

# **Model de salut comunitària a la xarxa d'atenció primària**

## **Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària (ENAPISC)**

Març 2019



Generalitat de Catalunya  
**Departament de Salut**



**Alguns drets reservats**

© 2019, 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 Planificació en salut

**I edició:**

Barcelona, maig de 2019

**Assessorament lingüístic:**

Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut

**URL:**

[http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits\\_actuacio/linies\\_dactuacio/plans\\_sectorials/pla\\_primaria\\_salut\\_comunitaria\\_enapisc/](http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_actuacio/linies_dactuacio/plans_sectorials/pla_primaria_salut_comunitaria_enapisc/)

# Sumari

Presentació.....	7
1 Marc conceptual de l'ENAPISC.....	10
1.1 Introducció .....	10
1.2 Missió, visió i valors de l'ENAPISC .....	10
1.3 Objectiu i principis .....	11
1.4 Àmbits de transformació.....	11
1.4.1 Model organitzatiu .....	12
1.4.2 Persones.....	14
1.4.3 Professionals .....	15
1.5 Línies estratègiques .....	15
1.5.1 Fer de l'atenció primària l'eix vertebrador del sistema de salut .....	15
1.5.2 Fer un sistema de salut integrat i de continuïtat.....	16
1.5.3 Desenvolupar la salut comunitària per abordar les necessitats relacionades amb la salut i les necessitats socials de les persones .....	16
1.5.4 Aplicar les tecnologies de la informació i la comunicació .....	17
1.5.5 Garantir una atenció centrada en la persona i de proximitat .....	17
1.5.6 Oferir una atenció sanitària de qualitat i segura.....	18
1.5.7 Protegir i promoure el professionalisme a l'atenció primària i salut comunitària .....	19
1.6 L'ENAPISC: el nou marc per al desenvolupament de la SC.....	19
2 Desenvolupament de la salut comunitària a l'atenció primària .....	20
2.1 Introducció .....	20
2.2 Antecedents.....	21
2.3 Visió i objectius de la salut comunitària.....	22
2.4 Cartera de serveis .....	23
3 Etapes en la implementació del procés comunitari.....	29
3.1 Etapa 0: etapa de reflexió.....	31

3.2	Primera etapa: etapa preliminar .....	32
3.3	Segona etapa: estudi en profunditat del problema o condició de salut seleccionats.....	35
4	Elements facilitadors transversals .....	38
4.1	Nou model de gestió en l'atenció primària i salut comunitària .....	38
4.2	Sistemes d'informació .....	39
4.2.1	Fonts d'informació .....	39
4.2.2	Història clínica .....	39
4.3	Desenvolupament professional: formació, docència, recerca.....	40
4.4	Innovació .....	40
4.5	Avaluació del procés i les intervencions comunitàries .....	40
4.6	Contractació i sistema de pagament .....	41
4.6.1	Criteris per a la definició del contracte de l'SC.....	41
5.	Anexos.....	43
5.1	Annex 1: Com treballar amb orientació comunitària .....	43
5.2	Annex 2: Formació del grup referent de salut comunitària .....	46
5.3	Annex 3. Com fer un grup motor. Qüestions prèvies a la seva formació.....	48
5.4	Annex 4: Participació ciutadana en salut .....	50
5.5	Annex 5: Punts crítics del procés comunitari .....	53
5.6	Annex 6: Recollida de dades de la comunitat .....	55
5.7	Annex 7: Indicadors per al diagnòstic comunitari per ABS .....	58
5.8	Annex 8: Mapatge de recursos i d'actius de salut.....	62
5.9	Annex 9: Pla de comunicació del procés comunitari local .....	64
5.10	Annex 10: Priorització.....	67
5.11	Annex 11: Desenvolupament de la intervenció comunitària, cerca d'evidències i monitoratge 70	
5.12	Annex 12: Indicadors per a l'avaluació del procés comunitari .....	72
5.13	Annex 13: L'avaluació de processos comunitaris .....	76



## Acrònims utilitzats

ABS	Àrea bàsica de salut
AGA	Àrea de gestió assistencial
AQUAS	Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
AP	Atenció primària
APS	Atenció primària de salut
APSC	Atenció primària i salut comunitària
APOC	Atenció primària orientada a la comunitat
ASPCAT	Agència de Salut Pública de Catalunya
ATDOM	Atenció domiciliària
BSaB	“Barcelona Salut als Barris”
CAP	Centre d'atenció primària
COMSalut	Comunitat i salut, projecte comunitari del Departament de Salut
CSM	Centre de salut mental
DSS	Determinants socials de salut
EAP	Equip d'atenció primària
e-CAP	Estació clínica atenció primària
ENAPISC	Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària
ESC	Equips de salut comunitària
ETSP	Equip territorial de salut pública
GM	Grup motor
HC	Història clínica
DESCAT	Institut d'Estadística de Catalunya
IGOP	Institut de Govern i Polítiques Públiques
IVE	Interrupció voluntària de l'embaràs
OEO	Observatori d'Empresa i Ocupació
OSSC	Observatori del Sistema de Salut de Catalunya
PAFES	Pla d'activitat física, esport i salut
PBRMI	Persones Beneficiàries de la Renda Mínima d'Inserció
SC	Salut comunitària
SP	Salut pública
TS	Treball social
XAP	Xarxa d'atenció primària

## Presentació

L'Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària (ENAPISC) té com a missió impulsar un nou model assistencial, amb l'objectiu principal d'enfortir l'atenció primària i la salut comunitària i de consolidar-les com a eix vertebrador del sistema sanitari públic.

Un dels principis bàsics del nou model consisteix a potenciar l'orientació comunitària com a estratègia salutogènica i que ajudi a superar les desigualtats socials en salut que són paleses a la nostra societat.

Les línies estratègiques que defineix l'ENAPISC orienten el conjunt de transformacions que han de fer efectiva la implementació del nou model d'APSC. En aquest sentit, l'ENAPISC defineix una línia estratègica específica que consisteix a desenvolupar la salut comunitària per abordar les necessitats de salut i socials de les persones de cada comunitat i, a més, la inclou com a procés assistencial clau dins la línia estratègica de salut integrada i de continuïtat, per poder avaluar i implementar de manera homogènia els processos comunitaris que es portin a terme als diferents indrets del territori català.

El document que teniu a les mans respon a la definició del procés d'abordatge comunitari des dels serveis assistencials i s'hi descriuen la visió i objectius, la metodologia per elaborar una cartera de serveis adaptada a cada realitat comunitària, el model organitzatiu, així com els factors facilitadors transversals a tenir en compte en la seva implantació.

És el fruit del treball del Grup Nuclear (GN) de la Comissió Tècnica de Salut Comunitària (CTSC-ENAPISC). El GN està format per directius i professionals clínics experts en aquest àmbit, en la selecció dels quals s'ha tingut cura de preservar la representativitat territorial, professional i la paritat de gènere; per representants institucionals del Departament de Salut i el Servei Català de la Salut (CatSalut), i per representants de la Comissió Permanent de l'ENAPISC. Així doncs, recull els resultats d'aquesta feina, així com dels treballs previs realitzats en el marc de l'Estratègia transversal per abordar projectes de salut comunitària .

### **Responsables institucionals de la Comissió Tècnica de Salut Comunitària**

- Cristina Nadal Sanmartín. Directora general de Planificació en Salut. Departament de Salut.
- Josep Maria Pons Berengueras. Responsable de Relacions Institucionals i Programes. Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut.
- Maria Josep López Dolcet. Directora operativa de l'Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària. Departament de Salut.
- Daniel Fernández Ponce. Director, Sector Baix Llobregat Centre-Litoral i l'Hospitalet de Llobregat. Servei Català de la Salut.
- Imma Vallverdú Duch. Regió Sanitària Barcelona. Consorci Sanitari de Barcelona. Servei Català de la Salut.

### **Coordinadors clínics de la Comissió Tècnica de Salut Comunitària**

- Iris Lumillo Gutiérrez. Infermera gestora de casos de la Unitat d'Atenció a la Complexitat del SAP Dreta, Institut Català de la Salut, i coordinadora del grup de treball Salut Pública i Comunitària de l'Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFiCC).
- Isabel Martínez Díaz. Directora CAP Castellar del Vallès.

### **Coordinació tècnica de la Comissió Tècnica de Salut Comunitària**

- Angelina González. Sub-direcció General de Promoció de la Salut.
- Anna Puente Arias. Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària. Departament de Salut.
- Mireia Leal Negre. Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària. Departament de Salut.
- Andrea Ramírez González. Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària. Departament de Salut.
- Jordi Sospedra Losada. Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària. Departament de Salut.

### **Autors de la Comissió Tècnica de Salut Comunitària**

- Núria Calzada Lombana
- Jordina Capella González
- José Luis de Peray Baiges
- Daniel Fernández Ponce
- Francesc J. Fernández i Enrich



- Mireia García-Villarrubia Muñoz
- Angelina González Viana
- Iris Lumillo Gutiérrez
- Isabel Martínez Díaz
- Esther Morales Suárez
- Carles Mundet Sucarrats
- Gloria Muniente Pérez de Tudela
- Carme Nebot Adell
- Josep M. Pons Berengueras
- Yolanda Rico García
- Anna Ríos Jiménez
- Maite Romera Punzano
- Carlos Romero Pozo
- Imma Vallverdú Duch

## **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.

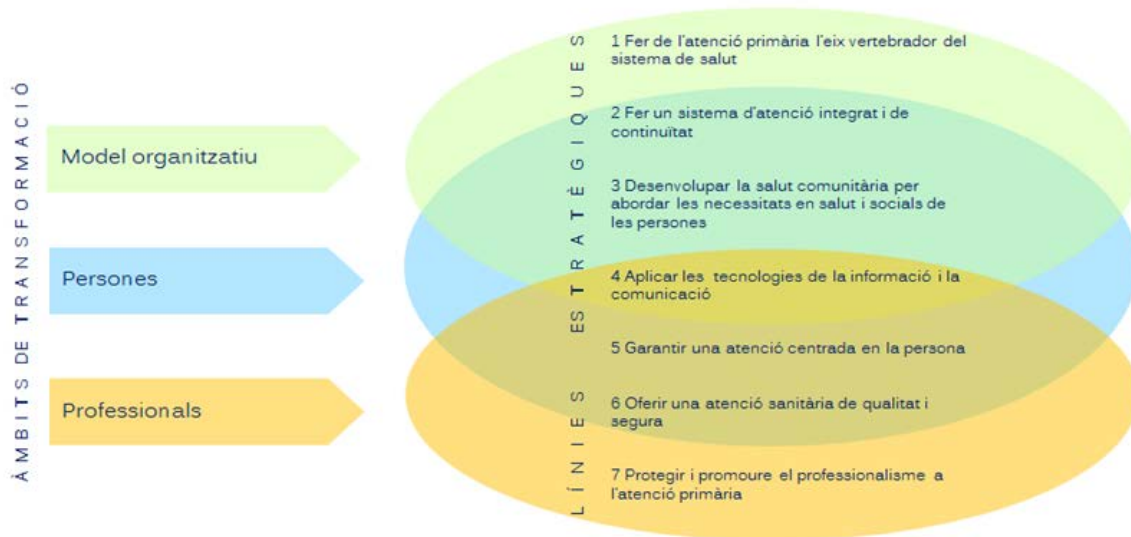
Els principis clau de l'estratègia són:

- 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**

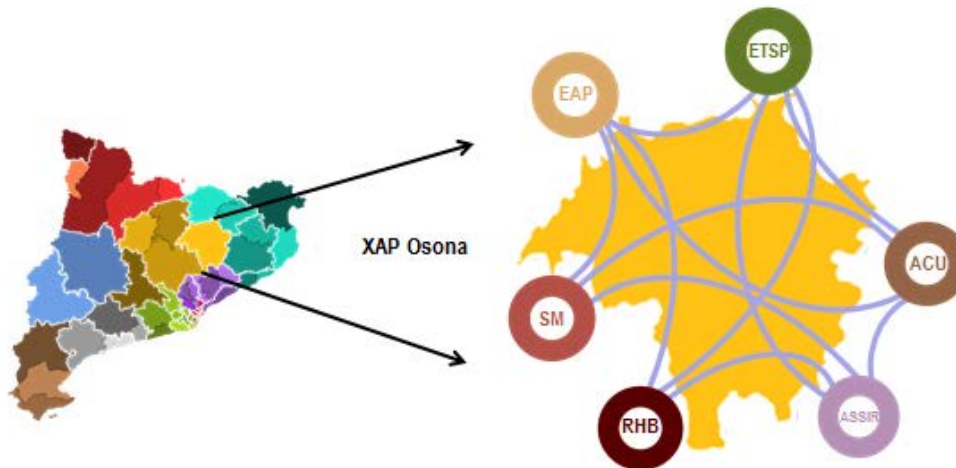


### 1.4.1 Model organitzatiu

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, de col·laboració 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 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.

