l'estil de cada líder, amb el respecte mutu, la confiança, la comunicació, la col·laboració i el treball en equip. És imprescindible que les responsabilitats dins de la codirecció quedin ben definides i que permetin assolir els objectius de la XAP.

Una de les prioritats d'aquests líders ha de ser comptar amb professionals implicats i satisfets i contribuir d'aquesta manera al compromís racional i emocional dels professionals, construint equips basats en la confiança i el respecte mutu. A més, cal un lideratge que treballi pel bé de l'equip i que obri noves perspectives en l'atenció a les persones.

La direcció de l'ASSIR ha de coordinar-se de forma efectiva amb els diferents elements de la XAP, l'hospital i els actius comunitaris del territori; amb aquesta finalitat es garanteixen recursos i espais de coordinació, gestió i planificació entre els diferents nivells directius i de gestió.

2.4.5 Organització de l'equip d'ASSIR

Integrants de l'equip d'ASSIR

L'equip del servei d'ASSIR està compost per personal de llevadora, ginecologia i obstetrícia, personal tècnic en cures auxiliars d'infermeria (TCAI) i personal de gestió i serveis (GIS).

Els equips professionals de l'ASSIR s'han d'organitzar perquè l'execució de les activitats entre els professionals integrants es distribueixi buscant la relació més beneficiosa entre la competència professional i el cost derivat del servei, és a dir, tenint en compte el criteri de preferència. Amb aquesta finalitat, l'activitat de llevadora es focalitza principalment en aspectes de prevenció i promoció de la salut i en l'atenció i el diagnòstic dels processos normals i fisiològics i atenció a la patologia de complexitat baixa. L'activitat de ginecologia i obstetrícia és, principalment, de diagnòstic i atenció a la patologia i alt risc obstètric i ginecològic, i finalment, el personal TCAI i de GIS han d'assumir tasques de suport assistencial i administratives, respectivament.

Partim d'un model en què el 54% de les unitats d'ASSIR disposaven de suport per a l'atenció a la salut mental amb atenció psicològica. Aquest suport eren professionals externs a través d'una unitat funcional de salut mental al territori que donava cobertura específica a l'ASSIR o amb professionals psicòlegs propis de la unitat d'ASSIR. L'altre 46% de les unitats d'ASSIR no tenien suport específic de salut mental.

L'ENAPISC vol trencar amb aquesta iniquitat proposant un canvi efectiu en el qual tots els dispositius de la XAP girin entorn de les necessitats de les persones i de la comunitat i requereix la interrelació entre tots i cadascun dels serveis per a la planificació compartida de tota l'activitat assistencial des de la promoció i la prevenció fins a la detecció i l'atenció a la persona.

La unitat d'ASSIR ha de donar una resposta coordinada a la necessitat d'atenció a la salut mental dins dels processos de salut sexual i reproductiva. Per això, els serveis de salut mental i addiccions que formen part de la XAP han de garantir el compliment de l'atenció en salut mental de la cartera de serveis que inclou l'ASSIR. El paper dels professionals de la psicologia és cabdal per poder respondre a les necessitats d'atenció psicològica. Aquests professionals han de tenir les aptituds i la formació adequada per donar resposta a aquestes necessitats específiques de l'ASSIR i, per aquest motiu, és fonamental la vinculació funcional i en l'equip d'ASSIR d'aquests professionals.

Habilitats professionals

Un dels principals eixos del model d'ASSIR de l'ENAPISC és l'atenció centrada en la persona. Malgrat que aquest marc ja fa temps que està impregnat en els professionals, cal que esdevingui un canvi real i generalitzat i es tradueixi en un canvi efectiu en la praxi dels professionals. Els professionals de l'ASSIR de l'ENAPISC han de tenir els coneixements experts (perfil clínic) actualitzats, les habilitats, les actituds i la mentalitat per treballar de manera compartida. Han de

detectar i identificar les necessitats de la persona i el seu entorn, facilitant la presa de decisions i acompanyant-la en aquest procés. En definitiva, han de ser referents de la persona en tots els processos clau en què es requereixi.

Els professionals de l'ASSIR de l'ENAPISC han de tenir present els agents comunitaris del territori per afavorir la participació de les persones en les xarxes comunitàries per promoure el benestar i els hàbits saludables i prevenir la malaltia; així mateix, han d'esdevenir detectors precoços de situacions de risc i vulnerabilitat.

El nou model d'ASSIR de l'ENAPISC preveu l'assistència, la recerca, la innovació i la docència com un marc fonamental que representi els valors essencials per millorar la salut dels ciutadans, incrementant la seva qualitat per garantir l'excel·lència del sistema. Per aconseguir-ho, es necessiten professionals amb habilitats en aquestes vessants.

La pràctica clínica representa el nucli en el qual adquireix significat la pràctica docent i la recerca.

La pràctica docent s'ha d'entendre com un conjunt d'activitats que es desenvolupen per arribar a objectius com ara: assessorar persones, famílies i comunitats des de l'actitud proactiva, d'escolta i a través de l'entrevista motivacional, amb la finalitat que assoleixin el nivell més alt de salut possible. Els professionals de l'ASSIR de l'ENAPISC han de participar en el desenvolupament dels programes educatius en matèria de salut sexual i reproductiva als diferents grups de la comunitat. Per al desenvolupament correcte d'aquestes intervencions educatives calen estratègies didàctiques i docents que permetin a les persones participants aprenentatges específics, modificacions de comportaments, canvis en la manera de tenir cura de la seva salut, reflexió i apoderament de les persones.

Per tot el que s'ha explicat anteriorment, els professionals de l'ASSIR de l'ENAPISC han d'estar formats en habilitats personals, socials i de metodologies pedagògiques i d'investigació. Les direccions dels equips i de la mateixa XAP han de vetllar perquè això sigui possible.

Adequació dels professionals.

El desenvolupament del model d'ASSIR de l'ENAPISC implica:

- Dotar amb recursos humans i físics per adequar les ràtios de professionals i població assignada.
- Incentivar el desenvolupament professional, fomentant-ne la participació, garantint unes condicions laborals òptimes i proporcionant una formació per a una actualització constant de la capacitat i el coneixement dels professionals.

Per a la consecució d'aquests punts és imprescindible la implicació activa de l'Administració sanitària per:

- Adequar la necessitat de professionals en el territori.
- Facilitar noves fórmules de contractació que garanteixin la cobertura de necessitats de professionals (contractació per mitjà de diverses entitats proveïdores, contractes amb visió territorial, altres formes de contractació innovadores...).
- Millorar les condicions laborals i econòmiques dels professionals de la sanitat pública que facin més atractiva aquesta opció professional.
- Potenciar una política de formació d'especialistes més adequada a les necessitats actuals i futures.

2.4.6 Relació amb la resta dels serveis de la XAP

Les XAP són sistemes integrats d'equips de professionals assistencials que centren el seu treball en les persones i la comunitat. Els EAP actuen com un nucli que interactua amb altres equips de professionals i dispositius del mateix territori (nou sector sanitari) amb la finalitat d'oferir uns serveis integrats i ajustats a cada necessitat, construint territorialment un veritable sistema d'atenció integrada. Les XAP són el nou perímetre de l'atenció primària i la salut comunitària i, per això, s'estructuren a partir de la coordinació i la integració dels serveis de salut que actuen en el mateix àmbit territorial: EAP, ASSIR, salut mental i addiccions, treball social, rehabilitació, pediatria etc., amb l'objectiu d'impulsar una atenció integrada i centrada en la persona, que millori la integració de serveis i en redueixi la fragmentació. Això requereix la interrelació obligada entre tots i cadascun dels serveis integrants de la XAP.

Amb aquesta finalitat s'han de:

- Pactar objectius i línies d'actuació comunes.
- Consensuar protocols i guies clíniques d'actuació.
- Definir i pactar circuits de derivació.
- Compartir la recerca, la innovació, la docència i la formació.
- Designar els referents professionals per facilitar la comunicació, i fer-ne difusió.
- Crear espais virtuals i presencials de comunicació: consultes virtuals, sessions clíniques conjuntes.

Amb relació als dos últims punts, els serveis integrants de la XAP hauran d'utilitzar les vies establertes (correu electrònic, telèfon, consulta electrònica...)

o crear-ne de noves per a la valoració i l'avaluació conjunta de les necessitats en la salut sexual i reproductiva dels casos que necessitin un abordatge interdisciplinari i fer una planificació conjunta de l'atenció que se'n derivi, sempre comptant amb la persona i la seva família. En aquesta línia, l'ENAPISC preveu crear els espais PIAC. Són espais de comunicació i consultes compartides, que han d'incorporar: ASSIR, EAP, salut mental, pediatria, treball social i atenció continuada i urgent i els serveis que siguin necessaris per a la interconsulta, l'anàlisi de la demanda i la gestió conjunta del cas. La periodicitat haurà de ser fixa (setmanal, quinzenal, mensual...) en funció de la particularitat del territori, però preveient la necessitat que sigui activable si escau.

2.4.7 Relació amb l'hospital

El model ASSIR centrat en l'AP necessita una coordinació i una col·laboració efectiva amb l'hospital de referència per assegurar un bon sistema de derivació, garantir la continuïtat assistencial, unificar criteris assistencials i potenciar el treball multidisciplinari per oferir una atenció òptima, sostenible i adaptada a les necessitats de la persona tenint present les singularitats de cada territori. Amb aquesta finalitat s'han de planificar reunions executives entre la direcció de l'ASSIR i la direcció del servei obstetrícia i ginecologia de l'hospital de referència amb l'objectiu de:

- Pactar objectius comuns.
- Consensuar protocols i guies clíniques d'actuació.
- Definir i pactar circuits de derivació.
- Designar referents professionals per facilitar la comunicació.
- Garantir la comunicació entre nivells.
- Crear espais virtuals i presencials de comunicació: consultes virtuals, sessions clíniques conjuntes.
- Millorar la interoperabilitat dels sistemes d'informació.
- Compartir la recerca, la innovació, la docència i la formació entre nivells.

3 La cartera de serveis en l'atenció sexual i reproductiva a l'atenció primària

La primera cartera de serveis en ASSIR data de l'any 1997, quan un grup de professionals de l'Institut Català de la Salut i del CatSalut van definir el conjunt d'intervencions que s'havien d'incloure dins d'aquesta prestació assistencial. Deu anys més tard, al 2007, emmarcada en el PEOASSIR, es fa una actualització de la cartera seguint criteris d'evidència científica, criteris de subsidiarietat i de cost- benefici. La distribució de les competències entre professionals segueix el principi de preferència. En cada activitat és un professional o un altre qui ha d'executar el servei en primer terme. En aquest sentit, el personal de llevadora té definits els seus nivells de competència en activitats de promoció, de prevenció de la salut, de diagnòstic i d'atenció en els processos normals fisiològics i patològics de complexitat baixa; els ginecòlegs, en les activitats de diagnòstic, d'atenció a la patologia i d'alt risc obstètric.

Aquest document té com a objectiu actualitzar la cartera de serveis de les unitats d'ASSIR d'acord amb l'evidència científica, les noves demandes socials, sanitàries i dels professionals, respectant la privacitat, la dignitat, la confidencialitat, la diversitat cultural i les diferents expressions de la sexualitat de cada persona. Incorpora, així mateix, la visió de gènere en les diferents actuacions i estableix estratègies proactives de cara als col·lectius amb situació de vulnerabilitat.