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



Els objectius operatius d'aquesta línia estratègica són:

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

### **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 coresponsabilització.

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 la SC**

El Pla de salut de Catalunya 2016-20202 prioritza com a línia estratègica la salut en totes les polítiques, que es tradueix, en l'àmbit local, en el treball intersectorial en què s'implica la comunitat per a la millora dels determinants socials als quals està exposada. En aquest sentit, el Departament de Salut va establir com una de les prioritats potenciar l'APSC com a eix vertebrador del sistema de salut i peça clau per millorar l'estat de salut de la població, garantir i augmentar l'equitat, i millorar l'eficiència del sistema.

En aquest marc legislatiu, l'ENAPISC té com a missió impulsar una nova reforma de l'AP fonamentada en el concepte integral de salut, que inclogui els seus determinants socials, i que contribueixi a resoldre les necessitats de salut de les persones, de la proximitat a la realitat del seu entorn. De la mateixa manera, es proposa que la identificació i priorització de les necessitats d'una comunitat, l'estudi en profunditat del diagnòstic comunitari, i la realització de les activitats previstes en el contracte, així com el seguiment i l'avaluació de resultats del procés, formin part de la cartera de serveis de l'AP.

## 2 Desenvolupament de la salut comunitària a l'atenció primària

### 2.1 Introducció

Un aspecte essencial de les polítiques impulsades pel Departament de Salut és el de la salut comunitària (SC). L'interès rau tant en la seva vessant més estratègica com l'operativa, en com desplegar-la a través de la intersecció entre l'atenció primària de salut i la salut pública, i aquestes amb l'administració municipal i les entitats comunitàries.

En el marc legislatiu exposat a l'apartat anterior, l'ENAPISC té com a missió impulsar una nova reforma de l'AP fonamentada en el concepte integral de salut, que n'inclogui els determinants socials, contribuint, des de la proximitat, a resoldre les necessitats de salut de les persones. D'aquesta manera, es proposa que la identificació i prioritització de les necessitats d'una comunitat, l'estudi en profunditat del diagnòstic comunitari, i la realització de les activitats previstes en el contracte, així com el seguiment i avaluació de resultats del procés, formin part de la cartera de serveis de l'atenció primària.

El concepte de SC és un concepte polisèmic i requereix que sigui definit operativament perquè se'n tingui una visió compartida per a tots els actors d'aquesta transversalitat que es busca en el model mateix. En aquest cas, s'entén com l'expressió col·lectiva de la salut i 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<sup>1</sup>. A l'àmbit de salut català, l'aplicació de l'SC als diferents territoris s'ha fet mitjançant el procés comunitari, el qual està format per un conjunt de fases successives (en aquest document poden ser etapes i fases) de grups d'accions orientades a modificar de forma positiva els factors que determinen la salut d'una comunitat amb la seva participació<sup>2</sup>.

Així, la **millora dels determinants socials** als quals està exposada la comunitat amb la finalitat de millorar-ne la salut i el benestar és el principal objectiu de la salut comunitària, on la comunitat és la protagonista de l'acció comunitària. Per tant, un dels principis clau és la **participació ciutadana**<sup>3</sup>. A més, per garantir aquests canvis és imprescindible que s'apliqui el procés comunitari **treballant intersectorialment**,

---

<sup>1</sup> VV.AA. 2015, "Glossari i evolució de l'acció comunitària en salut a la ciutat de Barcelona", Barcelona: IGOP, ASPB, ICS.

<sup>2</sup> Comunidad y desarrollo. Barcelona: Nova Terra; 1969.

<sup>3</sup> Generalitat de Catalunya. Guia per dissenyar i executar processos participatius en l'àmbit municipal. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament d'Afers i Relacions Institucionals i Exteriors i Transparència; 2017.

definint la comunitat amb l'ús de l'epidemiologia i vetllant perquè les intervencions del procés siguin sostenibles i avaluades.

## 2.2 Antecedents

La salut comunitària té una llarga trajectòria a Catalunya, però fins ara majoritàriament ha estat en el terreny del voluntarisme i de les iniciatives professionals inserides en el sistema de salut. La situació pel que fa a aquest aspecte era que res el facilitava però res l'impedia, malgrat les previsions del Decret 84/1985, de mesures per a la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya (APS), on s'inclouïa la salut comunitària entre les seves previsions de serveis per a l'APS.

A l'Administració local, la promoció i la prevenció hi han tingut més presència, especialment amb una acció propera sobre els determinants de la salut en l'SC, però amb una incidència desigual en l'espai compartit amb l'APS.

Un altre aspecte molt present en experiències prèvies d'implementació de l'SC als diferents territoris catalans és l'heterogeneïtat. A cada realitat s'aprecien processos d'aplicació diferents, que corresponen majoritàriament a manifestacions parcials del model d'SC, o en ocasions hi ha una absència de model.

En aquest sentit, la xarxa AUPA (Actuant units per a la salut) a Catalunya va desenvolupar-se amb l'objectiu d'impulsar i difondre el model comunitari en el sistema sanitari català, especialment a l'àmbit de l'atenció primària i la salut pública. Posteriorment, el projecte COMSalut, vinculat a les propostes del Pla de salut de Catalunya 2016-2020, dintre de la línia de salut en totes les polítiques, ha suposat un impuls a l'SC, de manera que li ha donat el suport institucional que necessitava.

El projecte COMSalut<sup>4</sup> és un programa de l'Agència de Salut Pública de Catalunya i del Departament de Salut que, en sintonia amb la xarxa AUPA, implica directament setze àrees bàsiques de salut de Catalunya. Va iniciar-se el 2015 amb l'objectiu de desenvolupar una atenció primària orientada a la comunitat, i va donar als equips corresponents eines per al desenvolupament del procés comunitari al seu territori, amb la voluntat d'estendre el model a la resta de les ABS de Catalunya. El COMSalut suposa un abans i un després dels programes d'SC, on per primera vegada la salut comunitària es plasma al contracte de serveis dels proveïdors de l'APS i als objectius, la qual cosa en suposa la legitimació al sistema sanitari.<sup>5</sup>

<sup>4</sup> COMSalut: <https://comsalut.wordpress.com/tag/projecte/>

<sup>5</sup> Jornada COMSalut. Comunitat i salut: atenció primària i comunitària. 2 de juny de 2016. CaixaForum. Barcelona

## 2.3 Visió i objectius de la salut comunitària

El concepte d'SC implica el reconeixement d'una noció de salut i de comunitat i de les relacions entre les dues. I una noció de salut implica una realitat biopsicosocial que tendeix a aconseguir el benestar personal i social més gran tant de les persones com de la societat, i una actuació del sistema públic de salut que va des de la protecció dels riscos per a la salut fins a l'atenció a les persones en les etapes finals de la vida. La visió amb la qual els serveis de salut han d'actuar és considerant els determinants socials de la salut i compromesos amb la disminució de les desigualtats en tots els aspectes en què el sistema sanitari pot contribuir.

Pel que fa al sistema de salut, però, la comunitat bàsica és la població d'ABS, sense perjudici que també pugui adoptar altres formes depenent de diverses circumstàncies o grups de població als quals es pugui dirigir l'acció comunitària en salut.

En aquest sentit, la salut comunitària és la salut d'aquesta comunitat i, també, una forma de treballar en salut dels serveis i programes de salut amb el propòsit comú d'integrar les activitats clíniques adreçades als usuaris i les activitats col·lectives adreçades a tota la ciutadania.

Cal un marc institucional que permeti treballar conjuntament (una condició estructural) amb tots els actors, però també el contacte, la col·laboració i la coordinació amb la realitat comunitària (una condició funcional) a la qual es presten serveis. En definitiva, que treballin en xarxa les institucions de l'Administració local (municipis, comarques i diputacions) amb la resta de departaments de la Generalitat que tinguin representació territorial, sempre amb les entitats ciutadanes.

Aquest document pretén ser una guia estratègica i operativa de suport principalment per als professionals, directors de regió sanitària i directors de sector per a la implementació del procés de salut comunitària al territori català, i està basada en l'Estratègia transversal per abordar projectes de salut comunitària<sup>6</sup>.

Les **actuacions** que l'Estratègia preveu són les següents:

- El disseny i desenvolupament d'una estratègia de salut comunitària local basada en la detecció de necessitats i la identificació de recursos i actius.
- Implicació dels ciutadans i dels usuaris en tantes iniciatives com sigui possible.

<sup>6</sup> Secretaria de Salut Pública del Departament de Salut. Estratègia transversal per abordar projectes de Salut Comunitària. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2017.

- Elaboració i implementació d'un o més programes de salut comunitària adreçats a una o més necessitats prioritàries de la comunitat a l'ABS.
- Implementació d'intervencions comunitàries específiques per a poblacions vulnerables de l'ABS.
- Atenció explícita a la reducció de les desigualtats, i en general a promoure l'equitat.
- Elaboració d'un mapa d'actius comunitaris
- Desenvolupament d'activitats comunitàries vinculades als pactes territorials entre proveïdors.
- Impuls, adaptació, avaluació o re definició dels programes com a iniciatives, intervencions territorials de l'ASPCAT (obesitat infantil, "Salut als barris", "Salut i escola", Pla d'activitat física, programa "Sense fum", programa "Beveu menys", etc.)
- Disseny i manteniment d'un sistema de vigilància i avaluació dels objectius i les actuacions endegades (tant compatible com sigui possible amb els sistemes d'informació de la sanitat).
- Desenvolupament i millora dels sistemes d'informació actuals per tal que facin possible l'assoliment dels propòsits i dels objectius, com ara, i particularment, una història clínica que faciliti la consideració pràctica dels factors socials i comunitaris.

## 2.4 Cartera de serveis

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

A diferència de les carteres de serveis de l'APS, que inclouen la quasi totalitat dels serveis que permeten respondre a les necessitats de salut dels individus de la població assignada i la gestió dels principals riscos per a la seva salut, la cartera de serveis de l'SC està fonamentada en l'expressió d'un mètode de treball que s'aplica davant d'una situació de salut o, amb poca freqüència, de diverses, que afectin un territori definit i atès per serveis d'APS i SP.

També, el fet de parlar del concepte de cartera de serveis d'SC representa la formulació d'un constructe per fer-la homogènia amb altres activitats de l'APS o de l'SC i que respon a la lògica del què fa, per què ho fa, com es contracta, com es monitora, com s'avalua, com es valora, com es paga; que és propi dels sistemes

organitzatius basats en la contractació de serveis com a eina de relació entre qui té la responsabilitat d'oferir un servei i qui el presta.

Tot això amb el benentès que el servei, o sigui la prestació de l'SC, és una responsabilitat compartida de qui assumeix la responsabilitat de l'atenció, és a dir, el comprador de serveis i assegurador públic, i de qui els presta i també, de la mateixa comunitat.

Així, els elements bàsics de la cartera són els que s'esmenten a continuació:

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

En cada una d'aquestes etapes ha de quedar reflectit el conjunt de condicions que permeten que els EAP treballin en SC i els processos amb els quals s'expressa. Aquests processos inclouen la participació de la comunitat, l'acció intersectorial adreçada als determinants del problema, les estratègies de disminució de les desigualtats o les que siguin pertinents d'acord amb la necessitat a la qual s'atén.

Els avantatges de la formulació de la cartera de serveis d'SC d'aquesta manera són diversos:

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

#### **2.4.1. Qui ho ha de fer**

Els serveis que actuen de forma especial en l'SC en primera instància són, l'APS, a través dels equips d'atenció primària (EAP), i la SP, quan actua localment a



través dels equips territorials de salut pública (ETSP), juntament amb la participació dels serveis comunitaris lligats als ens locals.

El programa d'atenció domiciliària i equips de suport (PADES), els serveis de salut mental i addiccions a través dels equips integrats de salut mental i addiccions a l'atenció primària (SMIA a l'AP), els centres de salut mental (CSM) i dels centres d'atenció i seguiment a les drogodependències (CASD), els serveis d'atenció continuada i urgent (ACU), les actuacions del Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP) quan actua en l'àmbit comunitari, les accions dels serveis d'ASSIR, el programa "Salut i escola", les especialitats que proporcionen principalment atenció ambulatoria d'altres serveis, el treball social, les farmàcies comunitàries i l'atenció sociosanitària han d'incorporar una visió comunitària, amb voluntat de cobrir les necessitats prioritàries, i no només com uns serveis orientats a la demanda.

En aquest sentit, en el model d'SC proposat hi ha d'haver una integració funcional en l'àmbit de l'ABS i aquests dispositius han de participar de la visió comunitària. Això ha de quedar explícit en les respectives carteres de serveis.

#### **2.4.2. Com s'ha de fer**

Bona part de l'operatiu per fer real i efectiva la cartera de serveis d'SC, especialment en les fases inicials, implica una acció metodològica coordinada entre els principals actors. Aquesta metodologia comprèn tres fases que de forma molt breu i sintètica es descriuen a continuació i que es troben desenvolupades en l'apartat següent.

1. La primera fase del treball implica que es realitzi una anàlisi de situació relativament ràpida. Aquesta anàlisi, realitzada amb informació disponible, ha de permetre la identificació i la priorització d'un problema de salut que serveixi de punt de partida per iniciar una intervenció. Inclou també la utilització d'informació disponible en l'àmbit dels determinants de la salut i del mateix estat de salut de la comunitat, emprant tècniques quantitatives i qualitatives. Cal evitar la recollida d'informació sobre aspectes no rellevants. L'objectiu és el reconeixement de la comunitat i la identificació dels seus principals problemes o necessitats de salut i dels seus determinants. Un cop elaborada aquesta llista de problemes, se n'ha de fer una priorització i cal que es prenguin decisions sobre aquells en els quals cal intervenir. S'ha de ser especialment curós en aquesta fase per tal que tots els implicats arribin a un mateix grau de comprensió del que s'està fent i de per a quina finalitat s'està fent. Hi ha diferents recursos i guies per orientar i ajudar en aquesta fase inclosos a la bibliografia d'aquest model.
2. La segona acció és el coneixement en profunditat del problema per ratificar que veritablement és un problema o una necessitat en aquell territori, quantificar-ho per tenir una línia de base sobre la qual comparar els canvis i, finalment, triar o

decidir quin tipus d'intervenció es farà d'acord amb les evidències de la seva eficàcia i l'anàlisi de la seva factibilitat. A partir d'aquests elements es pot planificar la intervenció, que és la darrera de les activitats d'aquesta fase.

3. La tercera acció consisteix a desenvolupar la intervenció. Essencialment, aquesta fase respon de manera efectiva a aquestes preguntes: què es vol assolir?, què es farà?, a qui s'adreçarà?, com es farà?, qui ho farà?, en quina seqüència temporal?, amb qui es farà?, com es monitorarà? i, finalment, com s'avaluarà? Aquestes preguntes han d'estar en la fase prèvia, quan s'hagi planificat la intervenció.

Tots els elements de l'anàlisi inicial, de la priorització, de la presa de decisions i de la planificació, així com els que fan referència a la intervenció, han d'incloure la participació de la comunitat i l'acció intersectorial en un grau tan elevat i convenient com sigui possible. Es tracta d'un procés que cal realitzar amb les persones, organismes, institucions i associacions comunitàries. És des d'aquesta acció inclusiva que la identificació dels actius en salut, l'acció intersectorial i la col·laboració interdisciplinària es efectiva. I perquè tot això tingui sentit cal un equip d'SC que actui com a motor del procés. L'apartat següent està dedicat a oferir elements estratègics i operatius de suport per la implementació del procés de salut comunitària.

## 2.5 Model organitzatiu

Als efectes de l'SC, s'ha d'entendre que l'APS i la SP formen un conjunt indissoluble. D'acord amb això, les formes organitzatives i relacionals amb el CatSalut tenen expressions diferents tenint en compte les circumstàncies institucionals d'una i de l'altra.

Les xarxes d'atenció primària (XAP) són sistemes integrats d'equips de professionals assistencials que enfoquen el seu treball cap les persones i la comunitat. Els EAP actuen com una plataforma d'intercanvi 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, de manera que es construeix a l'àmbit territorial un veritable sistema d'atenció integrada.

L'estructura mínima perifèrica territorial de l'SP és l'ETSP. Aquest ETSP té una responsabilitat territorial que inclou diverses ABS. A falta del desplegament complet de l'estructura d'SP, les previsions són que aquestes unitats siguin unes 30 a Catalunya. Les ABS de Catalunya són més de 370, la qual cosa suposa que corresponen a unes 12 ABS per ETSP. Aquest repartiment podria ser suficient si es disposés dels recursos humans amb competències per poder donar suport eficaç a les ABS o per treballar-hi conjuntament. S'estima que cada un dels potencials membres dels ETSP que poden prestar aquest suport a l'APS o hi poden treballar

conjuntament ha de tenir unes 3-4 ABS. Això suposa que cada un dels ETSP ha de disposar de 3 o 4 professionals competents per poder desenvolupar aquesta funció.

En la memòria econòmica que va acompanyar la creació de l'Agència de Salut Pública de Catalunya (2009), s'hi feia una previsió de dotar d'uns 100 professionals d'SC per ocupar les funcions en l'ETSP que permetessin que es complissin les funcions d'SC. Es considera que aquesta previsió és plenament vigent per fer de l'SP un actor rellevant en el desenvolupament de l'SC de Catalunya, si es vol apostar per aquest model que, en definitiva, es basa en una SP orientada a la comunitat.

### **2.5.1. Grups estratègics per al desenvolupament de la salut comunitària**

**Nucli impulsor** d'SC: està format pel director o directora o l'adjunt o adjunta a la direcció, els referents d'SC dels EAP i la persona representant de l'ETSP de referència, si és possible.

**Grup motor:** compost, com a mínim, pels membres del nucli impulsor de l'EAP i una persona responsable dels ETSP i l'ajuntament (regidoria de salut, serveis socials, etc.). Idealment amb una representació de la comunitat.

Aquest grup motor ha de treballar amb intersectorialitat, és a dir, buscant aliances de manera proactiva amb diferents sectors. Cal que es valori la possibilitat d'incloure-hi grups de participació ciutadana en salut, és a dir, que s'ha de treballar per aconseguir la participació directa de la comunitat a través del veïnatge i/o grups i entitats del barri.

La seva funció principal és el lideratge i la coordinació, a més de ser el dipositari principal del coneixement de l'SC, que estableix el criteri per a la mobilització de recursos, les relacions amb les parts interessades, i l'abordatge de les qüestions conflictives que sorgeixen i dels temes ètics. D'aquesta manera, les persones que l'integrin han de tenir una formació suficient en SC, han d'exercir la representació de les institucions i organitzacions implicades, i cal que tinguin capacitat per al treball interdisciplinari i intersectorial i, finalment, han de tenir reconeguda la capacitat d'interlocució.

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

**Taula de salut comunitària:** constituïda pel grup motor i tots els agents clau de la comunitat que formen part d'entitats dels barris o no en formen part. Tenen la funció de presentar el procés comunitari en el marc de l'ENAPISC i aquests membres participen en el desenvolupament del procés i en l'estratègia de comunicació als sectors sobre els quals té responsabilitats.

**Grup de treball de la taula de salut comunitària:** han de ser experts del tema a estudiar en profunditat, detectat i prioritzat. S'ha d'escollir a la taula comunitària. Amb la possibilitat d'incorporar nous agents externs a la taula comunitària.

**Taula 1. Resum dels grups estratègics per al desenvolupament de la salut comunitària**

Nucli impulsor	Està format pel director o directora o per l'adjunt o adjunta a la direcció, els referents d'SC del centre i la persona representant de l'ETSP de referència, si és possible.
Grup motor	Constituït pel nucli impulsor de l'EAP i totes les persones que tenen un paper clau en el procés de desenvolupament de l'SC local (tècnics d'ajuntament, tècnics de districte, o d'altres institucions, entitats i comunitat). Les persones que l'integrin han de tenir una formació suficient en SC, exercir la representació de les institucions i organitzacions implicades, capacitat per al treball interdisciplinari i intersectorial i, finalment, han de tenir reconeguda la capacitat d'interlocució.
Taula de salut comunitària	Integrada per professionals i membres de la comunitat que responen als diferents sectors implicats. La seva funció principal és el lideratge i la coordinació, a més de ser la dipositària principal del coneixement de l'SC, que estableix el criteri per a la mobilització de recursos, les relacions amb les parts interessades.
Grup de treball de la taula de salut comunitària	Grup de treball específic de la taula comunitària, constituït per experts del tema a estudiar en profunditat, de la necessitat prioritzada.

### 3 Etapes en la implementació del procés comunitari

Bona part de l'operatiu per fer real i efectiva la salut comunitària implica una acció metodològica coordinada entre els principals actors. El procés d'SC té com a protagonista la mateixa comunitat, que ha de prendre la responsabilitat de la seva salut col·lectiva i les decisions ben informades que l'afecten. Però, com en tots els processos, hi ha diverses situacions i punts d'origen. Amb el benentès que qualsevol desenvolupament d'aquesta naturalesa ha d'incloure des de l'inici la comunitat, a través d'una participació tan estreta com sigui possible, cal que es consideri l'estat de la situació mitjançant el coneixement en primer lloc del moment evolutiu de la salut comunitària a l'ABS.

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

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

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

En tots els casos, el mètode de treball és el que correspon al d'un cicle de gestió: establiment d'aliances, reconeixement de la comunitat (ABS), identificació i prioritització de problemes i recursos o actius, estudi en profunditat d'un problema prioritari i els seus determinants i planificació de la intervenció, i desenvolupament del programa de salut comunitari que aborda el problema prioritari i els seus determinants i que connecta la necessitat als recursos locals. Les característiques específiques d'aquestes etapes s'exposen a continuació.

Aquest apartat pretén ser una guia estratègica i operativa de suport principalment per als professionals, directors de XAP, de regió sanitària i directors de sector per a la implementació del procés de salut comunitària al territori català. Sobre aquesta base, es proposa que l'estratègia d'SC, sigui quin sigui l'àmbit en què es desenvolupi, tingui les etapes següents.

- Etapa 0: etapa prèvia de reflexió i creació del nucli impulsor i reorientació de l'organització dins de l'EAP.

- Primera etapa: etapa preliminar i de caracterització de l'ABS amb la identificació i prioritització dels principals problemes de salut.
- Segona etapa: etapa d'estudi en profunditat del problema o condició de salut seleccionats, amb els seus determinants.
- Tercera etapa: etapa d'implementació de la intervenció

### 3.1 Etapa 0: etapa de reflexió

<b>ETAPA 0 Abans de començar el procés comunitari, etapa de reflexió a l'EAP.</b>			
	<b>Què s'ha de fer</b>	<b>Com s'ha de fer</b>	<b>Recursos</b>
<b>Fase 1</b>	<b>Crear el nucli impulsor</b> i legitimar-lo	Composició almenys pel director o directora o per l'adjunt o adjunta a la direcció i els referents d'SC del centre. Transmissió de la informació des de l'equip directiu de l'EAP al director o directora de sector i a la xarxa d'atenció primària (XAP). Incorporació dels ETSP de referència. És possible que alguns ETSP també necessitin la incorporació d'aquesta etapa reflexiva i organitzativa interna per cooperar amb els EAP.	L'ETSP referent.
	<b>Identificar i analitzar</b> els objectius, barreres i facilitadors en la implantació	Aclariment de conceptes del procés comunitari. Identificació de punts febles i forts de la implantació del procés a l'EAP. Valoració de la sessió informativa a l'EAP i presentació de l'ENAPISC. Identificació de les necessitats formatives.	Consultar el glossari de termes IGOP <sup>7</sup> i l'Estratègia transversal <sup>8</sup> .
	<b>Reorientar l'organització</b> de l'EAP	<b>A la consulta:</b> treball amb orientació comunitària, és a dir, atenció centrada en la persona, família i comunitat. Coneixement dels actius i recursos de la comunitat i les necessitats de salut. <b>A l'EAP:</b> oferiment de flexibilitat als professionals de l'equip; adaptació de les agendes, temps i espais. Si és possible, cerca d'agents clau de la comunitat i/o contacte amb aquests (informar-ne la comunitat en la mesura que sigui possible), i informació sobre la nova orientació de l'EAP, oferint participació activa per a la següent etapa.	És necessari que a cada centre es revisi el model d'acreditació de l'EAP. Consultar l'annex 1.

<sup>7</sup> VV.AA. 2015, "Glossari i evolució de l'acció comunitària en salut a la ciutat de Barcelona", Barcelona: IGOP, ASPB, ICS.

<sup>8</sup> Secretaria de Salut Pública del Departament de Salut. Estratègia transversal per abordar projectes de Salut Comunitària. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2017.