Taula 2. Resum de la cartera de serveis de l'ASSIR

Activitat assistencial*	Qui***	On
Atenció a joves		
Consell afectiu sexual	Activitat comunitària: la llevadora dona suport als infermers en el programa "Salut i escola",** si cal. Espai jove: llevadora. Complexitat i patologia: ginecòlegs obstetres.	Centres d'ASSIR, escoles, centres específics d'atenció a joves
Consell reproductiu: consell contraceptiu, consell preconcepcional, prevenció de comportaments de risc		
Consell sobre infeccions de transmissió sexual		
Prevenció del càncer de coll uterí		
Atenció a la patologia ginecològica		
Educació afectiva sexual grupal		
Consell reproductiu / atenció de mètodes contraceptius		
Consell afectiu sexual	Llevadora	Centres d'ASSIR
Consell contraceptiu		
Consell preconcepcional		
Consell sobre infeccions de transmissió sexual	Psicòleg: atenció, si cal.	
Consell de dificultats en la	Ginecòlegs obstetres	

fertilitat			
Mètodes de barrera	Llevadora		
Mètodes hormonals, mecànics, LARC, definitius	Ginecòlegs obstetres i llevadora		Centres d'ASSIR, hospitals
Informació i assessorament sobre la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) IVE farmacològica	Llevadora, ginecòlegs obstetres		Centres d'ASSIR
Atenció maternoinfantil (MI): control i seguiment de l'embaràs			
Classificació del risc	Llevadora professional		Centres d'ASSIR
Control i seguiment d'embaràs normal, de baix risc i de risc mitjà	referent, col·laboració de ginecòlegs obstetres	Psicòleg: atenció, si cal.	
Control i seguiment d'embaràs d'alt risc	Ginecòlegs obstetres i llevadora		
Control i seguiment d'embaràs de risc molt alt	Servei MI de l'hospital de referència		Hospitals
Ecografia obstètrica	Ginecòlegs obstetres		Centres d'ASSIR, hospitals
Atenció MI: diagnòstic prenatal			
Consell assistit i sol·licitud de proves	Llevadora	Psicòleg: atenció, si cal.	Centres d'ASSIR Ecografies: centres d'ASSIR, hospitals Test d'ADN fetal i proves invasives: centres d'ASSIR o hospitals MI
Informació de resultats	Llevadora / ginecòlegs obstetres		
Assessorament i control de la patologia	Ginecòlegs obstetres		
Ecografies i realització de proves especials i invasives	Ginecòlegs obstetres		
Atenció MI: educació maternal			
Educació maternal (grupal)	Llevadora		Centres d'ASSIR. Altres locals de la comunitat
Atenció MI: atenció al puerperi			
Atenció al domicili	Llevadora en coordinació amb personal d'infermeria de l'EAP		Centres d'ASSIR.
Atenció a la consulta	per al Programa del nen sa.		L'educació grupal també en altres locals de la comunitat i visita precoç al domicili de la dona.
Atenció grupal	Suport d'altres professionals, segons el cas.		
Revisió postpart			
Prevenició del càncer de coll uterí			
Cribatge del càncer de coll d'úter (dones de 25 a 65 anys)	Llevadora amb la col·laboració de ginecòlegs obstetres per patologia		Centres d'ASSIR
Prevenició del càncer de mama			
Suport al cribatge poblacional de càncer de mama (dones de 50 a 69 anys. Mamografia cada dos anys)	Llevadora: informació		Centres d'ASSIR, oficina de cribatge
Cribatge oportunista coordinat amb l'oficina de cribatge	Ginecòlegs obstetres		Centres d'ASSIR
Infecions de transmissió sexual			

Prevenció d'ITS, VIH/SIDA	Llevadora	Suport d'un especialista en psicologia, si cal	Centres d'ASSIR
Diagnòstic, tractament i seguiment d'ITS, VIH/SIDA	Ginecòlegs obstetres i llevadora		
Patologia ginecològica			
Atenció a la patologia de l'aparell genital i de la mama	El ginecòleg o la ginecòloga obstetre farà el diagnòstic i el seguiment de la patologia.		Centres d'ASSIR, hospital
Atenció a la demanda d'esterilitat, estudi previ i tractament	En l'atenció del sòl pelvià i la incontinència d'orina, depenent de la causa, intervindran també un uròleg, un llevadora, un infermer i un fisioterapeuta.		
Atenció als trastorns de sòl pelvià i incontinència d'orina	Llevadora: atenció a la patologia ginecològica de baixa complexitat.		
Atenció al climateri simptomàtic			
Atenció a la patologia disfuncional, trastorns dolorosos i endometriosis no severa			
Seguiment de la patologia oncològica			
Atenció a la patologia cervical i endometrial			
Procediments en el diagnòstic i el tractament amb tècniques de cirurgia menor ambulatoria: ecografia ginecològica, bisturí elèctric, nansa diatèrmica, histeroscòpia, làser de CO ₂	Ginecòlegs obstetres		Centres d'ASSIR, hospitals
Atenció a la demanda urgent			
Atenció a les demandes susceptibles de ser ateses en menys de 72 hores	Llevadora. Ginecòlegs obstetres		Centres d'ASSIR, hospitals
Activitat comunitària a persones adultes			
Educació afectiva sexual (grupal), educació i suport a la menopausa (grupal), prevenció i reeducació del sòl pelvià, altres grups comunitaris	Llevadora. Suport d'un especialista en psicologia, si cal.		Centres d'ASSIR, associacions, altres espais comunitaris
Atenció a les víctimes de violència masclista			
Prevenció, valoració i atenció a la dona	Llevadora. Ginecòlegs obstetres. Suport d'un psicòleg, si cal.		Centres d'ASSIR
Atenció a la diversitat sexual			
Acompanyament, assessorament i atenció a les persones	Llevadora. Ginecòlegs obstetres. Suport d'un especialista en psicologia, si cal.		Centres d'ASSIR, unitats per a persones transgènere
Atenció a la diversitat funcional			
Promoció de la salut, prevenció i seguiment de l'embaràs i el puerperi, diagnòstic i tractament de patologies	Llevadora. Ginecòlegs obstetres. Suport d'un especialista en psicologia, si cal.		Centres d'ASSIR
Atenció domiciliària			

Atenció embaràs, puerperi, patologia obstetricoginecològica	Llevadora. Ginecòlegs obstetres. Suport d'un psicòleg, si cal.	Domicili
Atenció psicològica en salut sexual i reproductiva		
Atenció a problemes relacionats amb la sexualitat, amb la diversitat sexual, amb problemes de violència relacionats amb la salut sexual i reproductiva, amb problemes relacionats amb la ginecologia, l'obstetrícia i les ITS, amb problemes relacionats amb la salut mental perinatal, amb problemes amb la contracepció, amb problemes psicològics, socials i familiars relacionats amb la salut sexual i reproductiva	Llevadora. Ginecòlegs obstetres. Professionals del servei de salut mental i addiccions.	Centres d'ASSIR

* Totes aquestes activitats s'han de dur a terme en coordinació amb l'EAP.

** El personal d'infermeria de l'EAP és el responsable del programa "Salut i escola".

*** L'auxiliar d'infermeria ha de donar suport a la consulta.

Es manté el principi de preferència en la distribució de les competències entre professionals i s'adapta a les noves competències dels mateixos professionals.

Finalment, cal esmentar que la cartera de serveis és dinàmica. S'ha d'anar actualitzant i adaptant als nous coneixements científics i a l'establiment de noves competències professionals.

Taula 3. Nivells de competència dels professionals

Professionals del servei d'ASSIR	Nivells de competència
Llevadores	<ul style="list-style-type: none"> - Assessorament i atenció a la salut sexual i reproductiva (<i>Assessorament afectiu i sexual, Assessorament preconcepcional, Orientació i i assessorament davant la demanda d'IVE, Assessorament i atenció en les dificultats en la fertilitat, Atenció i seguiment dels mètodes contraceptius</i>) - Assessorament i atenció a l'embaràs i al puerperi - Assessorament i atenció a les ITS - Prevenció i cribatge del càncer de cèrvix i de mama - Diagnòstic i atenció a la patologia ginecològica menor - Atenció comunitària
Ginecòlegs obstetres	<ul style="list-style-type: none"> - Assessorament i atenció a la salut sexual i reproductiva (<i>Assessorament afectiu i sexual, Assessorament preconcepcional, Orientació i i assessorament davant la demanda d'IVE, Assessorament i atenció en les dificultats en la fertilitat, Atenció i seguiment dels mètodes contraceptius</i>) - Assessorament i atenció a les ITS - Prevenció i cribatge del càncer de cèrvix i de mama - Diagnòstic i atenció a la patologia ginecològica - Assessorament i atenció en cas d'alt risc obstètric - Cirurgia menor ambulatoria

GIS	- Informació i atenció als usuaris - Referent per a processos administratius
TCAI	- Suport a les consultes - Informació i atenció als usuaris

Elements de la cartera:

3.1 Educació per a la salut

L'educació per a la salut, per la seva incidència en els determinants de la salut, es considera una pràctica de suport a les estratègies de promoció de la salut i, per extensió, a les polítiques de salut pública. L'*educació per a la salut* s'ha definit com qualsevol combinació d'experiències d'aprenentatge dissenyades per facilitar el comportament que condueix a la salut.

En aquest sentit, l'objectiu és proporcionar el nivell més alt de salut possible a les persones, les famílies i les comunitats a través de l'educació individual i la participació en el desenvolupament i la implementació dels programes educatius en matèria de salut sexual i reproductiva als diferents grups de la comunitat. De manera individual, l'educació per a la salut permet que la persona participi activament en el procés de decisió del tractament o l'actuació assistencial: decisions compartides, on es vol fugir de models paternalistes i purament informatius.

ACTIVITATS: les activitats informatives i educatives són una activitat més que els professionals han d'incloure en la cartera de serveis. La informació i l'educació s'integra en cada visita dins del procés d'atenció. Les activitats educatives tenen l'objectiu d'aportar coneixements, habilitats, actituds i valors que afavoreixen la responsabilitat de la població en la salut afectiva i sexual i reproductiva. L'activitat educativa grupal (joves i adults) que fa referència a l'educació maternal, a grups postpart, a l'educació afectiva i sexual, sobre el sòl pelvià i la menopausa s'especifiquen més endavant. Les intervencions grupals impliquen afavorir de manera integral el desenvolupament dels aspectes actitudinals, emocionals, comportamentals i cognitius de les persones que participen en aquestes activitats.

ON I QUAN: les activitats informatives s'han de fer:

- A la consulta individual, als centres de salut.
- A les sessions de grup, als centres de salut o altres espais comunitaris.
- Als espais de joves, amb material informatiu (escoles, discoteques, bars, centres municipals, etc.).
- Als mitjans de comunicació: ràdio, revistes, televisió.

- Mitjançant webs i xarxes socials institucionals.
- Mitjançant el programa "Salut i escola".
- A 061 CatSalut Respon.
- A entitats i associacions locals relacionades amb l'àmbit de la salut.

Perquè els professionals desenvolupin correctament aquestes intervencions educatives calen estratègies didàctiques i docents que permetin a les persones participants aprenentatges específics, modificació de comportaments, canvis en la manera de tenir cura de la seva salut, reflexió i apoderament de les persones.

QUI: tots els professionals de l'ASSIR en el seu àmbit d'actuació. En aquest tipus de treball educatiu el professional exerceix un paper de facilitació, d'ajuda i de suport i cal tenir molt en compte els comportaments en salut de les persones que són sensibles a les circumstàncies socioeconòmiques i culturals de l'entorn i tenen factors ambientals com a determinants principals, com ara: les condicions de vida, els models socioculturals, l'entorn proper o factors personals.

El rol educatiu ha d'estar basat en l'ajuda, la facilitació i el suport, més que en la tasca d'expert. En aquest sentit, les relacions que s'estableixen entre el professional educador i la persona participant en el procés d'aprenentatge ha de ser d'igualtat. D'aquesta manera es poden crear climes de relació interpersonal en què la persona dinamitzadora del procés d'aprenentatge aborda l'acceptació, la flexibilitat i la proximitat. Per això, els professionals han d'estar formats en habilitats personals, relacionals i de control de metodologies pedagògiques.

3.2 Assessorament i atenció als joves

Es considera essencial una millora pel que fa a l'atenció sexual i reproductiva dels joves, fent èmfasi en la necessitat de canviar el concepte de *risc* (patogènesi) cap a *salutogènesi*, oferint una cartera de serveis que disposi de les possibilitats d'una atenció immediata i multidisciplinària dels diferents agents de la comunitat. Cal seguir aprofundint en l'estudi de nous models ja presents a Europa, i adaptant el model actual d'ASSIR als joves dins del sistema públic de salut amb centres de referència multidisciplinaris en el territori exclusivament per a ells, per abordar la seva salut des d'un punt de vista no només mèdic, sinó també biopsicosocial.

En aquest sentit, caldria una millor coordinació i formació amb els professionals del programa "Salut i escola", en què s'hauria d'obtenir, idealment, una situació en la qual les competències en la salut sexual i reproductiva fos una part del currículum que cal treballar en l'ensenyament obligatori. Són prioritàries les

intervencions amb pares i mares i mestres, així com la contribució dels professionals en el seguiment i el consell de webs institucionals específiques i dirigides a joves.