<b>ETAPA 0 Abans de començar el procés comunitari, etapa de reflexió a l'EAP.</b>			
	<b>Què s'ha de fer</b>	<b>Com s'ha de fer</b>	<b>Recursos</b>
<b>Fase 2</b>	<b>Realitzar la formació i capacitació</b>	<p>Elaboració d'un programa formatiu adaptat a les necessitats formatives dels membres del nucli impulsor.</p> <p>Realització d'una formació teoricopràctica utilitzant la informació treballada pel procés d'SC de la mateixa ABS. Ha de ser adaptada a cada fase d'implantació del procés comunitari, per tant transversal a tot el procés.</p> <p>Formació de la resta de l'EAP a càrrec dels referents d'SC (per assolir l'objectiu de incorporar aquesta orientació a la pràctica diària).</p>	<p>Disposar d'un programa formatiu adaptat a les necessitats dels professionals i a les fases del procés.</p> <p>Consultar l'annex 2.</p>
	<b>Garantir l'estructura per a l'SC</b>	<p>Existència de la plantilla necessària, o la disponibilitat de temps de professional, per integrar l'SC a l'activitat de l'EAP.</p>	<p>Temps de professional d'acord amb les càrregues de treball i conjunt de l'activitat realitzada.</p>

### 3.2 Primera etapa: etapa preliminar

<b>ETAPA 1 Etapa preliminar i de caracterització de la comunitat amb la identificació i prioritització de les principals necessitats de salut.</b>			
	<b>Què s'ha de fer</b>	<b>Com s'ha de fer</b>	<b>Recursos</b>
<b>Fase 1</b>	<b>Establir aliances:</b> crear el <b>grup motor</b> (GM), o integrar-se en un GM ja existent	<p>Composició, com a mínim, pels membres del nucli impulsor de l'EAP més una persona responsable dels ETSP i l'ajuntament (regidoria de salut, serveis socials, etc.).</p> <p>Treball amb intersectorialitat, és a dir, buscant aliances de manera proactiva amb diferents sectors.</p> <p>Valoració de la possibilitat d'incloure grups de participació ciutadana en salut al grup motor, és a dir, treball per aconseguir la participació directa de la comunitat a través del veïnatge i/o grups i entitats del barri.</p> <p>Establiment d'un pla de comunicació <b>intern</b>. Establiment d'un pla de treball anual, registre d'actes i al sistema informàtic de l'EAP.</p>	<p>Pot ajudar, si no hi ha relacions prèvies establertes, que s'iniciï el contacte entre l'EAP i ETSP, i que aquests contactin amb l'ajuntament.</p> <p>Consultar l'annex 3 i 4.</p>



<b>ETAPA 1 Etapa preliminar i de caracterització de la comunitat amb la identificació i prioritització de les principals necessitats de salut.</b>			
	<b>Què s'ha de fer</b>	<b>Com s'ha de fer</b>	<b>Recursos</b>
	<b>Crear aliances</b> amb entitats i agents comunitaris	Contacte inicial amb els agents clau i legitimació d'aquests agents. Establiment d'un pla de treball, registre d'actes, i pla de comunicació <b>externa</b> : presentació del procés en el marc de l'ENAPISC a la comunitat (població, entitats i professionals). Aquesta estratègia ha de desenvolupar-se durant tot el procés comunitari (annex del pla de comunicació).	Llista d'entitats de l'ajuntament. Consultar l'annex 5 i 7. Valorar la realització de sociograma <sup>9</sup> .
	<b>Constituir la taula comunitària</b>	Constitució pel grup motor i tots els agents clau de la comunitat que formen part d'entitats dels barris o no. Presentació del procés comunitari en el marc de l'ENAPISC. Aquests membres participen en el desenvolupament del procés i en l'estratègia de comunicació als sectors sobre els quals té responsabilitats.	Llista d'entitats de l'ajuntament i cerca i introduir recursos i actius al web d'actius <sup>10</sup> . Treball intersectorial. Consultar l'annex 5 i 8.
	Incorporar processos comunitaris actius a la comunitat.	Indagació en <b>processos comunitaris que s'estiguin desenvolupant al territori</b> i valoració de la possibilitat d'integrar-se al procés.	Treballar conjuntament amb els membres de la taula comunitària. Cercar actius al web <sup>11</sup> .
<b>Fase 2</b>	Tenir coneixement de la comunitat	Recollida i anàlisi d'informació des d'una perspectiva dels DSS (determinants socials de la salut) <sup>9</sup> i la salutogènesi <sup>10</sup> (necessitats i actius de la comunitat). Informació <b>quantitativa</b> a través d'indicadors rellevants per definir els diferents determinants socials de la salut.  Informació <b>qualitativa</b> a partir de percepcions de professionals i ciutadania.	Treball conjunt amb l'ETSP. A l'annex 6 i 7 es presenten les diferents bases de dades on es poden obtenir les dades quantitatives de la comunitat.

<sup>9</sup> Martín-Gutiérrez P. El sociograma como instrumento que desvela la complejidad. EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales. 1999; 2: 129-151.

<sup>10</sup> Cercador d'Actius i Salut [Seu web]\*. Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). [accés febrer 2018]. Disponible a: [http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre\\_lagencia/pinsap/Accions-eines-i-projectes-relacionats/actius-i-salut/cercador-dactius-i-salut/index.html](http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/pinsap/Accions-eines-i-projectes-relacionats/actius-i-salut/cercador-dactius-i-salut/index.html)

<sup>11</sup> Cercador d'Actius i Salut [Seu web]\*. Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). [accés febrer 2018]. Disponible a: [http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre\\_lagencia/pinsap/Accions-eines-i-projectes-relacionats/actius-i-salut/cercador-dactius-i-salut/index.html](http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/pinsap/Accions-eines-i-projectes-relacionats/actius-i-salut/cercador-dactius-i-salut/index.html)

<b>ETAPA 1 Etapa preliminar i de caracterització de la comunitat amb la identificació i prioritització de les principals necessitats de salut.</b>			
	<b>Què s'ha de fer</b>	<b>Com s'ha de fer</b>	<b>Recursos</b>
		<b>Participació de professionals i ciutadania.</b>	Tècniques de realització de grups focals i nominals. <sup>12</sup> És necessària la formació sobre metodologies qualitatives i participatives. <sup>13</sup> Consultar l'annex 4, 6, i 8.
	Analitzar la informació	Anàlisi de la informació precedent i obtenció d'un document de necessitats i dels seus determinants, i d'actius comunitaris . Retorn de la informació obtinguda als professionals i agents de la comunitat.	Redacció d'un informe qualitatiu de resultats anual. Consultar l'annex 5 i 9.
<b>Fase 3</b>	Prioritzar les necessitats de la població	Priorització participativa segons la tècnica que esculli el grup motor. Realització d'una jornada comunitària en la qual: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es presenten els resultats del diagnòstic realitzat</li> <li>- Es consensua la proposta de necessitats.</li> <li>- S'estableixen les prioritats</li> </ul>	Consultar l'annex 10.

<sup>12</sup> 1. Artazcoz L, Calzada N, Colell E, Daban F, Díez E, Fernández-Sánchez A, García-Subirats I, Juárez O, et al. 2017. Barcelona Salut als Barris. Com desenvolupar l'estratègia de salut comunitària. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona.

<sup>13</sup> Artazcoz L, Calzada N, Colell E, Daban F, Díez E, Fernández-Sánchez A, García-Subirats I, Juárez O, et al. 2017. Barcelona Salut als Barris. Com desenvolupar l'estratègia de salut comunitària. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona.

Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible (CIMAS). Manual de metodologías participativas. Madrid: 2009.

### 3.3 Segona etapa: estudi en profunditat del problema o condició de salut seleccionats

ETAPA 2 Estudi en profunditat de les necessitats o problema de salut prioritzats amb els seus determinants per a la planificació de la intervenció.			
	Què s'ha de fer	Com s'ha de fer	Recursos
Fase 1	Estudiar en <b>profunditat</b> la necessitat prioritzada en la comunitat i els seus determinants	Realització d'un estudi en profunditat a l'àmbit local de la necessitat prioritzada, coneixement del punt de partida i de quins són i com influeixen els principals determinants i a quina població afecta amb més intensitat. Identificació, si n' existeixen, de programes que actuïn sobre la necessitat prioritzada. Elaboració d'un informe de l'estudi.	Grup motor i grup de treball escollit a la taula comunitària. Amb la possibilitat d'incorporar nous agents externs a la taula comunitària per a l'estudi en profunditat. Consultar l'annex 6.
	Revisar l'evidència	Cerca bibliogràfica del que s'ha fet en contextos similars i quins resultats s'han obtingut (eficàcia, efectivitat i eficiència).	Grup motor (específicament tasca de l'ETSP i algun expert del grup) i grup de treball específic. De forma annexa, cerca de l'evidència en SC. Consultar l'annex 5 i 11.
	Reconèixer els actius	Connexió dels actius identificats en la fase anterior amb la necessitat identificada. Si és necessari, realització d'una cerca d'actius enfocada a la necessitat prioritzada (mapatge participatiu) <sup>14</sup> .	Web Actius i salut. <sup>16</sup> Consultar l'annex 8.

<sup>14</sup> Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, Nieto J, Cofiño R. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. Gac Sanit 2013; 27(2):180-183.

<sup>16</sup> Cercador d'Actius i Salut [Seu web]\*. Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). [accés febrer 2018]. Disponible a: [http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre\\_lagencia/pinsap/Accions-eines-i-projectes-relacionats/actius-i-salut/cercador-dactius-i-salut/index.html](http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/pinsap/Accions-eines-i-projectes-relacionats/actius-i-salut/cercador-dactius-i-salut/index.html)

ETAPA 2 Estudi en profunditat de les necessitats o problema de salut prioritzats amb els seus determinants per a la planificació de la intervenció.			
		Incorporació dels actius i recursos de les entitats i/o ajuntament a la web Actius i salut <sup>15</sup> (o la que correspongui).	
Fase 2	Definir la intervenció, planificar l'avaluació i els sistemes de registres	<p>Amb els resultats de l'evidència, les causes i estudi del problema, i els actius locals → <b>Definició de la intervenció.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir els <b>objectius generals</b>, específics i operatius (una sèrie d'activitats per aconseguir els objectius establerts).</li> <li>- Formular els <b>indicadors</b> amb la metodologia SMART (específics, mesurables, realistes, assolibles i en un temps determinat).</li> <li>- Definir la metodologia del procés de recollida de la informació i enregistrament de les accions que es volen avaluar.</li> </ul>	<p>Grup motor amb el grup de treball de la necessitat que ha estat prioritzada.</p> <p>Consultar l'annex 7, 12 i 13.</p>
	Planificar la intervenció i l'acció intersectorial i comunitària	<p>Respondre a les preguntes què, qui, quan, on, amb quins recursos, quin sistema de seguiment s'aplica i amb quins indicadors, i quin sistema d'avaluació es proposa fer. Realització d'un cronograma.</p>	<p>Grup motor amb el grup de treball de la necessitat que ha estat prioritzada, i la col·laboració de l'AQuAS per a la identificació dels indicadors.</p> <p>Consultar l'annex 9 i 11.</p>

<sup>15</sup> Cercador d'Actius i Salut [Seu web]\*. Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). [accés febrer 2018]. Disponible a: [http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre\\_lagencia/pinsap/Accions-eines-i-projectes-relacionats/actius-i-salut/cercador-dactius-i-salut/index.html](http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/pinsap/Accions-eines-i-projectes-relacionats/actius-i-salut/cercador-dactius-i-salut/index.html)

### 3.4. Tercera etapa: implementació de la intervenció

ETAPA 3 Implementació, seguiment i avaluació de les intervencions, i avaluació del procés comunitari.			
	Què s'ha de fer	Com s'ha de fer	Recursos
Fase 1	Realitzar el pla d'acció	Aplicació del cronograma i posada en marxa de la intervenció planificada.	Grup motor amb taula comunitària. Registre de l'activitat comunitària a l'e-CAP. Consultar l'annex 11.
	Monitorar	Observació sistemàtica dels indicadors més sensibles i fàcils d'obtenir prèviament establerts (etapa 2, fase 2), per si cal introduir modificacions sobre la marxa en la implementació de les activitats (del programa). És útil que es faci servir l'eina d'avaluació de l'equitat de les intervencions del programa comunitari <a href="http://obsaludasturias.com/equidad/web/formulario">http://obsaludasturias.com/equidad/web/formulario</a> .	Grup motor amb el grup de treball de la necessitat que ha estat prioritzada. Consultar l'annex 11.
Fase 2	Avaluar	Utilització de registres i/o entrevistes amb qüestionaris presencials o telefònics. El lideratge de l'avaluació ha de ser a càrrec del grup motor amb la col·laboració d'organismes acreditats en qualitat assistencial (Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitària, acreditació dels EAP)  Presentació dels resultats a la taula comunitària i a la comunitat anualment, i realitzant la valoració i propostes de millora contínua.  Avaluació de les intervencions i del procés. <sup>17</sup>	Grup motor amb el grup de treball de la necessitat que ha estat prioritzada + suport d'AQuAS + ASPCAT.  Consultar l'annex 12 i 13

<sup>17</sup> Ajuntament de Barcelona. Àrea de Qualitat de Vida, Igualtat i Esports. Guia operativa d'avaluació de l'activitat comunitària. Barcelona

## 4 Elements facilitadors transversals

### 4.1 Nou model de gestió en l'atenció primària i salut comunitària

La introducció del model d'SC requereix una reorientació de la gestió dels equips d'atenció primària que permeti que l'SC disposi de condicions estructurals bàsiques per a un desenvolupament exitós. Els conceptes centrals de la reorientació són el **temps de persona**, és a dir, la disponibilitat de personal addicional en la majoria dels casos, i el **model de gestió** per a l'SC tant en l'APS com en l'SC.

Aquests requeriments ja foren identificats en el projecte COMSalut i s'apuntaven els canvis essencials que es requerien en relació amb els serveis de l'APS:

- Reorientació dels objectius de les actuacions assistencials prioritzant la disminució del consum sanitari inapropiat quan s'eliminen les actuacions sense evidència científica clara, o fins i tot perjudicials per a la salut dels pacients, seguint les recomanacions del projecte Essencial.
- Priorització màxima de la prevenció de la iatrogènia i de la garantia de la seguretat dels pacients.
- Potenciació de l'orientació comunitària de totes les actuacions de promoció de la salut, preventives i assistencials.
- Incorporació d'una perspectiva intersectorial en totes aquelles actuacions de l'EAP en què la participació d'altres sectors i agents pugui millorar-ne l'efectivitat i l'eficiència.
- Modificació de les agendes de treball dels membres de l'equip per incorporar com a activitats quotidianes les de coordinació amb altres recursos sanitaris i d'altres sectors que actuen en el territori, així com amb els actius de salut comunitaris i les administracions locals.
- En el cas dels recursos de salut pública, els canvis en la seva cartera de serveis han de seguir la línia marcada prèviament en relació amb la inclusió d'objectius i activitats dirigides a potenciar la coordinació amb els EAP i altres recursos sanitaris i no sanitaris del territori.
- Quant a les activitats de prevenció i de control dels pacients crònics i dels processos patològics complexos, cal tenir en compte també la dimensió comunitària i adaptar la dinàmica assistencial aprofitant els recursos comunitaris i prevenint les ineficiències i la medicalització excessiva i inadequada (controls innecessaris, etc.).

En l'àmbit de l'EAP, aquests canvis impliquen una reorientació de l'organització a dos nivells:

- **A la consulta:** treballar amb orientació comunitària, és a dir, atenció centrada en la persona, família i comunitat. Conèixer els actius i recursos de la comunitat i les necessitats de salut.
- **A l'EAP:** donar flexibilitat als professionals de l'equip per afavorir els canvis en la prestació de serveis:
  - a) Adaptació de les agendes, perquè es puguin realitzar visites multidisciplinàries entre els diferents professionals que treballen a l'EAP i, fins i tot a la XAP, com ara salut mental i altres serveis.
  - b) Agendes amb temps reconegut per sortir a la comunitat.
  - c) Serveis adaptats a la població, com ara tenir competència cultural, i amb especial atenció als grups de població en situació de vulnerabilitat.
  - d) Sessions clíniques i formació continuada sobre els determinants socials i el seu abordatge.

## 4.2 Sistemes d'informació

### 4.2.1 Fonts d'informació

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

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

### 4.2.2 Història clínica

Com s'ha dit, un dels objectius del model d'SC és el de millorar els sistemes d'informació actuals per tal que facin possible l'assoliment dels propòsits i dels objectius i, particularment, disposar d'una història clínica que faciliti la consideració pràctica dels factors socials i comunitaris.

L'orientació de l'atenció a la consulta (individual i/o familiar) als determinants socials de la salut és l'essència de l'APS i ha de començar a l'anamnesi, per la qual cosa és necessari enregistrar dades per identificar persones amb risc o vulnerabilitat social.

Actualment, ja és possible enregistrar la informació mínima referent als determinants: el nivell educatiu, l'ocupació i situació laboral, i els serveis, institucions i/o grups que hi estan intervenint o que hi haurien d'intervenir (vegeu l'annex 1).

### **4.3 Desenvolupament professional: formació, docència, recerca**

La formació, la implicació i l'orientació a la comunitat de tot l'EAP són clau en aquesta etapa. Cal una visió integral de la persona, i això implica un canvi de paradigma per als professionals. A més de revisar protocols d'actuació per deixar de fer tasques que no aporten valor a la pràctica diària, cal dur a terme la revisió de les agendes per donar espais a aquestes activitats i atorgar-hi els recursos necessaris.

Cal formar a tots els professionals de l'EAP, com també la resta dels professionals del grup motor per unificar conceptes. A més, els professionals de l'EAP necessiten una formació més específica (adequada al nivell de coneixement de cada professional) per abordar la visió integral de la persona.

A l'annex 2 es presenta una proposta de guió de formació sobre salut comunitària en el marc de la formació a l'equip o del grup motor.

### **4.4 Innovació**

La dimensió més important de la innovació en salut comunitària en el moment actual és la implementació efectiva i el desenvolupament de processos comunitaris a tot el territori català. Entenem la incorporació i ús de noves tecnologies com a eines de gran utilitat en les intervencions comunitàries.

### **4.5 Avaluació del procés i les intervencions comunitàries**

La planificació de l'avaluació es du a terme des de la fase del disseny del projecte comunitari. Primer de tot, el grup motor es pregunta quins aspectes cal avaluar, per a qui, i quins resultats s'han de demanar a cada agent comunitari. A l'avaluació, a més a més, cal definir indicadors per a cada objectiu i triar un disseny d'avaluació adequat (annex 13).

No només es tracta de veure si s'han assolit o no els objectius del programa, sinó també demanar-se per què han estat o no assolits. Del resultat, en depèn la continuació o no de la intervenció o el seu replantejament.

L'avaluació es du a terme en el termini previst a la planificació del programa i hi participen totes les institucions, organitzacions i professionals implicats. Es pot demanar l'ajut d'un agent extern per garantir la imparcialitat de l'avaluació (annex 13). Poques vegades es requereix un grup de control, però sí que es poden utilitzar comunitats o ABS de comparació per estudiar aspectes específics del programa.

Els annexos 7 i 12 presenten, respectivament, una proposta d'indicadors per a l'avaluació de processos comunitaris en salut.



## 4.6 Contractació i sistema de pagament

### 4.6.1 Criteris per a la definició del contracte de l'SC

El que es proposa per al futur, atès que l'SC forma part de la cartera de serveis de l'APS i de l'SC, és que l'SC estigui en tots els casos en el contracte de compra de serveis de les ABS i en l'instrument que es convingui per a l'SC. També, en la mesura que correspongui, en els altres serveis sanitaris.

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

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

**Taula 3. Seqüència temporal del contracte amb l'APS/SP**

Etapa	Any 1	Any 2	Any 3	Any 4
1	Condicions de partida Identificació de necessitats Priorització	Manteniment de l'anàlisi de situació	Manteniment de l'anàlisi de situació	Manteniment de l'anàlisi de situació
2		Estudi en profunditat de la necessitat a abordar o diagnòstic comunitari del problema o necessitat (DC) i planificació de la intervenció	Manteniment del DC	Manteniment del DC
3			Implementació del programa	Implementació del programa

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

### 4.6.2. Sistemes d'assignació econòmica

El model d'assignació de recursos econòmics a l'atenció primària que s'ha aplicat fins l'any 2016 es basa en un 95 % d'assignació fixa i un 5 % de variable. La part fixa, calculada a partir de la població assignada multiplicada per una renda *per càpita* mitjana i per un factor combinat (80 % territorial<sup>18</sup> + 20 % morbiditat).

<sup>18</sup> Factor territorial = 54,6 % envelliment + 27,6 % socioeconòmic + 17,8 % dispersió.

L'any 2017 es va començar a aplicar un nou sistema d'assignació econòmica que parteix d'una anàlisi dels resultats de l'anterior sistema d'assignació que arriba a les conclusions següents:

- El model està construït de manera que perpetua la distribució històrica dels recursos. Els coeficients dels factors *envelliment*, *socioeconòmic* i *dispersió* es calculen sobre la base de com han influït en la distribució històrica de la renda *per càpita* i no segons l'efecte que hagin tingut sobre les necessitats d'atenció o la pressió assistencial.
- El càlcul dels factors *envelliment* (com la mitjana d'edat de l'ABS) i *socioeconòmic* (calculat únicament a partir de dades de copagament de farmàcia) és insuficient per recollir bé l'efecte que tenen els factors demogràfics i socials en les necessitats de salut i la pressió assistencial.
- Al factor *morbidity* se li aplica un 20 % de pes sense valorar si aquest valor es correspon amb l'impacte real de la casuística.

A partir d'aquesta anàlisi, s'ha desenvolupat un nou model d'assignació que incorpora nous criteris i elements de context en l'evolució de l'AP a Catalunya. En concret: 1) *Morbidity esperada* en comptes de *morbidity notificada*, 2) Desplegament de l'atenció comunitària i 3) Atenció orientada a les desigualtats en salut: "a igual necessitat, igual resposta".

El nou model parteix igualment d'un 95 % d'assignació fixa i un 5 % de variable. La part fixa es calcula a partir de la població assignada multiplicada per la renda *per càpita* mitjana i un factor combinat<sup>19</sup> de pressió assistencial i dispersió.

La nova fórmula d'assignació de recursos s'aplicarà de forma progressiva i en conjunt comportarà 65 milions d'euros addicionals en cinc anys (fins el 2021). L'any 2017 es van assignar 13 milions d'euros addicionals al pressupost global de l'AP (increment del 2 %), dels quals 0,5 milions es van destinar al desplegament dels equips territorials de salut pública per donar suport a intervencions de salut comunitària a tot el territori. Els 12,5 milions d'euros restants, es van dedicar als equips d'atenció primària prioritzats. Aquesta priorització es va dur a terme a partir de la identificació i ordenació d'aquests equips d'acord amb el diferencial entre l'assignació teòrica resultant de l'aplicació del nou model i l'assignació que tenen a l'actualitat. L'ordre que es va seguir per dur a terme aquesta priorització va ser de major a menor privació segons l'indicador social compost dels equips que se situen per sota de l'assignació teòrica del nou model.

<sup>19</sup> 95,7 % factor *pressió assistencial* + 4,3 % factor *dispersió*. La pressió assistencial s'obté del producte del percentatge de població assignada atesa per la complexitat (23,2 % constant + 46,5 % estructura demogràfica + 30,4 % indicador socioeconòmic compost). Així, doncs, la complexitat té un paper molt rellevant en la fórmula de finançament, però no d'una manera directa. Aquest fet mitiga en gran part les diferències territorials en la codificació i pot evitar la sobre codificació.

## 5. Annexos

### 5.1 Annex 1: Com treballar amb orientació comunitària

#### Reorientació de la consulta

L'orientació de l'atenció a la consulta (individual i/o familiar) als determinants socials de la salut és l'essència de l'APS i ha de començar a l'anamnesi, per la qual cosa és necessari enregistrar dades per identificar persones amb risc o vulnerabilitat social.

La informació mínima referent als determinants és el nivell educatiu, l'ocupació i situació laboral, i els serveis, institucions i/o grups que hi estan intervenint o que hi haurien d'intervenir.

L'e-CAP (estació clínica d'atenció primària) permet enregistrar amb codi Z els determinants de la salut, com ara:

Codi Z55.0 Problemes amb l'analfabetisme o baix nivell d'instrucció.

Codi Z56.0 Problemes relacionats amb l'atur, inespecífics.

Codi Z59.1 Problemes relacionats amb habitatges inadequats (Thesaurus: Problema d'habitatge).

Codi 59.5 Problemes relacionats amb la pobresa extrema (quan hi ha absència d'ingressos). (Thesaurus: Pobresa extrema)

Cal saber que, l'e-CAP a l'apartat de *Dades clíniques / Dades generals* de l'edat adulta permet enregistrar variables sobre dades familiars, genograma, ecomapa, dades laborals, i culturals, entre d'altres, que es mostren a la imatge següent:

La imatge mostra una interfície d'usuari amb els següents elements:

- Dades familiars:** Botons "SI" i "Antecedents familiars". A sota hi ha el text "GENOGRAMA".
- Dades personals:** Una grilla de botons que inclou: "Ecomapa", "Dades culturals", "Afeccions i activitats", "Dades laborals", "Dades socioeconòmiques", "Habitatge", "Alimentació", "Eliminació", "Exercici Físic", "Descans", "Autonomia", "Riscs", i "Atenció a la dona".
- Consultes:** Botons "Vacunes", "Exploració física" i "Consulta dades".
- Botons "RESUM" i "Sortir" a la part inferior de la pantalla.

També, el full del treball social sanitari a l'e-CAP, pestanya "TS", permet enregistrar les mateixes variables.

L'orientació comunitària requereix del treball en equip, de la visió compartida i multidisciplinària i de tenir en compte la dimensió comunitària de l'atenció individual i familiar.

### **Els recursos necessaris per treballar amb orientació comunitària són:**

- a) Adaptació de l'estructura de l'HC informatitzada per enregistrar aquesta informació individual i compartida entre els professionals i les institucions implicades en els pacients.
- b) Disposar d'una llista de recursos i actius per treballar en xarxa amb la comunitat. Aquesta llista és clau per fer recomanacions als pacients i pot ajudar a la desmedicalització a les consultes. A més, proporcionarà informació clau per donar resposta a les necessitats de la comunitat (connectant actius amb necessitats), i a la possible generació de recursos que fins al moment no existeixen, a partir dels actius de les persones.
- c) Treballar en equip amb la resta de professionals i institucions que conformen la XAP (professionals d'infermeria, de medicina, de treball social, educació social, atenció a la infància i adolescència, salut laboral, salut pública, ensenyament, i entitats i activitats esportives i culturals). Treballem amb les entitats/associacions que són les que organitzen les activitats.
- d) Agendes amb temps reconegut per sortir a la comunitat. Treball en equip per unificar registres socials i millorar-los.

### **Reorientació del CAP i EAP**

Canvis en la prestació de serveis:

- a) Adaptació de les agendes perquè es puguin realitzar visites multidisciplinàries entre els diferents professionals que treballen a l'EAP, i fins i tot a la XAP, com ara salut mental i altres serveis.
- b) Serveis adaptats a la població, com ara tenir competència cultural, i amb especial atenció als grups de població en situació de vulnerabilitat.
- c) Sessions clíniques i formació continuada sobre els determinants socials i el seu abordatge.