Població diana: JOVES: s'atendrà la salut de dones i homes menors de 25 anys. No es considera un límit d'edat inferior quant a l'atenció a la salut sexual i reproductiva. La població diana de tot el model d'ASSIR es considera de manera orientativa a partir dels 10 anys (edat d'inici de l'adolescència segons l'OMS). Així, la població diana coincideix fins als 14 anys amb el programa "Infància amb salut" i fins als 18 amb el programa "Salut i escola" (vegeu la guia del programa "Salut i escola"),² la qual cosa obligarà a coordinar i a consensuar les activitats amb els professionals referents d'ambdós programes a la XAP.

Objectius específics de la cartera de serveis quant a l'atenció sexual i reproductiva en joves:

- a) Millorar l'accessibilitat dels joves a l'ASSIR i als diferents mètodes contraceptius.
- b) Aconseguir la formació específica dels professionals de l'ASSIR.
- c) Millorar la coordinació amb els altres recursos de la comunitat.
- d) Millorar l'atenció a la diversitat sexual.
- e) Millorar l'atenció a la diversitat funcional.
- f) Millorar específicament la coordinació amb els professionals del programa "Salut i escola", així com la seva implementació.
- g) Actuar d'acord amb el marc jurídic vigent, vetllant pel dret a la cura dels pares i/o els tutors legals i pel dret a la informació com a responsables dels joves, però tenint en compte la maduresa del menor en cada activitat i dret sexual i reproductiu, també el dret a la privacitat quan així es requereixi.

ACTIVITATS:

- Assessorament i educació afectiva i sexual.
- Assessorament i atenció a les ITS.
- Assessorament reproductiu: assessorament i atenció a la contracepció, consell preconcepcional, assessorament i acompanyament davant la demanda d'IVE.

² http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/infancia-i-adolescencia/03salut-i-escola/guia-implementacio-salutescola.pdf

- Atenció a la patologia ginecològica.
- Activitats comunitàries, grupals, preventives i de promoció de la salut.
- Prevenció, atenció i assessorament sobre violència masclista adaptada als joves.

Tots aquests objectius específics per a l'ASSIR s'han de dur a terme des d'una visió que inclogui totes les diversitats sexuals i de gènere.

LLOC: consulta presencial en instal·lacions d'ASSIR i a la resta dels CAP, o en altres instal·lacions o dispositius de joves. També s'han de prioritzar espais formatius i informatius allà on es generi la demanda i les prioritats del col·lectiu. En aquest sentit, cal més coordinació amb la resta de la XAP, i també amb les administracions, les escoles i els instituts (a través del programa "Salut i escola"), les associacions o els equipaments públics i privats als quals vagin els joves.

QUAN: sempre que sigui necessària. Es considera una de les poblacions prioritàries dins l'ASSIR, o se'n justifica sempre que es pugui la captació oportunista en el moment en què es genera la demanda, intentant evitar derivacions. Si no, s'ha de vehicular l'atenció en espais específics com la Tarda Jove o dins les agendes de manera preferent.

QUI: el professional de referència per a l'atenció als joves és al llevadora. Aquesta persona ha de fer de referent dins de l'ASSIR i la XAP, amb una formació específica i continuada i amb una agenda adaptada per poder proporcionar també l'atenció oportunista, si s'escau. Les activitats preventives i l'assessorament i atenció a la contracepció, tant individuals com grupals, les ha de fer preferentment la llevadora, malgrat que el ginecòleg o la ginecòloga ha de poder realitzar-les també si cal una atenció específica.

La patologia ginecològica i la contracepció amb patologia mèdica associada o amb complicacions del mètode l'ha d'atendre preferentment el ginecòleg o la ginecòloga. La XAP s'ha de poder coordinar amb altres professionals (treballadors socials, de salut mental, pediatria, metges de família) sempre que sigui necessari en casos concrets.

3.3 Assessorament i atenció a la salut reproductiva

L'assessorament reproductiu inclou el consell afectiu i sexual, el consell contraceptiu, l'orientació i l'assessorament davant la demanda d'IVE, el consell preconcepcional, el consell en les dificultats en la fertilitat i el consell i l'atenció als problemes i les disfuncions sexuals. L'objectiu és millorar la manera com es viu la sexualitat en les diferents etapes vitals i donar l'atenció als problemes vinculats a aquesta, permetre decidir el moment adequat per planificar la

gestació, proporcionar la informació necessària perquè la persona pugui decidir el mètode contraceptiu més adequat amb autonomia en la presa de decisions.

ACTIVITATS:

- Assessorament afectiu i sexual.
- Assessorament preconcepcional.
- Atenció i seguiment dels mètodes contraceptius (naturals, de barrera, hormonals, mecànics, definitius i d'urgència).
- Orientació i assessorament davant la demanda d'IVE.
- Assessorament i atenció en les dificultats en la fertilitat (esterilitat, infertilitat).

ASSESSORAMENT AFECTIU I SEXUAL: es tracta de donar assessorament i atenció per possibilitar el desenvolupament afectiu i sexual de les persones i la decisió lliure sobre la reproducció tot potenciant-ne la prevenció. La sexualitat és molt àmplia i plena de variants. L'orientació sexual varia segons la persona i es tracta que cadascú se senti còmode gaudint de la sexualitat a la seva manera i amb respecte cap als altres.

ASSESSORAMENT PRECONCEPCIONAL: l'atenció prèvia a la concepció contribueix a obtenir bons resultats perinatals. L'objectiu de la visita preconcepcional és conèixer l'estat de salut de la dona: estat vacunal, hàbits tòxics, estil de vida, hàbits nutricionals i valoració de prescripció d'àcid fòlic i iode.

ATENCIÓ I SEGUIMENT DELS MÈTODES CONTRACEPTIUS: es considera prioritària la prestació universal gratuïta de tots els mètodes. En cas que hi hagués la necessitat d'una implementació de caràcter gradual, es recomana prioritzar els mètodes de barrera i llarga durada, fent èmfasi en la població jove i les persones en situació de vulnerabilitat.

De la mateixa manera, cal que la cartera de serveis en ASSIR asseguri un accés universal a la contracepció definitiva per a dones i homes, amb circuits de derivació àgils als centres hospitalaris on es fa la cirurgia. Cal que aquests tinguin criteris homogenis i no restrictius pel que fa a l'edat o al nombre de fills, prioritzant el dret de les persones a la pròpia decisió.

La contracepció d'urgència l'ha de fer, allà on es generi la demanda, el professional que l'atengui garantint el dret d'accés sense obstacles. Cal evitar el discurs culpabilitzant, o valorar els riscos d'ITS associats. Caldria que la nova cartera de serveis inclogués la prestació dels dos fàrmacs actualment establerts com a eficaços pel que fa a la contracepció d'urgència (levonorgestrel i acetat d'ulipristal), o la inserció d'un dispositiu intrauterí de

coure de manera immediata, assessorant de manera correcta sobre el temps i l'eficàcia de cada un dels mètodes.

ORIENTACIÓ I ASSESSORAMENT DAVANT LA DEMANDA D'IVE: s'aplica el *Protocol d'atenció i assessorament a l'IVE* (vegeu el protocol de l'IVE)³ del Departament de Salut. Cal garantir la coordinació amb els EAP i els hospitals de referència respectius, per assegurar l'accessibilitat dels dos mètodes (quirúrgic i farmacològic), i poder donar una resposta ràpida i homogènia a la demanda. Cal assegurar l'analgèsia adequada per al procediment, l'acompanyament emocional posterior, i l'oferta i el consell de mètodes contraceptius de llarga durada de manera immediata si escau.

En el cas de les IVE amb el mètode quirúrgic es considera prioritari homogeneïtzar els circuits, prioritzant els centres sanitaris públics, especialment els de més de 15 setmanes, de proximitat territorial, que compleixin els requeriments i la qualitat adequades per assegurar l'equitat.

ASSESSORAMENT I ATENCIÓ EN LES DIFICULTATS EN LA FERTILITAT: les unitats d'ASSIR constitueixen l'accés a les tècniques de reproducció humana assistida de la xarxa sanitària d'utilització pública. La seva funció és valorar els diferents factors relacionats amb la gestació o els factors que no la permeten i, eventualment, fer una orientació diagnòstica i proposar un pla terapèutic, que pot incloure la derivació dels casos a l'atenció especialitzada de referència territorial o a una unitat específica de reproducció humana assistida (vegeu el *Protocol de reproducció assistida*).

LLOC: les consultes de l'ASSIR i de la resta de la XAP sempre que la persona sol·liciti assessorament. Cal seguir aprofundint de manera paral·lela en una formació específica més completa per dur a terme una coordinació efectiva amb els professionals de l'àmbit escolar.

QUAN: es considera una activitat prioritària dins de la cartera de serveis, per tant, s'ha de fer quan es generi la demanda sempre que sigui possible.

Si l'atenció no pot ser immediata, cal fer el consell tan aviat com es pugui, per evitar els efectes indesitjables d'una utilització inadequada de mètodes preventius (embaràs, ITS), fent un èmfasi especial a reduir la llista d'espera per a mètodes de llarga durada.

QUI: el professional de referència per a l'assessorament reproductiu és la llevadora, però en prioritzar-se la captació oportunista la resta de professionals (ginecòlegs, metges de família, personal d'infermeria) també han de poder fer

³ Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Protocol de la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) farmacològica fins als 63 dies d'embaràs: actualització d'acord amb l'informe de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Barcelona; 2014.

la intervenció. Cal una formació i una actualització permanent dels professionals dedicats al consell contraceptiu, també sobre els mètodes més comuns.

Pel que fa a la inserció i l'extracció de mètodes de llarga durada, es consideren capacitats per dur-ho a terme tant els professionals de llevadora com els de ginecologia, sempre que estiguin formats, que tinguin prou experiència i tinguin la col·laboració de TCAI durant la inserció per si sorgeix algun inconvenient.

3.4 Assessorament i atenció a l'embaràs

Diferents documents internacionals sobre drets humans fan referència específica als drets de salut de les dones gestants, emfatitzant el dret a l'atenció i l'accés als serveis de salut. Promoure la salut en l'etapa maternal és un dels eixos de treball de l'OMS.

Els serveis de salut han de garantir una atenció de qualitat basada en un enfocament individualitzat en funció de les necessitats físiques, psicosocials i culturals de les dones embarassades, els nadons i les seves famílies, amb la finalitat d'obtenir uns resultats òptims, respectant i protegint la triada mare, nadó i família amb pràctiques de valor basades en l'evidència. S'aposta per un sistema de reordenació de l'atenció a l'embaràs i el part en funció del risc de cada gestació, de manera que cada dona pugui accedir als recursos necessaris segons aquesta valoració.

L'atenció a la dona embarassada té com a objectiu promoure el benestar durant l'embaràs, prevenint les complicacions i assegurant una atenció ràpida i eficaç en cas que n'hi hagi.

ACTIVITAT:

- Diagnòstic de l'embaràs.
- Detecció i classificació del risc: embaràs normal, de baix risc, de risc mitjà, de risc alt, de risc molt alt, categoritzat segons el nou protocol de seguiment de l'embaràs (vegeu el *Protocol de seguiment de l'embaràs*).⁴
- Control i seguiment de l'embaràs normal, de baix risc, de risc mitjà i de determinats factors d'alt risc. L'alt risc obstètric defineix el conjunt d'activitats i factors de risc que es duran a terme al centre d'ASSIR o a l'hospital de referència. El risc molt alt obstètric s'ha de derivar per prosseguir els controls al centre hospitalari.

⁴ Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*. Tercera edició. Barcelona; 2018.

- Cribratge prenatal d'anomalies congènites (vegeu el document adjunt sobre el diagnòstic prenatal d'anomalies congènites)⁵ i cribratge d'aneuploïdies amb tècniques analítiques i ecogràfiques segons marca el protocol.
- Captació de gestants de risc social i sanitari que no acudeix a la consulta.
- Promoció i informació sobre la lactància materna.
- Elaboració amb la gestant del pla de naixement.
- Cribratge de consum de tòxics.
- Cribratge de la patologia mental.
- Cribratge de la violència masclista.
- Grups de preparació al naixement: són el conjunt d'activitats dutes a terme de manera grupal de preparació a l'embaràs, el part i el puerperi (vegeu el Protocol d'atenció al part). Es mantenen grups oberts (per afavorir l'accessibilitat a les dones) i grups tancats (per mantenir criteris d'equitat en la informació i la possibilitat d'avaluar-ne els resultats). S'ha de tendir a iniciar els grups i les sessions abans del tercer trimestre, i pensar la possibilitat d'intervencions/xerrades informatives puntuals prèvies durant el primer i el segon trimestres. S'ha de fer la darrera sessió a l'hospital de referència on tindrà lloc el part. Es valoren noves pràctiques d'activitats físiques (per exemple, grups de matronatació, ioga...). S'ha de posar un èmfasi especial en la mirada de les parelles pel que fa a la maternitat i la paternitat, creant grups específics, si escau, per integrar-los en el procés de l'embaràs.

LLOC: consulta presencial en instal·lacions d'ASSIR i centres de referència en cas de controls d'alt risc. Es recomana la derivació a l'hospital de referència al final de l'embaràs, i es pot fer prèviament alguna visita a l'hospital perquè la dona es familiaritzi amb l'entorn i els circuits.

En el cas dels grups de preparació al naixement, es preveu la realització de l'activitat en qualsevol local de la comunitat.

QUAN: la freqüència i el tipus de visites són els que estableix el mateix Protocol de seguiment de l'embaràs, amb una primera visita abans de les 10 setmanes i visites successives segons preveu el protocol.

⁵ Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. *Protocol de diagnòstic prenatal d'anomalies congènites fetals*. Barcelona; 2008.

QUI: l'embaràs sense risc i de baix risc l'ha de controlar preferentment la llevadora. Es considera la valoració del ginecòleg o de la ginecòloga de referència en cas de necessitat d'alguna consulta o atenció especialitzada. El seguiment de l'embaràs de risc mitjà i de risc alt dut a terme des del centre d'ASSIR l'ha de fer preferentment un especialista en ginecologia. Cal una coordinació ràpida i accessibilitat amb el ginecòleg o la ginecòloga de l'ASSIR, que en determinats territoris no és sempre així.

Es poden requerir altres professionals de la XAP de forma prioritària per a una bona atenció de la persona, com un mediador cultural presencial (i, si no és possible, el servei de traducció de 061 CatSalut Respon), o treballadors socials o professionals de salut mental, tant de forma presencial com per a una valoració posterior.

S'han de fer sessions de formació i actualització periòdiques conjuntes entre els professionals que treballen a l'ASSIR i la resta de la XAP i els de l'hospital de referència, per afavorir una comunicació adequada dels casos i els temes en comú, així com per consensuar els mateixos criteris en cada territori.

CIRCUIT DE DERIVACIÓ PER AL PART: es considera que en apropar-se la finalització de la gestació, la usuària s'ha de derivar al procés d'atenció al part a l'hospital de referència o als centres de naixement segons el protocol específic del Departament i els circuits específics de cada centre. La Comissió Tècnica considera prioritari homogeneïtzar el procés de part i puerperi dels diferents hospitals de la xarxa, a fi de mantenir constants els fluxos de derivació del sistema i el repartiment de recursos.

NOVES TECNOLOGIES: es recomana, com en altres aspectes de la Comissió Tècnica de l'ASSIR, la necessitat d'un sistema d'informació únic dins la XAP, per poder accedir indistintament a la informació específica tant de l'ASSIR com del part a l'hospital especialitzat.

3.5 Assessorament i atenció al puerperi

El puerperi és el període que va des del final del part fins que l'organisme matern retorna a l'estat anterior de la gestació. Té una durada d'unes sis setmanes i en aquest període s'estableix la lactància. L'objectiu de l'atenció al puerperi és valorar l'estat de salut físic i emocional de la dona i del nadó, fer una valoració de l'alletament i del sòl pelvià, informar sobre mètodes contraceptius i valorar l'entorn social i familiar.

Des de la clínica es distingeix entre:

- Puerperi immediat: comprèn les dues hores postpart.
- Puerperi precoç: els primers 7-10 dies.
- Puerperi tardà: fins als 40 dies del part.

Des d'un punt de vista funcional, podem distingir entre:

- Puerperi hospitalari
- Puerperi domiciliari

En aquesta cartera de serveis es fa referència al puerperi a partir del moment en què la dona i el nadó arriben al seu domicili, indistintament dels dies que hagin estat a l'hospital.

ACTIVITAT:

- Assessorament a l'alletament.
- Assessorament en aspectes relacionats amb la mare i la família.
- Assessorament en aspectes relacionats amb el nadó.
- Treball corporal postpart: recuperació del to muscular, facilitar tècniques de recuperació física.
- Reeducació del sòl pelvià i prevenció de la incontinència urinària.
- Suport psicofísic afectiu i promoció d'una sexualitat satisfactòria.
- Avaluació de la salut mental perinatal
- Consell contraceptiu.
- Detecció de la patologia.

Totes les activitats s'han de poder fer a través de l'atenció individual o grupal, especialment per a grups com els de suport a la lactància. Es prioritza aquesta activitat dins la cartera de serveis actual de manera universal, tenint en compte les diferents peculiaritats de les experiències actualment en funcionament en el territori, totes elles amb bona valoració. Paral·lelament, s'han de valorar les visites individuals sobre lactància com una urgència dins l'agenda de la llevadora. Es creen comissions multidisciplinàries dins de cada XAP territorial amb professionals experts i formats en la lactància: personal d'infermeria de neonatologia hospitalària, llevadores, personal d'infermeria de pediatria de l'EAP, ginecologia. S'ha de fer una formació continuada i una valoració de casos clínics en sessions periòdiques, per oferir una informació homogènia. S'han de crear guies conjuntes, i es recomana al Departament de Salut una

acreditació/certificació general adaptada al nostre país per potenciar-ne la pràctica.

QUI: el professional de referència en el control puerperal és la llevadora.

LLOC: el puerperi immediat és el que es duu a terme al mateix hospital on s'ha produït el part. Es prioritza l'alta domiciliària precoç, abans de les 48 hores, assegurant una assistència continuada des de l'ASSIR, a fi d'afavorir una tornada ràpida a l'entorn familiar habitual. La primera valoració sanitària una vegada s'ha tornat a l'entorn familiar hauria de ser sempre domiciliària. En cas d'implementació progressiva de la visita domiciliària a tot el territori, cal prioritzar les mares joves i adolescents, les primigràvides, les dones que han rebut l'alta precoç, les famílies monoparentals, i totes les que es troben en situació de vulnerabilitat. S'ha de fer una avaluació i una detecció del risc de la mare i el nadó, l'assessorament de l'alletament, i proporcionar atenció i suport segons el protocol (vegeu el *Protocol de criteris d'atenció domiciliària*, punt 6.3.2, "Atenció de dones embarassades i postpart"). De manera complementària, s'han de poder fer puerperis presencials a la consulta del centre d'ASSIR amb el professional de llevadoria, així com fer trucades telefòniques per confirmar un bon estat general de la mare i el nadó. Posteriorment, s'ha de realitzar la visita a la consulta per fer l'avaluació i el seguiment del benestar de la mare i del nadó, l'assessorament de l'alletament, l'atenció i el suport a la mare, l'avaluació del sòl pelvià, el consell contraceptiu, l'avaluació de la salut mental perinatal, cribatge de la violència masclista i del consum i exposició a substàncies tòxiques (vegeu el Protocol de seguiment de l'embaràs).

L'educació grupal s'ha de poder fer al CAP, en centres d'especialitats i locals de la comunitat.

CIRCUIT: es notifiquen les altes hospitalàries postpart i es fa una oferta activa dels serveis en els casos que es consideri necessari. Si el nadó és de risc, s'ha de seguir el circuit que estableix l'ASSIR amb la XAP.

El personal de llevadoria es coordina amb el servei de pediatria de la XAP per garantir la continuïtat de la cura del nadó i, depenent del cas, amb els treballadors socials.

3.6 Assessorament i atenció a la patologia ginecològica

Els signes i els símptomes relacionats amb l'aparell reproductor genital femení i la seva funcionalitat poden ser la manifestació de trastorns o patologies, de més o menys gravetat. L'ASSIR és la porta d'entrada per acollir la demanda d'atenció en relació amb aquests problemes més específics.

Els tipus de patologia i els requisits necessaris per poder fer un diagnòstic, un tractament i un seguiment adequats determinaran, en alguns casos, el fet que

aquests procediments es puguin desenvolupar en l'àmbit hospitalari, preservant i mantenint la continuïtat assistencial amb l'ASSIR i amb l'EAP.

La cartera de serveis actual en ASSIR, especialment pel que fa a la patologia ginecològica, té com a objectiu millorar la resolució i la proximitat de les prestacions en el territori.

ACTIVITAT:

1. Atenció a la patologia vulvovaginal, uterina, annexal i mamària no oncològica: diagnòstic, seguiment i tractament de la patologia de l'úter, els ovaris i la mama. Cal disposar de l'equipament adequat, amb èmfasi especial a la disponibilitat d'un ecògraf a tots els centres d'ASSIR per poder augmentar la capacitat de resolució dels professionals, amb agendes adaptades per poder utilitzar aquesta tècnica.

2. Atenció a la demanda d'esterilitat i estudi previ: s'ofereixen les proves diagnòstiques al centre d'ASSIR, segons els criteris establerts en el protocol corresponent fins als 40 anys (vegeu el document adjunt), en parelles homosexuals, heterosexuals i famílies monoparentals, assegurant els criteris d'equitat.

3. Atenció als trastorns del sòl pelvià i d'incontinència d'orina: diagnòstic i tractament de les alteracions dels òrgans pelvians i de la incontinència d'orina. Els professionals que atenen aquesta demanda estaran específicament formats, i aquesta s'aglutina principalment dins l'ASSIR (professionals de llevadoria i de ginecologia), a excepció que calgui un tractament quirúrgic o que la rehabilitació i els tractaments preventius no siguin eficients (motiu de derivació a l'hospital de referència o al servei de rehabilitació específic). S'ha de valorar de fer aquesta activitat de forma grupal.

4. Atenció als canvis de la menopausa i el climateri simptomàtic: avaluació, seguiment i tractament, si s'escau, dels símptomes associats. De la mateixa manera que en altres activitats, s'ha de valorar incrementar l'atenció a aquesta demanda tant oferint alternatives o suplementes a l'atenció individualitzada, com a través de noves tecnologies o treball en grups.

5. Atenció a l'endometriosi no severa genital, la patologia disfuncional i altres trastorns dolorosos: diagnòstic i tractament de l'endometriosi no profunda (vegeu el *Protocol d'actuació clínic assistencial de l'endometriosi a Catalunya*). Hi ha d'haver professionals als centres d'ASSIR, que s'han de comunicar i coordinar constantment amb els altres agents de la XAP (per exemple: salut mental, serveis de ginecologia dels hospitals) i les unitats funcionals hospitalàries d'alta complexitat per als casos més greus o que requereixin tractaments d'esterilitat o de preservació de la fertilitat.

6. Atenció a la patologia cervical: diagnòstic, tractament i seguiment de les lesions cervicals. Cal un colposcopi a tots els centres d'ASSIR, que, de manera ideal, hauria de ser digital per poder fer formació i docència en el moment de l'activitat. Caldria poder disposar, de la mateixa manera, de nanses diatèrmiques per poder fer els tractaments locals de displàsies tributàries amb conització, tenint en compte la prevalença de la malaltia en cada territori i la formació i l'expertesa dels professionals. Hi ha d'haver circuits de comunicació i derivació amb les unitats de patologia cervical dels hospitals de referència.

7. Atenció a les cirurgies ginecològiques menors ambulatories: qualsevol patologia quirúrgica de baixa complexitat que no requereixi ingrés i que es pugui assumir amb anestèsia local. S'han de considerar totes les exèresis o les biòpsies locals, els tractaments de conització, així com les histeroscòpies diagnòstiques sense sedació, sempre tenint en compte la necessitat de l'ASSIR i la capacitació del professional que la duu a terme, i també la infraestructura necessària. Hi ha d'haver circuits fàcils de derivació als hospitals de referència en cas de no poder realitzar la tècnica.

8. Atenció a la patologia sexual: promoció, diagnòstic i tractament de tots els aspectes relacionats amb la sexualitat i la seva patologia. Hi ha d'haver professionals/unitats de referència dins de la XAP, específicament formats, amb bona coordinació tant amb altres serveis com amb salut mental.

QUI: el professional de referència és el ginecòleg o la ginecòloga, tant pel que fa al diagnòstic com al tractament. Per a algunes de les activitats descrites, cal una formació específica, per tant, es preveu l'existència de professionals de referència o unitats especialitzades dins dels diferents centres d'ASSIR.