Informació bàsica que han de tenir els EAP sobre la seva comunitat per treballar amb orientació comunitària:

1. Quin és l'estat de salut de la comunitat i els seus determinants?
2. Quines són les intervencions més efectives per modificar-los?
3. Qui està portant a terme les intervencions? Quines persones, grups, agents, institucions, etc.?
4. Conèixer les deficiències i proposar-se objectius i mètodes per modificar-les (programes de salut comunitària).
5. Detectar pràctiques no efectives i fer-ne el monitoratge.

## 5.2 Annex 2: Formació del grup referent de salut comunitària

Per a la formació sobre SC a professionals i/o comunitat, s'ha creat un paquet formatiu compost per una presentació PowerPoint i una guia del formador, que permet a més a més acreditar la formació realitzada tant als ponents com assistents a la mateixa.

→ Accés al paquet formatiu i la informació per acreditar-se.

Aquesta és una proposta de guió de formació sobre salut comunitària en el marc de la formació a l'equip o del grup motor (que idealment hauria d'incloure població o entitats):

### Introducció: marc conceptual

- Determinants socials de la salut
- Desigualtats i el seu impacte en la salut
- Salutogènesi i mapatge d'actius
- Marc conceptual de la salut comunitària. La diferència entre el procés comunitari i la intervenció comunitària
- Fases d'un procés comunitari
- Eixos transversals de la salut comunitària: participació i intersectorialitat (treball en xarxa)
- El rol dels diferents agents

### Fase Aliances

- Importància d'aquesta fase. Objectius i tempos
- Punts clau
- Productes d'aquesta fase → Constitució del grup motor

### Fase Coneixent la comunitat

- Importància d'aquesta fase. Objectius i tempos
- Punts clau
- Productes d'aquesta fase → Informe de salut

### Fase Priorització

- Importància d'aquesta fase. Objectius i tempos
- Punts clau
- Productes d'aquesta fase → Necessitats prioritzades

### Fase Identificació intervenció, planificació

- Importància d'aquesta fase. Objectius i tempos
- Punts clau
- Productes d'aquesta fase → Intervenció definida i planificada

### Fase Avaluació i seguiment

- Importància d'aquesta fase. Objectius i tempos
- Punts clau

- Productes d'aquesta fase → Resultats de l'avaluació de cada intervenció i del procés comunitari

Tot i que la formació és transversal a tot el procés comunitari, s'ha d'anar adaptant a les necessitats de cada etapa i fase. És necessari destacar que es poden donar algunes situacions amb els diversos membres de l'equip o grup motor:<sup>2</sup>

*Situació A:* <<No sé SC>>. Es proposa fer formació continuada i actualitzar coneixements de manera presencial o a distància durant tot el procés, tal com s'ha exposat anteriorment.

*Situació B:* <<No sé fer SC>>. Es proposa fer tallers d'habilitats per mantenir i millorar les destreses durant tot el procés, tal com s'ha exposat anteriorment.

*Situació C:* <<Ho sé i ho sé fer, però no puc fer SC>>. Es proposa acordar millores en l'organització de la feina. Treballar les condicions prèvies a l'inici del procés d'SC.

<<Ho sé fer i ho puc fer, però no faig SC>>. Es proposa realitzar entrenament organitzatiu, mentoria i assessorament. Analitzar les causes sistèmiques per fer intervencions sistèmiques.

### 5.3 Annex 3. Com fer un grup motor. Qüestions prèvies a la seva formació

Per formar el GM que lidera i fa el seguiment de l'acció comunitària al barri és important fer-se les preguntes següents:<sup>20</sup>

1. Ja funciona algun grup al barri que podria actuar com a GM al qual se sumés el grup motor de l'EAP?
2. Qui del barri/comunitat pot ser efectiu per realitzar canvis en relació amb les condicions de vida, la salut i el benestar de les persones?
3. Qui està ja implicat en entitats i quines funcions estan adoptant? Quines funcions necessiten ser assumides o creades i qui podria exercir-les millor?
4. On es podria trobar aquests membres? I què aporten?
5. És el moment adequat perquè passin a formar part del GM? Seria millor fer-ho més tard? O que formin part només de grups de treball específics?
6. Quines barreres potencials existeixen per captar aquests agents i quines estratègies poden ajudar a superar aquestes barreres? Quines serien les seves motivacions?

#### Un cop format el GM, com identificar barreres per al seu bon funcionament?<sup>21</sup>

- Tensions o percepció d'amenaça de competències  
Qui es podria incloure que alleugés tensions entre potencials membres i dins del barri/comunitat?  
Com es podria construir major confiança i respecte entre els membres? Com es podria assegurar el benefici mutu?
- Històries negatives entre agències locals o amb la comunitat  
Què ha passat prèviament al barri (o en esforços de col·laboració previs) que dificulta el treball conjunt? Com es poden resoldre els malentesos i la falta de confiança?
- Domini de "professionals" dins de la coalició i en les relacions amb la comunitat  
Com animar els membres "no professionals" per valorar la seva contribució particular i que accedeixin a participar en la planificació i la presa de decisions?
- Vincles fluixos amb el barri  
Com podrien els membres del grup augmentar la seva connexió amb el barri? Qui i quines activitats es poden realitzar per millorar els llaços locals?

<sup>20</sup> Artazcoz L, Calzada N, Colell E, Daban F, Díez E, Fernández-Sánchez A, García-Subirats I, Juárez O, et al. 2017. Barcelona Salut als Barris. Com desenvolupar l'estratègia de salut comunitària. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona.

Centro para la salud y desarrollo comunitario. Caja de herramientas comunitarias. [Seu web] Universidad de Kansas; 2016. [Accés 25 febrer de 2018] Disponible a: <https://ctb.ku.edu/es>

<sup>21</sup> Artazcoz L, Calzada N, Colell E, Daban F, Díez E, Fernández-Sánchez A, García-Subirats I, Juárez O, et al. 2017. Barcelona Salut als Barris. Com desenvolupar l'estratègia de salut comunitària. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona.

Centro para la salud y desarrollo comunitario. Caja de herramientas comunitarias. [Seu web] Universidad de Kansas; 2016. [Accés 25 febrer de 2018] Disponible a: <https://ctb.ku.edu/es>



- Escassa capacitat organitzativa  
Com es pot incrementar la capacitat organitzativa del GM? Quines habilitats i temps necessiten els membres per ser més eficients i efectius?
- Finançament  
Quines estratègies estan sent utilitzades per sostenir econòmicament l'esforç? N'existeixen d'altres de més efectives?
- Incapacitat per subministrar i crear lideratge dins del grup  
Com poden els nous membres ser animats per emergir com a líders dins del grup? Com es poden impulsar les habilitats i oportunitats de lideratge entre candidats no convencionals o amb els poc actius?
- Els costos percebuts de treballar junts superen els beneficis  
Com es poden reduir els costos o incrementar els beneficis de la participació en el projecte per als membres del grup? Quines barreres poden ser eliminades?

## **5.4 Annex 4: Participació ciutadana en salut**

### **Decàleg per realitzar processos participatius de qualitat en l'àmbit de salut**

Proposem les deu idees bàsiques que hem de tenir presents quan plantegem i desenvolupem processos participatius en l'àmbit de salut:<sup>22</sup>

#### **1. Saber què estem fent**

Un procés participatiu és un moment en què s'incorpora la ciutadania a la deliberació amb l'objectiu d'incidir i millorar les decisions que han de prendre els professionals, gestors de serveis, planificadors i resta de representants públics.

#### **2. Saber per què ho fem**

L'objectiu d'un procés participatiu és enriquir i millorar un projecte o una decisió. De fet, el propi procés comporta un valor afegit en si mateix, ja que legitima les decisions preses i coresponsabilitza els participants (implicant-los, comproment-los en allò que es decideix).

#### **3. Els moments de la participació**

Els processos participatius poden adreçar-se tant a identificar necessitats i prioritats en salut com a la presa de decisions sobre les estratègies d'organització, de gestió de serveis, processos assistencials, definició d'instruments de suport a les decisions i la comunicació, etc.

Es tracta de moments i objectius diferents, de manera que cal definir amb claredat allò que s'espera en cada cas.

#### **4. Sobre els participants**

En un procés participatiu, especialment de caràcter deliberatiu, el més rellevant és la seva diversitat i voluntat inclusiva, més que la representativitat dels participants. L'objectiu és aconseguir que tothom que tingui alguna aportació per fer pugui fer-la.

#### **5. Proactivitat a l'hora d'aconseguir arribar als participants**

Un procés participatiu de qualitat no pot limitar-se a fer una crida genèrica a la participació, sinó que ha de desplegar estratègies explícites per aconseguir-ho. És en aquest sentit que hem de tenir en compte eines com: els mapes d'actors, les

---

<sup>22</sup> Generalitat de Catalunya. Guia per dissenyar i executar processos participatius en l'àmbit municipal. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament d'Afers i Relacions Institucionals i Exteriors i Transparència; 2017.

estratègies comunicatives, la diversitat d'espais participatius, l'acostament als entorns naturals de la ciutadania o la informació a disposició dels participants.

## 6. El com dels processos participatius

En qualsevol procés de participació cal dissenyar acuradament tot el procés. Per tant, cal concretar què esperem del procés (objectiu), definir la millor manera d'arribar-hi (metodologia de participació), què ens cal per portar-lo a terme (designació d'espais adequats, material i informació per als participants, entre altres...) i amb qui volem comptar (selecció i convocatòria dels participants).

Un procés participatiu ha de propiciar el diàleg constructiu entre els diversos actors i, per tal d'aconseguir-ho, necessita: **explicar, escoltar i respondre**.

## 7. Explicar

Implica fer explícit de què volem parlar i de què no volem parlar. Un procés participatiu de qualitat no és el que permet a tothom expressar-se sense límits, sinó el que delimita un espai de debat, dins un marc determinat que s'ha d'explicar amb transparència.

(En un procés participatiu s'ha de tenir en compte l'evidència científica, els principis ètics i el context normatiu, i vetllar perquè no empitjori les condicions dels més vulnerables i dels col·lectius minoritaris, alhora que preservi la sostenibilitat del sistema.)

## 8. Escoltar

No hi ha una única manera d'organitzar i estructurar un procés deliberatiu, però sempre hem de disposar d'unes regles clares i conegudes (que permetin als participants conèixer les característiques i les oportunitats del procés) i d'una dinamització que garanteixi un diàleg dut a terme des del respecte i la voluntat de construir conjuntament.

## 9. Respondre

En la fase de respondre es tracta de demostrar als participants que se'ls ha escoltat i que, almenys en alguns aspectes, les seves aportacions han estat recollides. Escoltar té a veure amb el respecte envers la ciutadania, mentre que la demostració que es recullen i s'incorporen les aportacions que escaiguin serveix per assegurar-se que aquests processos tenen repercussions concretes sobre les actuacions a dur a terme. D'aquí la importància de dissenyar un bon procés de retorn com a garantia del propi procés participatiu; obviar aquesta fase desacredita el conjunt del procés.

## **10. Les claus de tot plegat**

Es tracta de fer un disseny acurat del procés participatiu, una adequada selecció de participants, preparar la informació de forma intel·ligible per al conjunt de participants, escollir la metodologia adequada amb els participants i objectius... i, finalment, fer un retorn coherent, ben estructurat i de qualitat, que ha de suposar i fer visible una acció transformadora.

I una darrera consideració: un procés participatiu implica sovint un canvi cultural per a cadascun dels actors, ja que amb freqüència comporta modificar els rols fins aleshores assumits per cadascun d'ells.

## 5.5 Annex 5: Punts crítics del procés comunitari

### **Etapa 0: Abans de començar el procés comunitari. Etapa reflexiva Reorientar l'organització de l'EAP**

La formació, la implicació i l'orientació a la comunitat de tot l'EAP són clau en aquesta etapa. Cal una visió integral de la persona, i això implica un canvi de paradigma per als professionals. Cal tenir en compte alguns punts crítics com que les actuacions comunitàries no estan reconegudes al mateix nivell que les tasques assistencials, per tant, caldrà reconèixer-les. A més de revisar protocols d'actuació per deixar de fer tasques que no aporten valor a la pràctica diària, cal dur a terme la revisió de les agendes per donar espais a aquestes activitats i atorgar-hi els recursos necessaris.

Cal formar a tots els professionals de l'EAP, com també la resta dels professionals del grup motor per unificar conceptes. A més, els professionals de l'EAP necessiten una formació més específica (adequada al nivell de coneixement de cada professional) per abordar la visió integral de la persona.

L'equip directiu ha d'actuar com a impulsor del canvi de l'EAP per poder donar estructura a l'orientació comunitària, creació del grup motor i garantir-ne la continuïtat en el temps.

### **Etapa 1: Etapa preliminar i de caracterització de la comunitat amb la identificació i prioritització de les principals necessitats de salut**

Hi ha d'haver compromís i implicació de tots els actors per portar a terme un procés comunitari, tant del proveïdor sanitari com de l'EAP com de l'ASPCAT o com de l'Ajuntament, entre d'altres. Sense aquestes implicacions no és possible el desenvolupament de la salut comunitària.