La llevadora pot fer el diagnòstic i la prevenció d'aquests trastorns. S'ha de formar de manera continuada per poder atendre'ls si correspon i per administrar els tractaments que tinguin a veure amb la prevenció de determinades patologies.

LLOC: centre d'ASSIR. Cal l'equipament i la infraestructura adequats per poder atendre aquestes patologies. Hi ha d'haver circuits de derivació àgils dins la XAP en casos de necessitat de resolució als hospitals especialitzats.

3.7 Assessorament i atenció psicològica en salut sexual i reproductiva

Els trastorns i les patologies mentals associats a la salut sexual i reproductiva poden esdevenir un problema greu de salut. Es considera que tots els membres que intervenen en l'ASSIR han d'estar formats de manera bàsica per donar resposta a problemes de salut mental que puguin sorgir en l'àmbit de l'ASSIR. El nou model de l'ENAPISC defineix els serveis de salut mental que donen assistència als serveis d'ASSIR en aquest àmbit, de manera directa sobre la persona, i de manera interdisciplinària i comunitària a través dels

diferents òrgans, com les taules de planificació i atenció compartides. L'ASSIR considera prioritari definir les competències, les activitats i les aptituds que els serveis de salut mental han de poder oferir quant a l'atenció sexual i reproductiva. L'objectiu de l'assessorament i l'atenció psicològica a la salut sexual i reproductiva és proporcional a una atenció accessible, resolutiva i de proximitat en el territori.

ACTIVITATS:

Atenció a problemes relacionats amb la sexualitat:

- Trastorns del desig sexual
- Trastorns de l'excitació sexual
- Trastorns de l'orgasme
- Trastorns associats al dolor
- Problemes de parella

Atenció a la diversitat sexual (LGTBIQ):

- Atenció a la diversitat en l'orientació sexual Atenció a la diversitat en la identitat sexual i l'expressió de gènere
- Atenció a la transsexualitat, intersexualitat i altres diversitats de gènere

Atenció a la violència masclista. Problemes de violència relacionats amb la salut sexual i reproductiva:

- Problemes psicològics relacionats amb l'assetjament i l'agressió sexual
- Problemes de maltractament físic, sexual i psicològic en la parella

Atenció a problemes relacionats amb la ginecologia i l'obstetrícia i les ITS:

- Problemes relacionats amb la menarquia i menopausa
- Somatitzacions en l'esfera ginecològica
- Alteracions de l'estat d'ànim per patologia ginecològica, obstètrica o mamària
- Problemes psicològics associats a la infertilitat, l'esterilitat i la reproducció assistida
- Problemes psicològics relacionats amb conductes sexuals de risc (relacions sexuals sense protecció)
- Problemes psicològics associats a ITS i al VIH
- Problemes de parella associats a la ginecologia, l'obstetrícia i la salut sexual

Atenció a problemes relacionats amb la salut mental perinatal:

- Ambivalència en relació amb l'embaràs
- Demandes d'IVE amb factors de risc psicosocial associats
- Alteracions de l'estat d'ànim post-IVE, interrupció legal de l'embaràs (ILE) o avortament espontani
- Problemes psicològics en el període perinatal
- Problemes psicològics associats a la vivència traumàtica del part
- Alteracions de l'estat d'ànim a causa de prematuritat, malaltia o malformació del fetus o el nadó
- Dol perinatal
- Problemes psicològics en l'embaràs i la maternitat/paternitat tardana i en l'adolescència
- Problemes de parella relacionats amb la salut mental perinatal

Atenció a problemes relacionats amb la contracepció i amb la interrupció voluntària de l'embaràs

Atenció a problemes psicològics, socials i familiars relacionats amb la salut sexual i reproductiva:

- Problemes relacionats amb la diversitat familiar
- Dificultats derivades de la multiculturalitat
- Problemes psicològics derivats de l'exercici del treball sexual

QUI: els professionals de l'ASSIR quan es tracti d'una demanda d'atenció bàsica. Els serveis de salut mental de la XAP quan calgui una valoració, un tractament i/o el seguiment per part seva.

3.8 Cribratge i prevenció de càncer de cèrvix

El cribratge de càncer de coll uterí vindrà marcat per les recomanacions del Pla director d'oncologia del Departament de Salut (vegeu el *Protocol de les activitats de cribratge de cèrvix*, Departament de Salut - ICO). Cal fer èmfasi que, en la data de publicació d'aquest document, es preveu una nova actualització propera del Pla director amb canvis pel que fa a les estratègies de cribratge. Per tant, en el moment que aquestes canviïn es deixaran de considerar vigents les recomanacions actuals.

Aquest protocol es basa a aplicar i complir la periodicitat de la realització del cribratge en dones sanes, segons l'evidència científica, i la captació activa de les dones a través de la resta d'elements de la XAP.

ACTIVITAT: l'activitat de prevenció del càncer de coll uterí comprèn:

1. La promoció de la participació informada i la captació activa de la població susceptible de cribratge.
2. Cribratge de càncer de coll uterí segons el protocol vigent.
3. La interpretació i la selecció dels resultats.
4. Promoció, conjuntament amb els altres actors referents (escola, programes de Salut i Escola, metges de família i infermeria), de la vacunació amb la vacuna recomanada del VPH en edat escolar, o en aquells altres casos que corresponguin segons el protocol vigent.

QUI: llevadores (preferentment) i ginecòlegs o ginecòlogues obstetres en el context de seguiment i tractament d'una patologia (vegeu el punt 3, "Patologia ginecològica"). El TCAI ha de donar suport a la consulta.

LLOC: consulta del centre d'ASSIR.

3.9 Cribratge i prevenció de càncer de mama

A Catalunya el cribratge de càncer de mama ha estat motiu d'estudi i revisió constants en els darrers anys. El programa de cribratge poblacional amb la realització d'una mamografia biennal dirigit a les dones entre 50-69 anys té una cobertura del 100% de la població diana. L'evidència científica del benefici del programa de cribratge en aquests moments justifica que es continuï oferint el programa de detecció precoç a la població. Actualment, a més a més, és possible identificar les dones portadores d'una predisposició hereditària al càncer, amb la qual cosa se n'individualitza el risc i es promouen conductes de prevenció i detecció precoç associades al seu risc. L'objectiu del servei d'ASSIR és donar suport al cribratge poblacional de mama, i atendre les dones susceptibles de cribratge oportunista (vegeu El cribratge de càncer de mama: revisió dels beneficis i efectes adversos. Informe de la Comissió Assessora de Cribratge del Pla director d'oncologia. Departament de Salut; 2014).

ACTIVITAT:

1. Suport al cribratge poblacional del càncer de mama: l'activitat de suport al cribratge poblacional de càncer de mama va dirigida a:
 - a) Promoure la participació informada en el programa poblacional de detecció precoç de càncer de mama de les dones de 50 a 69 anys, sense factors de risc susceptibles d'un seguiment específic.
 - b) Proporcionar educació sanitària sobre les recomanacions de prevenció primària i secundària del càncer de mama.
 - c) La XAP i el centre d'ASSIR s'han de coordinar amb l'oficina de cribratge poblacional de càncer de mama per evitar la duplictat de mamografies en dones de 50 a 69 anys.

2. Recomanacions individualitzades de prevenció primària i seguiment de totes les dones en funció del seu risc:
 - a) Donar resposta (informació) a les qüestions generals sobre càncer hereditari que la dona pugui plantejar. Reconèixer les pacients que presenten un risc superior al poblacional.
 - b) Fer prevenció secundària del càncer, detecció precoç, amb proves d'imatge mamària i exploració clínica a les dones amb risc superior al poblacional si s'escau. Aquelles dones amb risc superior al poblacional per causa hereditària que compleixin els criteris corresponents es derivaran a les Unitats Especialitzades de Consell Genètic.

Autoexploració: tot i que no hi ha estudis que mostrin una reducció de la mortalitat amb aquesta mesura, i té una baixa sensibilitat i especificitat, es pot recomanar a les dones que mostren preocupació pel càncer i voluntat de fer-se l'autoexploració. Quan hi ha altres exploracions indicades, la seva pràctica serà sempre complementària. En cas de realitzar-la, cal explicar les recomanacions sobre la tècnica i el moment idoni a dur-la a terme.

QUI: tots els professionals de la XAP i del centre d'ASSIR han de donar suport al cribratge poblacional i promoure la participació informada de les dones de 50 a 69 anys.

Las llevadores han de dur a terme l'educació sanitària sobre la prevenció del càncer de mama.

Els ginecòlegs/gues han de poder donar recomanacions individualitzades de prevenció primària i seguiment de totes les dones en funció del seu risc. Alhora, han de donar resposta (informació) a les qüestions generals sobre càncer hereditari que la dona pugui plantejar, i reconèixer les pacients que presenten un risc superior al poblacional.

LLOC: consulta de l'ASSIR.

CIRCUIT: hi ha d'haver circuits de derivació ràpids a les unitats funcionals especialitzades hospitalàries en cas de patologia o de sospita de procés neoplàsic, a les unitats de consell genètic en cas de sospita de càncer familiar.

3.10 Assessorament i atenció a les ITS

Les ITS constitueixen un problema de salut important que s'ha d'abordar globalment, incorporant conceptes de salut pública a la prevenció i el control de les ITS. Això comporta necessàriament la integració de les activitats preventives amb la resta d'activitats de l'atenció primària, mitjançant l'acció coordinada dels EAP i dels centres d'ASSIR. L'objectiu de l'assessorament i l'atenció a les ITS és proporcionar una atenció accessible, resolutiva i de proximitat en el territori.

ACTIVITAT: prevenció, diagnòstic i tractament de les ITS en dones i homes. S'ha de posar una atenció especial a les poblacions més vulnerables a les ITS.

1. Consell assistit, consentiment informat, educació sanitària individual per motivar canvis de conducta, realització de proves diagnòstiques, tractament i seguiment de la patologia en concret, estudi i tractament dels contactes.
2. Diagnòstic i tractament de les ITS, i estudi de contactes. Notificació de les ITS de declaració obligatòria individualitzada.
3. Diagnòstic, valoració i derivació en casos de VIH, altres ITS amb coinfecció per VIH o altres ITS de gestió complexa (sífilis tardana latent i sífilis terciària, hepatitis B, malaltia inflammatòria pèlvica, ITS en dones gestants de difícil gestió o alt risc de transmissió cap al fetus).
4. Activitats d'educació sanitària i consell per a la prevenció primària i secundària de les ITS/VIH, individuals en una primera fase i amb parella o família en una segona fase. Provisió de vacunes per a la prevenció d'ITS evitables (hepatitis B i A i el VPH segons la Guia de recomanacions).
5. Provisió de material preventiu (mètodes de barrera masculins i femenins) i informatiu.

QUI: pel que fa al consell, l'educació, el cribratge d'ITS, les proves diagnòstiques o l'estudi de contactes, qualsevol professional que treballa al centre d'ASSIR (llevadores, ginecòlegs) ha de poder atendre la demanda. Si aquesta es produeix fora de l'ASSIR, els professionals de la resta de l'EAP han de poder igualment atendre-la.

Pel que fa a la patologia aguda i al seu seguiment, tant en dones com en homes, el professional de referència és el ginecòleg o la ginecòloga i/o els metges de família. En cas necessari (tractaments específics, patologia aguda d'homes que no es pugui resoldre en l'àmbit de l'atenció primària), s'ha de considerar la derivació al professional que correspongui (dermatòleg, uròleg, referent d'ITS) i/o a l'hospital de referència de manera ràpida i eficaç.

Cal una formació específica continuada de tots els professionals que puguin atendre aquesta activitat de la cartera de serveis, i uns recursos humans adequats.

LLOC: el centre de referència i la porta d'entrada al sistema de salut pública per problemes o consultes relacionades amb les ITS és allà on es generi la demanda (centre d'ASSIR, EAP, centre d'urgències d'atenció primària — CUAP—, centres comunitaris d'ITS). És prioritari que allà on es faci el diagnòstic, es faci també el tractament. S'han de considerar professionals o centres de referència en hospitals especialitzats per als casos més complexos.

El centre d'ASSIR ha de liderar la formació i la informació en ITS també en aquells espais externs al sistema de salut on es generi la demanda.