Incorporació de la comunitat en el procés, representativitat i manteniment del compromís. Sense la implicació de la comunitat no és possible el desenvolupament de la salut comunitària. A més, és important comunicar el que es fa a la resta de la comunitat que no participa directament en el procés.

El primer contacte amb l'ajuntament i salut pública pot generar diferents escenaris. Per exemple, podria donar-se la situació en què alguns membres de l'ajuntament o salut pública no estiguin implicats en el procés comunitari. Així, doncs, el grup motor que es constitueixi ha de treballar per anar incorporant-hi aquests agents –que són clau per a l'èxit del procés– i alhora anar posant en marxa algunes intervencions del procés amb la col·laboració d'altres entitats de la comunitat que sí que estan implicades en processos comunitaris.

### **Etapa 2: Estudi en profunditat de les necessitats o problemes de salut prioritzats amb les seues determinants per a la planificació de la intervenció**

## **Revisió de l'evidència**

L'elaboració de l'informe s'ha de fer conjuntament amb el grup motor i el grup de treball específic de la taula comunitària que facin l'estudi en profunditat de la necessitat prioritzada.

Sempre que sigui possible, és important treballar amb programes o intervencions basades en l'evidència en contextos similars. L'elaboració de l'informe i la cerca bibliogràfica requereixen de competències i expertesa per part dels professionals, i l'aportació dels ETSP és cabdal per dur-la a terme.

## **Etapa 3: Implementació, seguiment i avaluació de la intervenció i avaluació del procés**

### **Implementació de les intervencions**

La riquesa del treball intersectorial i multidisciplinari afegeix la dificultat d'integrar metodològicament a tots els participants del procés per fer efectiva l'acció al territori, atorgant a cada un el rol que li pertoca.

### **Avaluació**

Hi ha punts del procés que no depenen directament d'ells. Com s'avaluarà a l'ABS si la responsabilitat depèn d'un tercer.

**Nota:** el diagnòstic comunitari no hauria de ser un punt crític, atès que els indicadors quantitius per ABS estan sempre disponibles i només cal esmerçar més esforços en el diagnòstic qualitatiu.

És necessari definir indicadors, tant d'estructura i procés com de resultats, en el contracte d'atenció primària de salut.

## 5.6 Annex 6: Recollida de dades de la comunitat

Abans d'identificar les necessitats i els recursos de la comunitat, és important explorar la comunitat en relació amb:

- A) Agents comunitaris
- B) Entorn físic
- C) Característiques demogràfiques
- D) Característiques socioeconòmiques
- E) L'estat de salut de la comunitat

Posteriorment, és el moment d'identificar necessitats existents i percebudes relacionades amb la salut. I, finalment, s'ha de fer la detecció d'actius de la comunitat.

La recollida es porta a terme a partir de la creació del grup motor de treball comunitari. El coneixement de la comunitat es realitza sobre la base d'una definició de salut com a producte dels determinants socials, que requereix un treball intersectorial i en xarxa, i una mirada salutogènica i d'equitat. Aquests eixos definiran el tipus d'indicadors que s'han d'incorporar al diagnòstic comunitari.

El coneixement de la comunitat permet intervenir sobre les necessitats detectades, a més a més, ajuda a prioritzar àrees d'intervenció i a avaluar-les. La metodologia per conèixer la comunitat, també anomenada *diagnòstic comunitari*, ha de complir uns requisits:

- Donar informació basada en el model teòric dels determinants socials (no només en la salut).
- Incorporar la visió dels professionals i la població.
- Recollir tant necessitats i mancances com actius i recursos.
- Ser un procés àgil que permeti passar a l'acció.

Es realitza en dues parts diferenciades que es poden portar a terme en paral·lel:

- a. **Diagnòstic quantitatiu.** Consisteix en la recollida de dades quantitatives del territori; idealment, hauríem de tenir dades en l'àmbit territorial on es porta a terme el procés comunitari (barri, municipi...). A la realitat, tindrem algunes dades d'aquest nivell i d'altres d'un nivell de sector o regió sanitària. Per exemple, si l'ABS atén la meitat d'un municipi, algunes de les dades sociodemogràfiques, com ara l'atur, només les tindrem en l'àmbit de tot el municipi.

En el diagnòstic quantitatiu, hi participaran tots els components del grup motor: Ajuntament, Salut Pública, Àrea Bàsica de Salut, etc. Idealment, podrem

disposar del suport d'un tècnic de salut que ajudi a escriure un document que resumeixi tot el que hem recollit.

En el marc de l'ENAPISC, l'Observatori del Sistema Sanitari de Catalunya ha publicat **indicadors bàsics de salut per ABS**, que permetran la realització d'un informe de salut bàsic per ABS a partir d'indicadors quantitius clau (annex 7).

- b. **Diagnòstic qualitatiu.** Les tècniques qualitatives són molt importants en un procés comunitari. Ens donen informació molt valuosa a partir de la percepció dels participants de les necessitats i els recursos o els actius. Algunes preguntes que es fan servir en aquesta etapa són:
- Quins aspectes del barri o territori afecten la nostra salut i/o benestar?
  - Quins dèficits creieu que té la gent del barri?
  - Quins aspectes us preocupen?
  - Quins aspectes del territori ens donen salut i benestar?
  - Què és el que més us agrada del vostre barri?

Hi ha diversos tipus de tècniques de recollida de la informació per dur a terme aquesta fase del diagnòstic<sup>23</sup>.

Per recollir percepcions de la comunitat es poden fer entrevistes a informants clau i grups de discussió, nominals i focals (amb representació ciutadana i tècnics).

A més a més, altres dinàmiques per a la identificació d'actius i/o necessitats de la comunitat de forma participativa són el **photovoice**<sup>24</sup>, el **passeig comunitari**<sup>25</sup> i les caminades grupals, presentades al *Manual de metodologies participativas*<sup>26</sup>.

A partir de les dades del diagnòstic quantitatiu i qualitatiu, s'obté a una llista de problemes o àrees d'intervenció (la prevalença ha estat més elevada en la fase de coneixement de la comunitat) i una llista d'actius i recursos del territori.

Finalment, amb tota aquesta informació recollida s'elabora un informe resum.

Els actius que han sortit al diagnòstic qualitatiu, quantitatiu o al mapatge d'actius comunitaris es recuperen en el moment de la intervenció. Són unes de les eines clau de què disposem per engegar intervencions.

<sup>23</sup> Artazcoz L, Calzada N, Colell E, Daban F, Díez E, Fernández-Sánchez A, García-Subirats I, Juárez O, et al. 2017. Barcelona Salut als Barris. Com desenvolupar l'estratègia de salut comunitària. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona.

<sup>24</sup> Photovoice: curso de salud comunitaria 2009 [Seu web]. [accés el 25 de febrer de 2018]. Disponible a: <https://saludcomunitaria.wordpress.com/51-2/photovoice/>

<sup>25</sup> Recetando paseos para conocer los recursos del barrio. [Seu web]. [actualitzat al juny de 2012, accés 25 de febrer de 2012]. Disponible a:

<sup>26</sup> Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible (CIMAS). Manual de metodologías participativas. Madrid: 2009.





## 5.7 Annex 7: Indicadors per al diagnòstic comunitari per ABS

Indicadors extrets del document d'indicadors bàsics de salut per ABS del Departament de Salut. Enllaç als Indicadors Bàsics per ABS (Excells i Guia)

Indicadors	Descripció	Nivell	Font de dades
<b>DEMOGRAFIA</b>			
Població segons grups d'edat	Distribució de la població segons grups d'edat ( 0-14, 15-44, 45-64. 65 i més) i sexe	ABS	Obs. Sist. Salut de Cat.
Índex de sobre envelliment	%( població més gran de de 74 anys / Població de més de 64 anys) x 100	ABS	OSSC
Gent gran que viu sola	Percentatge de la gent gran que viu sola, per grups d'edat (65 i més, 65-74 anys i 75 i més) i sexe	ABS	OSSC
Població amb nacionalitat estrangera de països en vies de desenvolupament	Percentatge de població amb nacionalitat de països amb vies de desenvolupament per grups <sup>1</sup> i sexe	ABS	OSSC
Taxa de natalitat	Nombre de naixements/població) x 1.000	Municipi	IDESCAT
Distribució dels naixements segons l'edat de la mare	Percentatge de naixements segons grups d'edat de la mare	Municipi	IDESCAT
Naixements en mares estrangeres	Percentatge de naixements segons grups d'origen de la mare	Municipi	IDESCAT
Interrupció voluntària de l'embaràs	Percentatge d'IVE per grup d'edat i país d'origen	Municipi	Dept. Salut
<b>DETERMINANTS SOCIOECONÒMICS</b>			
Població amb nivell d'instrucció insuficient	Percentatge de població amb nivell d'instrucció insuficient	ABS	OSSC
Població sense estudis secundaris post obligatoris	Percentatge de la població sense estudis secundaris post obligatoris	ABS	OSSC
Indicador de nivell socioeconòmic per ABS	Nivell socioeconòmic per ABS	ABS	OSSC
Persones amb exempció de copagament farmacèutic	Percentatge de persones amb exempció de copagament farmacèutic (de l'índex NSE per ABS)	ABS	OSSC
Taxa d'atur	Atur registrat per grups d'edat, dades més actuals	Municipi	OEO

Indicadors	Descripció	Nivell	Font de dades
Índex global de la renda familiar disponible		Municipi	IDESCAT
Pobresa	Alguns indicadors interessants serien: nombre de beques de menjador, persones beneficiàries de la renda mínima d'inserció (PBRMI)	Municipi	Ajuntament
Habitatge	Accés, desnonaments, persones sense llar...	Municipi	Ajuntament
Violència	De gènere, infantil o de gent gran	Municipi	Ajuntament
Absentisme escolar	Dades sobre l'absentisme escolar	Municipi	Ajuntament
Seguretat	Nombre de denúncies, accidents de trànsit...	Municipi	Ajuntament
<b>MORBIDITAT</b>			
Patologies més freqüents segons sexe	Prevalença de les patologies més freqüents (5 primeres)	ABS	OSSC
Patologies de salut mental més freqüents	Prevalença de les patologies mentals més freqüents (5 primeres) per grup d'edat (per a menors de 18 anys i per a majors d'edat)	ABS	OSSC
Excés de pes, sobrepès i obesitat en adults	% de població (18 a 74 anys) amb excés de pes, sobrepès i obesitat	ABS (e-CAP)	OSSC
Excés de pes, sobrepès i obesitat infantil	% de població de 6 a 12 anys amb excés de pes, sobrepès i obesitat	ABS (e-CAP)	OSSC
Autopercepció de l'estat de salut	Estat de salut auto percebut	Regió sanitària	Enquesta Salut Cat.
Percepció de mala salut mental	Estat de salut mental auto percebut	Regió sanitària	ESCA
<b>MORTALITAT</b>			
Taxa de mortalitat estandarditzada per edat	Taxa de mortalitat estandarditzada per edat per 1.000 habitants	ABS	OSSC
Mortalitat per grups de causes específics	Taxa de mortalitat per grups de causes específiques per 100.000 habitants	ABS	OSSC
Índex de mortalitat prematura			
Nombre de defuncions per suïcidi	Nombre de morts per suïcidi	ABS	OSSC
Esperança de vida en néixer	Esperança de vida per ABS	ABS	OSSC

Indicadors	Descripció	Nivell	Font de dades
Nombre de defuncions perinatal	(Morts fetals tardanes + morts en els primers 7 dies de vida) / total de nascuts vius i morts / 1.000	ABS	OSSC
<b>ESTILS DE VIDA</b>			
Consum de tabac	Prevalença de consum de tabac en la població de 15 anys i més	ABS (e-CAP)	OSSC
Consum de risc d'alcohol	Distribució del nivell de consum de risc d'alcohol en la població de 15 anys i més	Regió sanitària	OSSC
Activitat física saludable	Prevalença d'activitat física saludable entre població de 15 a 69 anys	Regió sanitària	OSSC
Alimentació mediterrània	Prevalença d'alimentació saludable entre la població adulta	Regió sanitària	OSSC
Addiccions en joves:	Consum de cànnabis, cocaïna, opiacis, heroïna	Municipi	Ajuntament
<b>PRÀCTIQUES PREVENTIVES</b>			
Cobertura vacunal de la població infantil	% de població assignada de <14 anys o + amb estat vacunal correcte	ABS	OSSC
<b>RECURSOS I SERVEIS (APS, SP, SERVEIS SOCIALS I ALTRES)</b>			
Persones amb discapacitat	Taxa de població de 15 anys i més amb alguna discapacitat (per 1.000 habitants)	AGA	OSSC
Població assignada	Total de població assignada a l'EAP de l'ABS	ABS	OSSC
Percentatge de població assignada atesa	% de la població assignada a l'EAP de l'ABS que ha estat atesa per aquest EAP	ABS	OSSC
Nombre de visites per població atesa	Mitjana anual de visites a l'EAP de l'ABS per la població assignada i atesa	ABS	OSSC
Taxa d'utilització de CSM	Taxa d'utilització de CSM: per < 18 anys i majors d'edat	ABS	OSSC
Consumidors de fàrmacs	% de persones consumidores de fàrmacs	ABS	OSSC
Consumidors de psicofàrmacs	: % de persones consumidores de psicofàrmacs	ABS	OSSC