Es creen comissions multidisciplinàries entre els diferents professionals i centres de la XAP on s'atenguin les ITS per a l'actualització de circuits i protocols, i per al seguiment dels casos més complexos.

S'ha de garantir l'equitat, tant en l'accés com en la qualitat de l'atenció, amb independència de la titularitat del proveïdor dels serveis. Caldrà evitar la variabilitat de recursos i de programes informàtics, facilitant dades i resultats a través de la història compartida o informant de resultats positius al metge de família de diferents proveïdors.

3.11 Atenció comunitària

L'activitat comunitària al centre d'ASSIR es considera prioritària en la nova cartera de serveis en ASSIR, i s'ha de basar en criteris de diagnòstic, implementació i avaluació segons les recomanacions de l'atenció en salut de la comunitat de l'ENAPISC.

Es considera la salut comunitària (vegeu el document de la Comissió Tècnica de Salut Comunitària) com l'expressió col·lectiva de la salut i el benestar 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 la influència de factors socials, educatius, polítics i legals.

Paral·lelament, es considera el procés comunitari com el conjunt de fases successives i grups d'accions orientades a modificar de forma positiva els factors que determinen la salut d'una comunitat amb la seva participació.

L'objectiu de l'acció comunitària en salut és la millora dels determinants socials a què està exposada la comunitat amb la finalitat de millorar la salut i el benestar d'aquesta comunitat. La comunitat és la protagonista de l'acció comunitària en salut, per tant, un dels principis clau és la participació ciutadana. El treball intersectorial i en xarxa a escala local entre els professionals, les

entitats, el municipi i la comunitat són eines clau per aconseguir una comunitat amb la millor salut i benestar possibles. S'ha de vetllar perquè les intervencions puguin tenir garanties de sostenibilitat després d'haver estat avaluades i que s'hagin demostrat que són efectives.

Des de l'ASSIR, es vol contribuir a atendre la salut comunitària com una part més de l'atenció primària. Cal que l'ASSIR participi activament en les taules comunitàries de salut, amb la resta de professionals que les integrin de la XAP, així com amb la resta de la comunitat. Es considera imprescindible disposar d'un diagnòstic previ sobre les necessitats del territori on es produeix o es detecta la demanda. Cal conèixer, igualment, la població a la qual no s'arriba de manera satisfactòria des de l'ASSIR, malgrat que cal fer èmfasi en el fet que, si es duu a terme alguna intervenció sobre algun col·lectiu en concret, cal fer-ho amb criteris d'equitat respecte de la resta de la població i sense crear estigma.

Es recomana fer les activitats orientades a millorar la salut de la comunitat, no només dins dels centres sanitaris sinó també fora d'aquests, en qualsevol espai on es generi la demanda i l'atenció es pugui donar satisfactòriament. De la mateixa manera, cal millorar la interacció amb altres professionals, no només professionals sanitaris de la XAP, sinó també de la resta de la comunitat per tal de donar continuïtat als projectes i les intervencions.

Cal millorar de manera sistemàtica en totes les activitats grupals, i en qualsevol intervenció orientada a millorar la salut de la comunitat, l'ús de noves tecnologies. Especialment en aquesta línia, cal potenciar la prestació d'informació emprant les TIC per arribar de manera més fàcil i còmoda a la població.

Cal fer les activitats grupals amb guions oberts a les inquietuds del grup, per afavorir la presa de decisions compartides. En cas de col·lectius en situació de vulnerabilitat (migrants, treballadores sexuals), s'han de crear grups específics si es detecta la necessitat o si hi ha aquesta demanda en la comunitat. S'afavoreix l'atenció oportunista per les característiques especials d'aquests grups. S'ha de treballar fugint de l'estigma i millorant el vincle entre els membres del col·lectiu i la comunitat, juntament amb les entitats i les associacions de la comunitat, tenint en compte les inquietuds de cada col·lectiu.

QUI: el professional de referència en les activitats comunitàries de l'ASSIR és la llevadora. De manera puntual, altres professionals (ginecòlegs, personal d'infermeria) poden fer-les. Cal que sigui personal sensible i format i actualitzat en salut comunitària.

LLOC: instal·lacions del centre d'ASSIR, o qualsevol espai de la comunitat que ho requereixi i d'acord amb les institucions locals (centres cívics, associacions, instal·lacions esportives o qualsevol altre espai).

3.12 Atenció a la demanda urgent

L'ASSIR no es considera un servei d'urgències; malgrat això, ha de poder atendre la demanda urgent i/o preferent que hi acudeixi. Incloure aquesta demanda en la nova cartera de serveis visualitza alguna de les línies clau en el marc de l'ENAPISC, per dotar l'ASSIR de més capacitat de resolució i per millorar l'accessibilitat i l'efectivitat del sistema. Cal especificar quina demanda preferent i urgent ha de poder ser atesa als centres d'ASSIR. En aquest sentit, l'objectiu d'aquest document és orientar els motius de consulta susceptibles de ser atesos de manera immediata, o bé en un màxim de 72 hores, segons la valoració biopsicosocial del professional que els atén, i segons els diferents motius de consulta:

ACTIVITATS D'ATENCIÓ IMMEDIATA EN LA GESTACIÓ I PUERPERI:

1. Part, o pròdroms de part.
2. Atenció a la metrorràgia abundant o dolor intens en la dona gestant o al puerperi.
3. Atenció a la febre termometrada de més de 38 °C, a la gestant o al puerperi.
4. Atenció a la sensació de pèrdua de moviments fetals.
5. Atenció a la pèrdua de líquid per genitals o sensació de "bultoma" en vagina en la dona gestant.
6. HTA > 140/90 i/o edemes de ràpida aparició o altres símptomes prodròmics d'eclàmpsia.
7. Traumatisme o pèrdua de consciència en la dona gestant.
8. Atenció a la demanda d'IVE (en funció edat gestacional)
9. Atenció al diagnòstic prenatal d'alt risc o malformacions procedents d'altres centres.
10. Atenció a l'abscess vulvar que origini dolor (fol·liculitis, bartholinitis).

ACTIVITATS D'ATENCIÓ IMMEDIATA EN GINECOLOGIA:

11. Atenció a la metrorràgia abundant o dolor intens en dona no gestant.

12. Atenció a la mastitis amb febre de més de 38 °C.
13. Atenció a la contracepció d'urgència.
14. Atenció a la demanda sobre violència masclista.
15. Atenció a la metrorràgia en dona postmenopàusica.

ACTIVITATS SUSCEPTIBLES DE SER ATESES EN MENYS DE 72H:

16. Atenció a l'abscess vulvar que origini dolor (fol·liculitis, bartholinitis).
17. Atenció a la demanda d'IVE
18. Assessorament reproductiu, consell contraceptiu i atenció a les ITS en adolescents i joves.
19. Atenció a la pruija vulvar
20. Atenció al nòdul de mama de nova aparició (o signes de sospita indirecta de neoplàsia, com telorràgia, retracció de la pell o el mugró).
21. Atenció al diagnòstic de càncer ginecològic en altres centres.
22. Vòmits o altres símptomes digestius importants en la dona gestant
23. Molèsties urinàries, símptomes respiratoris o al·lèrgies en la dona gestant.
24. Complicacions no greus en els ferides associades al part o la cesària.

QUI: per dur a terme aquesta activitat, la nova cartera de serveis ha de preveure els espais necessaris dins les agendes de llevadores i ginecòlegs a tot el territori, tenint en compte les diferents ràtios de població i professionals.

LLOC: centre d'ASSIR. Cal una bona coordinació amb les urgències hospitalàries i revisar els circuits de derivació quan calgui. De la mateixa manera, cal disposar dels recursos humans i dels equipaments necessaris.

3.13 Atenció a la violència masclista

Les formes de violència vers les dones poden ser físiques, sexuals, psíquiques i/o estructurals o socials. Es poden donar en els diferents moments del cicle vital de la dona, tant en l'àmbit familiar (agressions físiques, violència sexual a la infància i/o l'adolescència, la violació per part de les parelles o exparelles, la violència relacionada amb l'explotació sexual, la mutilació de genitals i altres pràctiques tradicionals, etc.) com en l'entorn social (les violacions, el tràfic de dones, la prostitució forçada, l'assetjament i la intimidació sexual a la feina, a les institucions educatives i en altres àmbits, etc.). (Vegeu el *Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya*,

Departament de Salut, desembre de 2010; el *Document operatiu de violència sexual*, i el *Document operatiu de maltractament infantojuvenil*).

Es considera *violència masclista* la violència que s'exerceix contra les dones com a manifestació de la discriminació i de la situació de desigualtat en el marc d'un sistema de relacions de poder dels homes sobre les dones i que, produïda per mitjans físics, econòmics o psicològics, incloses les amenaces, les intimidacions i les coaccions, tingui com a resultat un dany o un patiment físic, sexual o psicològic, tant si es produeix en l'àmbit públic com en el privat (vegeu la Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista). Es considera el procés de violència com un fet continu, per tant, cal considerar les formes de violència més agudes o de més risc físic immediat, però també altres formes més cròniques o menys visibles en situacions de parella aparentment no violenta.

Els serveis sanitaris són sovint la porta d'entrada perquè les persones demanin ajut davant d'una agressió, bé de la parella o d'altres persones. Són, per tant, un graó essencial en l'atenció a aquestes persones que han patit o estan en situació de risc de patir aquest problema, i treballen de manera coordinada amb els dispositius socials, judicials i policials existents. Cal tenir en compte que aquestes diverses formes de violència masclista són inherents a un sistema organitzatiu i cultural heteropatriarcal, per tant, l'ASSIR i el sistema de salut en general han de vetllar també per evitar les formes de violència institucional o del sistema que se'n puguin derivar, sovint inconscients, durant les fases de l'atenció a la usuària, com ara l'anamnesi, la informació o l'exploració física amb la intimitat i el respecte a la persona necessaris.

Les dones utilitzen freqüentment els serveis d'ASSIR al llarg de la seva vida. L'embaràs pot ser una etapa especialment vulnerable per patir un maltractament, per la qual cosa aquest període és una oportunitat que els professionals d'aquests serveis tenen per poder establir amb fonament la sospita, confirmar-la i actuar posteriorment de forma adequada. Són etapes fonamentals per poder assistir les dones que pateixen maltractaments o estan en risc de patir-los (vegeu el *Protocol de seguiment de l'embaràs*, Edin K., 2006). De la mateixa manera, però, cal no oblidar altres formes de violència masclista durant tot el procés vital de la dona, que poden passar més desapercebudes especialment si no hi ha un risc físic immediat, com ara durant l'adolescència/joventut o la menopausa. Cal tenir en compte, a més a més, les conseqüències de la violència masclista sobre altres víctimes, com els fills, que la puguin rebre de manera directa o indirecta.

Tot i que la violència vers les dones es treballa transversalment en totes les activitats assistencials descrites en aquest document, s'ha considerat rellevant

descriure'n el contingut en un apartat específic per l'oportunitat de prevenció i detecció precoç als serveis d'ASSIR.

ACTIVITATS:

1. Prevenció i detecció precoç: activitats de promoció i prevenció de la salut, com les campanyes de sensibilització i conscienciació de la ciutadania. En relació amb la detecció precoç, caldria detectar els signes i els indicadors de sospita de maltractaments (físics, psíquics, tòxics, sexuals, actitud de la parella, etc.) en les visites a aquest servei. S'ha de fer un cribratge proactiu en el control i el seguiment de l'embaràs i en els embarassos no desitjats. Aquesta activitat s'ha de fer a la consulta i en un marc de privacitat (gestant sola). S'utilitzen qüestionaris validats com a instruments de detecció i cribratge, sempre durant l'embaràs, i quan s'estimi convenient fora d'aquest (vegeu adjunts el Qüestionari de cribratge per detectar violència contra la parella o PVS —per la sigla anglesa *partner violence screen*— i el *Protocol de valoració del risc de violència contra la dona per part de la seva parella o exparella* —RVD-BCN—).
2. Valoració de l'estat psicofísic i la situació de risc: valorar l'estat psicofísic i la situació de risc de la dona, si es tracta d'una situació d'emergència o no (demanda explícita o no explícita). Cal vetllar igualment per la detecció dels casos més crònics, sovint més difícils de detectar, malgrat que no hi hagi un risc físic immediat.
3. Establiment del diagnòstic clínic i registre detallat a la història clínica: establir el diagnòstic clínic (sospita de maltractament, maltractament crònic o maltractament agut) i registrar-ho a la història clínica.
4. Atenció a la dona segons el diagnòstic: mesures terapèutiques segons el diagnòstic establert. Cal seguir el procediment o el circuit assistencial establert i habitual en cada cas i documentar les troballes, els diagnòstics i els tractaments.

En el cas d'un maltractament agut greu, que requereix una atenció urgent, s'ha de vetllar perquè s'activin els mecanismes i les mesures de protecció a la víctima, facilitar-li la incorporació al circuit que utilitza el conjunt de recursos de què es disposa en cada lloc (sanitaris, socials, de seguretat i judicials). S'ha d'informar la dona, derivar-la al recurs més adequat i proporcionar-li l'acompanyament.

Si el resultat de la valoració no fa sospitar un risc vital immediat, que no requereix una atenció prioritària ni urgent, es fa un abordatge ampli (anamnesi, exploració, escolta activa, empatia, etc.), un seguiment en visites posteriors, control dels factors de risc vulnerables i seguiment psicològic.

QUI: tots els professionals de l'ASSIR. Aquests han d'estar permanentment formats en aquest àmbit, tant pel que fa a la detecció o l'ús de qüestionaris validats com pel que fa als circuits que cal activar quan es detecti.

LLOC: al centre d'ASSIR i la resta de la XAP. Cada centre ha de crear el seu pla d'actuació intern i extern, segons l'organització interna i de forma coordinada amb els recursos existents al seu territori (SIE, SIAD, SARA). L'acompanyament de la víctima per part del personal del centre sanitari fins a la derivació adequada a altres serveis amb competències (policials, socials o judicials) no s'ha de trencar mai. La víctima ha d'estar protegida en tot moment. La comunicació, la coordinació i l'actuació amb els serveis implicats és determinant. Cal millorar la vinculació efectiva de l'ASSIR dins els circuits territorials existents.

3.14 Atenció a la diversitat sexual

El centre d'ASSIR es considera un espai idoni per atendre totes les demandes en salut sexual i reproductiva de totes les diversitats sexuals, que inclouria, per tant, les demandes heteronormatives, però també les de sexualitats no normatives. Tot i que l'atenció a la diversitat sexual es treballa de manera transversal en totes les activitats detallades en aquesta cartera de serveis, s'ha considerat oportú descriure'n el contingut concret en un capítol a part per dotar-lo de visualització específica.

ACTIVITATS:

1. Acompanyament i atenció a les persones en totes les seves orientacions sexuals, des d'una perspectiva biopsicosocial, que inclou atenció mèdica, quirúrgica, psicològica i social específiques, si ho sol·liciten (vegeu la Llei 11/2014, del 10 d'octubre, per a garantir els drets de lesbianes, gais, bisexuals, transgènere i intersexuals i per a eradicar l'homofòbia, la bifòbia i la transfòbia). Cal fer èmfasi també en les persones que presentin qualsevol vulnerabilitat, com ara malalties cròniques, gent gran, persones migrades, treballadors o treballadores sexuals, contextos de privació de llibertat o persones amb manca de xarxes socials de suport.
2. Formació i conscienciació dels professionals de la salut, a partir de la visió i els valors d'aquest model, tenint en compte els protocols clínics consensuats i amb la participació de les entitats que hi treballen en el dia a dia.
3. Informació i conscienciació social sobre les diverses orientacions sexuals. Cal treballar des de tots els àmbits per oferir una mirada sensible i inclusiva, no patologitzant, i de garantia de drets sexuals de tota la població.

QUI: tots els professionals de l'ASSIR i de la resta de la XAP. Aquests han d'estar permanentment formats en aquest àmbit.

LLOC: el centre d'ASSIR és el lloc de referència per a aquesta activitat. En el cas de les persones trans, des dels centres ASSIR s'han de tenir els circuits de derivació corresponents. Pel que fa a l'atenció específica a les persones trans, les unitats Trànsit, actualment en fase de desplegament per tot el territori, han d'actuar com a centres de referència de l'atenció sexual i reproductiva per coordinar-ne l'atenció, la prevenció i els tractaments que requereixin (vegeu la Instrucció 14/2017 del CatSalut. Implantació del Model d'atenció a les persones trans en l'àmbit del CatSalut).

3.15 Atenció a la diversitat funcional

Es consideren persones amb diversitat funcional les que tenen discapacitats físiques, mentals, intel·lectuals o sensorials, que en la interacció amb determinades barreres poden dificultar o impossibilitar la participació plena i efectiva en la societat amb la qual conviuen, de manera equitativa amb altres membres. No és només un fenomen mèdic, sinó també biopsicosocial.

Segons l'OMS (vegeu el document de diversitat funcional de l'OMS i la guia australiana *Improving Sexual and Reproductive Health for People with Disability*), una determinada discapacitat estaria produïda per la interacció entre:

- La deficiència que inclou l'anormalitat o la pèrdua d'una estructura o d'una funció corporal. Representa la perspectiva del cos respecte de la discapacitat.
- La limitació en l'activitat o la dificultat d'un individu per fer una tasca o una acció, a casa seva, a la feina, a l'escola o a qualsevol altre lloc. Aquesta dificultat es gradua des d'una desviació lleu fins a una de greu, comparant-la amb la manera, l'extensió i la intensitat en què s'espera que la faci una persona sense aquesta condició de salut. Representa la perspectiva de l'individu respecte de la discapacitat.
- La restricció en la participació, entesa com la implicació de la persona a l'hora de realitzar una tasca determinada en situacions vitals, i es determina en comparació amb la participació que s'espera d'una persona sense discapacitat en la mateixa cultura o societat. Representa la perspectiva d'una societat respecte de la discapacitat.

ACTIVITATS: des d'aquest punt de vista, l'ASSIR es considera, doncs, un espai que ha de preveure l'atenció i garantir els drets sexuals i reproductius de les persones amb diversitat funcional amb la mateixa visió, criteris i

paràmetres que les persones sense aquestes discapacitats. En aquest sentit, totes les activitats de la cartera de serveis actual (promoció de la salut, prevenció, seguiment de l'embaràs i el puerperi, diagnòstic i tractament de les patologies) han de preveure's també des de la perspectiva de les persones amb diversitats funcionals.

QUI: tots els professionals dels centres d'ASSIR han d'estar sensibilitzats en les demandes des del punt de vista de la diversitat funcional. Els professionals que liderin els centres de referència en el territori han d'estar especialment formats i actualitzats en les diferents pràctiques amb persones amb diversitat funcional, i han de ser sensibles a les seves necessitats, han de treballar per trencar els estereotips socials i han de fer-ho d'acord amb les diferents associacions especialitzades.

LLOC: de manera inicial, fins a la plena disponibilitat dels CAP per atendre aquestes diversitats, es proposa la centralització d'aquesta atenció als centres d'ASSIR de referència en el territori, amb equipaments i mobiliari adaptat a les diferents discapacitats i a la mobilitat reduïda.

3.16 Atenció al domicili

Hi ha dos factors clau que faran que l'atenció domiciliària sigui un pilar bàsic dels sistema sanitari en un futur proper, per una banda l'envelliment progressiu de la població amb l'augment associat de la cronicitat i per altra la introducció d'avanços tecnològics en matèria diagnòstica i terapèutica que no fan necessària la ubicació del pacient a l'estructura hospitalària i permeten la permanència al seu domicili. Estem en un procés de canvi que ens obliga, des de la sostenibilitat, l'eficiència i la qualitat assistencial, a afrontar un dels reptes sanitaris actuals.

Així com l'ASSIR te instaurat el puerperi domiciliari, el nou model ASSIR – ENAPISC haurà de donar resposta a les noves necessitats que sorgeixen d'aquest canvis afavorint que els professionals de l'ASSIR es desplacin al domicili davant les demandes ginecològiques i/o obstètriques de les persones que tinguin alguna discapacitat, quan hi hagi barreres i/o situacions que poden dificultar o impossibilitar el trasllat al Servei ASSIR. S'haurà de dotar a l'ASSIR dels recursos humans i d'infraestructures adients

ACTIVITAT: Les activitats s'individualitzaran en funció de les necessitats i situacions de cada persona candidata a visita domiciliària

QUI: Llevadora i/o ginecòleg. El professional que haurà de desplaçar-se al domicili dependrà del tipus de necessitat que presenti la persona.

LLOC: Domicili.

4 Elements facilitadors transversals

En aquest apartat es descriuen alguns dels elements transversals que han estat identificats com a facilitadors necessaris per a l'èxit en la implantació i el desenvolupament del model.

4.1 Formació

El model d'ASSIR de l'ENAPISC ha d'afavorir la formació com a part del desenvolupament de la carrera professional i amb la finalitat d'assegurar una actualització de qualitat en els coneixements i les habilitats dels professionals en salut sexual i reproductiva.

Cal que els equips directius dels centres d'ASSIR, amb la col·laboració dels professionals, elaborin un pla formatiu. Aquest pla ha d'estar determinat per les necessitats de salut de la població, les necessitats formatives dels diferents estaments professionals i les línies estratègiques en el seu conjunt. També ha d'incloure la formació de professionals que no formen part de l'ASSIR, però que poden fer algun tipus d'atenció a la salut sexual i reproductiva en la XAP. De manera específica, aquest pla també ha de donar resposta a les necessitats dels professionals de nova incorporació.

És molt important que els diferents agents de la XAP i els diferents nivells assistencials col·laborin conjuntament en activitats de formació continuada que posin en valor el concepte d'*atenció integral basada en la persona*.

El pla formatiu s'ha d'avaluar. Hi ha d'haver una avaluació dels aprenentatges, els coneixements, les habilitats i el grau de satisfacció dels professionals que han rebut la formació.

4.2 Docència

La pràctica clínica representa el nucli en el qual adquireix significat la pràctica docent. La docència és una competència fonamental que s'ha de desenvolupar en la pràctica assistencial dels professionals de l'ASSIR i és també, al mateix temps, una responsabilitat d'aquests professionals per contribuir a la millora dels coneixements, les habilitats i les actituds de les persones en formació.

La formació dels futurs professionals ha de ser de qualitat, tant pel que fa a la formació a residents especialistes com a la formació clínica en els graus universitaris, en els cicles formatius de grau mitjà o de grau superior i, finalment, en la formació contínua. L'objectiu d'aquest procés docent és poder contribuir a la capacitació d'aquests professionals en habilitats diagnòstiques, clíniques, comunicatives, educatives, de principis ètics i humanístics, així com en la recerca.

La funció docent implica la tutorització i el seguiment del procés d'aprenentatge, en alguns casos, a través dels tutors i, en d'altres, mitjançant els col·laboradors docents. Aquests rols han de ser exercits a partir de formació específica en aspectes docents, d'aprenentatge i d'avaluació.

El model català aposta, d'una banda, perquè els tutors de les especialitats d'obstetrícia i ginecologia siguin de l'àmbit hospitalari i de l'ASSIR, i, de l'altra, perquè els residents de l'especialitat mèdica d'obstetrícia rotin pels dos àmbits d'atenció tal com fa el personal llevadora intern resident.

En aquest sentit, l'equip de l'ASSIR ha de treballar amb criteris de bona pràctica assistencial, de qualitat, de recerca i de treball en equip per aconseguir un entorn d'aprenentatge que motivi els futurs professionals a aprendre i millorar en l'atenció que en un futur puguin proporcionar.

La formació dels professionals implica assegurar per part de l'ASSIR el seguiment correcte de l'aprenentatge i el coneixement dels objectius plantejats per cada formació específica per tal d'assolir el perfil competencial de les persones en formació establert per cada rotació. Per això cal establir els criteris d'adequació dels professionals de l'ASSIR que han de disposar de les competències docents que permetin assegurar la qualitat docent que s'ha de garantir en la formació.

La metodologia docent utilitzada ha de prioritzar l'aprenentatge actiu tutoritzat, amb l'ús de mètodes educatius creatius, que assegurin la formació clínica, a través d'un aprenentatge experiencial que afavoreixi els coneixements, les actituds i les habilitats i, per això, s'han d'utilitzar diferents metodologies: resolució de casos, formació clínica, sessions clíniques que afavoreixin el pensament crític i que permetin la integració de la formació teòrica amb la formació clínica i investigadora.

Les persones en formació han complir les obligacions relacionades amb la confidencialitat de les dades que estableix la normativa vigent i l'equip de l'ASSIR ha de vetllar perquè es compleixi tot facilitant l'atenció clínica que poden prestar els professionals durant el seu període de formació.

Cal establir convenis entre les unitats docents multiprofessionals o altres organitzacions docents (universitats i institucions formatives acreditades) que regulin la vinculació de les persones en formació i la institució que ha de desenvolupar els objectius d'aprenentatge durant l'estada formativa.

S'ha d'especificar que cal una regulació del sistema d'accés a la formació i l'actualització en llocs de treball diferents a la ubicació laboral habitual, tant en professionals propis com en externs. Per exemple, professionals d'altres països amb un títol convalidat, professionals que ha exercit funcions en altres àmbits professionals (gestió, càrrecs electes, etc.).

4.3 Recerca, innovació i bones pràctiques

La recerca en l'ASSIR es considera necessària, especialment en els temes en què no hi hagi prou evidència, quan hi hagi controvèrsia i sigui necessària més informació. La tasca fonamental està en conèixer els processos i els canvis socials que poden afectar l'atenció a dones, homes, joves, col·lectius de diversitat d'orientació sexual, diversitat funcional, nadons i famílies.

La revisió de l'evidència científica i de les bones pràctiques existents detecta la dificultat i el desequilibri per a l'elaboració d'estudis en joves menors de 18 anys i gestants, a causa, entre altres causes, dels aspectes bioètics i legals de la investigació. En altres grups la causa és que són reduïts, com és el cas de les minories per diversitat sexual i diversitat funcional. També es detecta una manca de coneixement sobre diferents actuacions: l'administració de suplementos i nutrients, el cribratge de l'estreptococ B, cribratges ecogràfics, cribratge de la diabetis gestacional, sobre el maneig alternatiu al dolor en el postpart en les episiotomies i les mames, la identificació de violència de gènere en dones embarassades i com apoderar les dones en relació amb l'anàlisi de gènere, entre d'altres.

L'estratègia nacional proposa que, per a la millora de l'atenció al procés sexual i reproductiu, prenen una rellevància especial els estudis qualitius tenint en compte la perspectiva de gènere i les diferents necessitats de les dones en funció de les seves capacitats psicològiques, físiques, intel·lectuals, en relació amb les diferents cultures, religions i costums. La recerca és fonamental per a la innovació, ja que permet qüestionar i revisar constantment la manera de fer i l'estat de la situació d'una determinada disciplina.

Els estudis i les avaluacions sobre els processos, la recopilació d'informació i la sistematització dels resultats són elements fonamentals per generar propostes innovadores que ajudin a millorar les accions posades en marxa des d'una determinada política de sanitat pública.

Per aquesta raó és essencial que els sistemes informàtics dels nivells assistencials es puguin equiparar a l'hora de fer recerca i crear dades.

L'ASSIR de l'ENAPISC promou la detecció de les bones pràctiques que ajudin a recollir i sistematitzar experiències rellevants que puguin extrapolar-les a altres serveis i territoris.

Conèixer les experiències de centres sanitaris que desenvolupin exemples d'innovació i bones pràctiques és un bon model d'aprenentatge. La seva difusió permet la transferència de coneixement i la replicació en altres centres, així com la seva utilització per a la docència.

Per a la identificació de les bones pràctiques existents cal recollir de manera sistemàtica i transparent la informació de les pràctiques clíniques i de les accions informatives, formatives, de promoció i prevenció que es duguin a terme.

L'ASSIR de l'ENAPISC té com a finalitat:

- Promoure la investigació per millorar la qualitat i la calidesa de l'atenció en l'embaràs, el part, el naixement, el puerperi i el període neonatal, incorporant pràctiques innovadores d'eficàcia demostrada.
- Potenciar la identificació de bones pràctiques i la seva avaluació i la seva difusió pel territori.
- Promoure estudis qualitatius i quantitatius dirigits a les dones, els homes i les seves parelles, els joves, els col·lectius de diversitat d'orientació sexual i diversitat funcional per conèixer la seva opinió, les necessitats i el grau de satisfacció en l'atenció rebuda. Promoure estudis sobre els aspectes fisiològics del procés de la salut sexual reproductiva i dels seus components psicosocials.
- Promoure la investigació sobre l'atenció al procés de salut sexual i reproductiva que s'ofereix en els diferents proveïdors de salut i en els diferents nivells assistencials.
- Prioritzar estudis sobre els aspectes en què hi ha una manca de coneixements o n'hi ha menys disponibles.
- Donar suport perquè hi hagi professionals assistencials referents en recerca a cada centre d'ASSIR. Promoure intensificacions laborals per als professionals que fan recerca.
- Crear equips estratègics de recerca formats per epidemiòlegs, estadístics i clínics.
- Facilitar estudis orientats a conèixer les dificultats de professionals que intervenen en l'atenció al procés reproductiu per incorporar l'evidència científica a la seva pràctica clínica.
- Potenciar la investigació comparant els possibles beneficis i riscos de les diferents intervencions existents.
- Promoure estudis d'impacte de les diferents pràctiques sobre la salut física i psicològica de les mares, els fills i els pares.
- Incloure en les convocatòries de recerca d'àmbit nacional una àrea específica de salut sexual i reproductiva.

- Establir un sistema de recollida, anàlisi, comunicació i difusió de bones pràctiques per a coneixement general i la seva possible replicació per part de professionals en els diferents territoris de Catalunya que finalitzin amb l'elaboració de guies de pràctica clínica.

La investigació ha d'assenyalar el camí en el qual les polítiques sanitàries públiques han de basar-se per abordar els problemes de salut sexual i reproductiva de la nostra societat i construir les propostes per a l'acció.

4.4 Recursos assistencials: espais i equipaments

Per poder desenvolupar el model d'ASSIR de l'ENAPISC que s'ha definit en el present document s'ha de dotar dels recursos i els equipaments adequats (propis o de la XAP) que permetin poder resoldre la majoria de procediments diagnòstics, terapèutics, mèdics i de cirurgia menor ambulatoria establerts a la cartera de serveis.

L'atenció sexual i reproductiva als CAP ha de disposar d'espais diferenciats i accessibles que es relacionin directament amb el volum de població que cal atendre i tenint en compte criteris de manteniment de confidencialitat.

El centre d'ASSIR ha de disposar de:

- Despatxos totalment equipats per a visites individuals i amb una mida adequada per poder ubicar l'equipament específic de l'ASSIR (mínim de 20 m²).
- Consulta específica de cirurgia menor ambulatoria equipada segons la normativa vigent.
- Espais per a l'atenció grupal amb suficient capacitat per desenvolupar les diferents activitats definides a la cartera de serveis.
- Magatzem per al material fungible.
- Sala de reunions.
- Sala de treball equipada amb sistema informàtic.
- Despatxos per a l'equip directiu.
- Taulells d'atenció a l'usuari que garanteixen la confidencialitat.
- Sistema de cites i d'entrada a la consulta que garanteixi la confidencialitat.
- Sales d'espera amb pantalles informatives.
- Lavabos amb canviadors.
- Vestidor i taquilles.

4.5 Sistemes d'informació i TIC

El sistema d'informació a l'ASSIR ha de ser l'estació clínica d'atenció primària (ECAP). Un punt primordial és millorar la interoperabilitat dels sistemes d'informació per facilitar l'intercanvi d'informació necessària que ha de procurar la continuïtat assistencial en l'atenció dels processos i que representarà unes dades massives potents per a la recerca i l'assistència a tot Catalunya, garantint, a la vegada, la transparència de la informació de cara a la ciutadania.

Garantir la interoperabilitat dels sistemes informàtics entre els diferents hospitals de Catalunya i l'atenció primària és una eina de seguretat del pacient que permet fer un seguiment i una avaluació dels processos que han requerit una derivació entre ambdós nivells. L'HC3 és un sistema útil, però amb grans limitacions, cal potenciar-la i acabar de desenvolupar-la.

És primordial que es consensuï un registre específic d'activitat d'ASSIR que permeti analitzar i avaluar l'activitat. Cal optimitzar l'ús de noves tecnologies (interconsultes virtuals, consulta electrònica, videoconferència, telemedicina) per facilitar espais multidisciplinaris de planificació i d'atenció compartides, respectant criteris de seguretat i confidencialitat. L'atenció en l'ASSIR ha d'incloure la consulta no presencial, potenciar i millorar la publicitat i la utilització de webs (per exemple: www.sexejoves.gencat.cat) i altres recursos contrastats.

4.6 Avaluació

L'avaluació de qualsevol procediment és una pràctica essencial de les institucions i ha de servir per avaluar el compliment d'uns objectius concrets i per millorar el funcionament general de l'organització, introduint les modificacions i les actuacions necessàries que contribueixin a la millora contínua, la transparència cap a la ciutadania i l'excel·lència en la qualitat del servei.

El nou model d'ASSIR de l'ENAPISC ha de poder ser avaluat periòdicament seguint criteris d'efectivitat, eficiència i equitat segons uns indicadors d'estructura, de procés, i de resultats definits i consensuats.

És primordial que es consensuïn les variables d'un registre específic d'activitat d'ASSIR, similar al CMBD hospitalari, que permeti analitzar i avaluar indicadors de l'atenció sanitària prestada que incloguin la nova mirada del present document.

Cal identificar i definir els indicadors específics de la salut sexual i reproductiva que s'han d'incloure en l'informe de la central de resultats de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).

5 Bibliografia

Sexual and reproductive health and rights for all: an urgent need to change the narrative. New York: The Lancet.

Adhanom T, Kanem N. Defining sexual and reproductive health and rights for all. New York: The Lancet, 2018.

Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges [Internet]. Copenhagen; 2010 [citat l'1 de setembre de 2016]. Disponible a: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Pla estratègic d'ordenació de serveis de l'atenció a la salut sexual i reproductiva. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació; 2007.

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Servei Català de la Salut. Document de bases per a l'ordenació de l'atenció a la salut sexual i reproductiva a Catalunya. Barcelona; 2017.

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Cartera de serveis de les unitats d'atenció a la salut sexual i reproductiva de suport a l'atenció primària. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació; 2007.

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Pla estratègic d'ordenació de l'atenció maternoinfantil als hospitals de la xarxa hospitalària d'utilització pública a Catalunya. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació; 2008.

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Estudi sobre la situació de l'atenció a la salut sexual i reproductiva. Barcelona; 2005.

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. Segona edició. Barcelona; 2005.

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. Tercera edició. Barcelona; 2018.

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Educació maternal: preparació al naixement. Barcelona; 2009.

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó. Barcelona; 2003.

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Protocol de diagnòstic prenatal d'anomalies congènites fetals. Barcelona; 2008.

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Protocol de la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) farmacològica fins als 63 dies d'embaràs: actualització d'acord amb l'informe de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Barcelona; 2014.

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Protocol de les activitats per al cribatge del càncer de coll uterí a l'atenció primària. Barcelona; 2007.

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Consens sobre les activitats preventives a l'edat adulta dins l'atenció primària: llibre blanc. Barcelona; 2006.

Guttmacher-Lancet Commission on Sexual and Reproductive Health and Rights. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all. New York: The Lancet; 2018.

Llei 11/2014, de 10 d'octubre. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2014/BOE-A-2014-11990-consolidado.pdf>

World Health Organization. Action Plan for Sexual and Reproductive Health. Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind. Copenhagen; 2016.

Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2010 (En línia, data d'accés: 5 de juny de 2018). Disponible a: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>

Kessler, Marciane; Eberhardt, Thaís Dresch; Soares, Rhea Sílvia de Ávila; Signor, Eduarda; Lima, Suzinara Beatriz Soares de; Weiller, Teresinha Heck. Beneficios de la longitudinalidad como atributo de la Atención Primaria a Salud. Evidentia. 2016 ene-mar; 13(53).

Alazri M, Heywood P, Neal RD, Leese B. Continuity of Care: Literature review and implications. Sultan Qaboos Univ Med J. 2007 Dec;7(3):197-206.

Dreier J, Comaneshter DS, Rosenbluth Y, Battat E, Bitterman H, Cohen AD. The association between continuity of care in the community and health outcomes: a population-based study. Isr J Health Policy Res. 2012 May 23;1(1):21.

Recursos d'internet

Definició d'*adolescència* de l'OMS

El procés assistencial de l'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) a la xarxa d'atenció primària

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Web Sexe Joves

www.sexejoves.gencat.cat

Salutogènesi

www.springer.com/gb/book/9783319045993