Indicadors	Descripció	Nivell	Font de dades
Polimedicats (10 medicaments o més)	Taxa d'usuaris polimedicats (> = 10 ATC) per 100.000 habitants assegurats (ST per 6 tram d'edat i sexe respecte de Catalunya)	ABS	OSSC
Persones amb dependència		AGA	OSSC
Nombre de pacients en atenció domiciliària crònica	% de la població assignada a l'EAP de 75 anys o més que ha estat atesa al programa ATDOM (com CdR)	ABS	OSSC
Percentatge de població assignada atesa (serveis socials)	% de la població assignada a serveis socials que ha estat atesa (i altres indicadors rellevants de serveis socials)	Municipi	Ajuntament
<b>ENTORN FÍSIC</b>			
Mapes de qualitat de l'aire en temps real		Mapes de punts	Ajuntament
Qualitat de l'aigua de consum humà		Municipi	Ajuntament
Soroll	Mapa de soroll municipal	Municipi	Ajuntament
Contaminació	Nivells de contaminació per partícules concretes	Municipi	Ajuntament
Transport públic	Xarxa de transport, comunicació amb el CAP	Municipi	Ajuntament
Barreres arquitectòniques	Manca d'ascensors, barreres urbanes...	Municipi	Ajuntament
Habitatges	Habitatges sense ascensor, condicions de l'habitatge, etc.	Municipi	Ajuntament
Pobresa energètica		Municipi	Ajuntament
Verd urbà		Municipi	Ajuntament
Vehicles/km		Municipi	Ajuntament
Recursos	Cal especificar l'existència de recursos (educació, biblioteca, espais esportius...)	Municipi	Ajuntament

## 5.8 Annex 8: Mapatge de recursos i d'actius de salut

La salutogènesi centra la mirada en aquells factors que generen salut, a través de les preguntes següents:

- Què ens fa forts?
- Què ens ajuda a ser més resistents?
- Què ens ajuda a ser més capaços d'afrontar l'estrès?

La salutogènesi és la base del **model d'actius**. Aquest és un procediment que reconeix que cada comunitat té talents, habilitats, interessos i experiències que constitueixen un valuós arsenal útil per millorar la seva salut i benestar<sup>27</sup>.

Un **actiu** és "qualsevol factor (o recurs) que millora la capacitat de les persones, dels grups, de les comunitats, de les poblacions, dels sistemes socials i/o de les institucions per mantenir i conservar la salut i el benestar, així com per ajudar a reduir les desigualtats en salut<sup>28</sup>. Un actiu pot tenir tres capes: en l'àmbit de la persona, a la comunitat o a l'organització i la institució. Poden ser actius, les fruiteries, els gimnasos, els centres comunitaris, els parcs, la platja, les persones, el veïnatge, etc.

La comunitat té un paper clau a l'hora d'identificar actius. La diferència entre un recurs que genera salut i un que no en genera és que la comunitat l'assenyala i el defineix com un element que millora el benestar. Com a treballadors en salut comunitària, pot ser que pensem que un recurs és un actiu de salut (per exemple, un gimnàs), però si la comunitat no el veu de la mateixa manera i no el defineix així, pot ser que no sigui un actiu de salut.

El **mapatge saludable** és una estratègia que implica diferents persones en la identificació dels actius de salut del seu entorn. El mapatge és també una excusa amb què la ciutadania descobreix els recursos que té, ajuda a teixir relacions, i es poden generar projectes per millorar la qualitat de vida de la població. En aquest sentit, és en el si del procés de salut comunitària on un mapatge d'actius cobra rellevància, donat que els recursos i els actius identificats podran donar resposta a les necessitats prioritzades.

Des de l'Agència de Salut Pública de Catalunya s'ha creat el programa **Aquí sí. Actius i salut**<sup>29</sup>, que facilita una construcció col·laborativa de salut, mitjançant la identificació d'actius per part de persones i comunitats i la seva visibilització.

<sup>27</sup> Hernán M, Morgan A, Mena ÁL. Formación en salutogénesis y activos para la salud [Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Bienestar Social; 2014 [citado 2016 Mar 3]. Disponible a:

<sup>28</sup> Hernán M, Morgan A, Mena AL. Escuela Andaluza de Salud Pública. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Consejería de Salud y Bienestar social; N° sèrie monogràfica 51. Disponible

<sup>29</sup> Cercador d'Actius i Salut [Seu web]\*. Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). [accés febrer 2018]. Disponible a: [http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre\\_lagencia/pinsap/Accions-eines-i-projectes-relacionats/actius-i-salut/cercador-dactius-i-salut/index.html](http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/pinsap/Accions-eines-i-projectes-relacionats/actius-i-salut/cercador-dactius-i-salut/index.html)

L'aplicació permet que individus o entitats introdueixin activitats i recursos comunitaris, i també permet identificar actius d'un territori concret.

El programa facilita l'orientació salutogènica de processos comunitaris mitjançant dues eines:

- **Cercador Actius i salut:**<sup>30</sup> amb un cercador d'actuacions comunitàries i un espai per introduir activitats i recursos comunitaris. El cercador és una adaptació al nostre context de l'eina "Astúries Actua", creada per l'Observatori de Salut d'Astúries. Aquesta adaptació es realitza en el marc de l'Aliança de Salut Comunitària.<sup>31</sup>

Paquet formatiu Actius i salut<sup>32</sup> per realitzar formació sobre salutogènesi i actius en salut tant a professionals com a població.

El cercador Actius i salut s'utilitza a l'APS en el marc de la prescripció social, i l'Agència de Salut Pública de Catalunya desenvolupa el programa "Prescripció social i salut". Des del 2017, a la història clínica d'atenció primària e-CAP hi ha un mòdul de prescripció social, dins del qual hi ha un cercador que ens permet obtenir automàticament la informació filtrada segons el sexe de la persona, l'edat i la localització del centre d'atenció primària.<sup>33</sup>

---

<sup>30</sup> Cercador d'Actius i Salut [Seu web]\*. Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). [accés febrer 2018]. Disponible a: [http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre\\_lagencia/pinsap/Accions-eines-i-projectes-relacionats/actius-i-salut/cercador-dactius-i-salut/index.html](http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/pinsap/Accions-eines-i-projectes-relacionats/actius-i-salut/cercador-dactius-i-salut/index.html)

<sup>31</sup> Escuela Andaluza de Salud Pública. Alianza de Salud Comunitaria. [Seu web]. Consejería de Salud; 2016 [accés 25 febrer de 2018]. Disponible a: <http://www.alianzasaludcomunitaria.org/>

<sup>32</sup> Agència de Salut Pública de Catalunya. Material i docència. [Seu web]. Generalitat de Catalunya. [actualitzat 25 de maig 2016; accés 25 febrer de 2018]. Disponible a: [http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre\\_lagencia/pinsap/Accions-eines-i-projectes-relacionats/actius-i-salut/material-i-docencia/](http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/pinsap/Accions-eines-i-projectes-relacionats/actius-i-salut/material-i-docencia/)

<sup>33</sup> Institut Català de la Salut. Millora del Mòdul e-CAP. Activitat grupal i comunitària. 2016.

## 5.9 Annex 9: Pla de comunicació del procés comunitari local

### 1. Introducció. Justificació

La comunicació és un dels elements clau de qualsevol projecte, i especialment quan aquest afecta membres de diferents sectors, amb diferents llenguatges i diferents codis. És necessari que hi hagi una comunicació correcta per facilitar les relacions entre els participants: s'ha de mantenir la diversitat de canals en funció de cadascun dels participants i també per fer les difusions i el seguiment corresponents. Conscients de la importància del correcte intercanvi d'informació, hem considerat la creació d'aquest Pla de comunicació que ha de preveure qui presenta el procés comunitari, qui en fa el seguiment; a qui va dirigit, i com es presenta.

### 2. Objectiu

Disposar d'una eina metodològica, o un document marc consensuat i conegut pels membres que participen en el desenvolupament del programa comunitari, que permeti difondre de manera efectiva tota la informació relativa al programa. Amb aquesta difusió efectiva i oportuna es pretén fomentar la participació i la col·laboració dels ciutadans i les entitats involucrades en el programa.

**Abast:** tots i cada un dels serveis, entitats, proveïdors, ciutadans, societats que participen en el programa comunitari.

**El grup motor ha de ser el responsable de presentar i fer el seguiment del procés.**

**3. Procediment:** els elements comuns de relació entre els participants han de tenir en consideració els canals, la periodicitat i els tipus de missatges que hagi establert prèviament el grup de treball.

**Canals o mitjans:** presencial, telefònic, correu electrònic, reunions d'equips multidisciplinaris, actes, informes, comissions tècniques, consells de salut, ràdio i premsa locals, suggeriments i reclamacions, fullets informatius, pòsters i murals, pantalles TV.

**Periodicitat:** les especificades en cada una de les comissions i segons les necessitats.

**Missatges:** en funció del tipus d'informació. La informació que es difondrà a la societat dependrà de les polítiques estratègiques del moment promogudes pel Departament de Salut, així com les generades pels equips de treball.

#### 3.1. Comunicació interna: comunicació entre participants

Els equips de treball han d'estar constituïts i els noms i contacte recollits en una llista annexa a aquest Pla. Aquesta llista ha de ser pública i coneguda per tots els integrants.



En cada cas s'ha d'establir un calendari amb les reunions dels diferents equips comunitaris segons les necessitats del moment. S'han de mantenir informats tots els participants, donant i sol·licitant resultats i/o informació en cada una de les fases del procés. S'ha de designar un responsable de comunicació de l'equip.

### **3.2. Comunicació externa: taula comunitària (grup motor) / societat**

El grup motor ha d'establir i promoure en la mesura que sigui possible, a través dels responsables de cada comissió, estratègies d'apropament al ciutadà per obtenir sinergies, ja sigui en format reunions, entrevistes o dinàmiques de grup per obtenir i retornar informació.

#### **Consell comunitari**

Convocatòria anual o semestral per part de l'ajuntament corresponent segons les necessitats.

Planificació d'accions conjuntes. Posada en comú amb la ciutadania i a disposició de la població general de les intervencions generades anualment, el seguiment i els resultats obtinguts.

**Es generaran actes que es faran públiques de cada una de les reunions, tant del grup motor com de les comissions i Consell Comunitari.**

#### **Societat en general**

La informació que es difon a la societat depèn de les polítiques estratègiques del moment promogudes pel Departament de Salut i les generades pels equips de treball comunitaris locals.

Informació escrita: fullets, díptics i tríptics. Disponibilitat en els expositors de les sales públiques, murals i pòsters sobre campanyes, programes específics també a través de les pantalles de televisió de diferents centres.

Informació d'interès comunitari a través de la ràdio local i la premsa escrita local, segons la planificació que es determini, article setmanal, mensual, bimensual, d'algun membre de la xarxa de salut. S'han d'atendre les demandes de la població.

## **4. Avaluació**

Indicadors:

- Nombre d'articles publicats a la premsa local
- Nombre d'intervencions a la ràdio local
- Nombre de sessions informatives fetes
- Nombre de sessions o reunions fetes
- Nombre de reunions documentades: acta
- Nombre d'assistents a les sessions o reunions
- Nombre de projectes en marxa

- Nombre de participants

### **5. Accions de millora respecte de l'avaluació**

Actualització anual de les persones que participen en els projectes.

Relació de projectes en marxa.

Elaboració d'un pla de millora a partir dels resultats i les incidències detectades.

Quadre-l·lista de professionals de les ABS, dels professionals dels ajuntaments, entitats i associacions.

## 5.10 Annex 10: Priorització

Després de la identificació de problemes i necessitats de salut, i abans de l'elaboració del programa, s'han de prioritzar i valorar els problemes detectats. *Prioritzar* significa situar els problemes d'acord amb l'ordre pel qual pensem que han de ser abordats. A més de la importància del problema, hem de considerar l'eficàcia de la intervenció, la factibilitat i la capacitat real d'intervenció. La priorització també permet definir un pla d'acció per a l'abordatge de les necessitats en salut del territori i valorar si cal iniciar intervencions noves o donar suport a intervencions ja existents que aborden de manera efectiva les línies d'acció prioritzades.

Com que no hi ha cap mètode de priorització infal·libre, és recomanable l'ús, aïllat o combinat, de procediments i tècniques específiques que contribueixin a millorar el grau d'objectivitat en aquesta fase. Per tant, el mètode de priorització s'ha d'escollir tenint en compte les persones, el perfil i el nombre, que participaran en el procés de priorització.

Després de la identificació de problemes i necessitats de salut, i abans de l'elaboració del programa, s'han de prioritzar i valorar les necessitats detectades. Mètodes per a la priorització.

Com?	Descripció
<b>Hanlon</b>	<p>La classificació dels problemes es basa en quatre criteris predefinitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Gravetat</u> (G) del problema El rang de puntuació és de 0-10</li> <li>2. <u>Magnitud</u> (M) del problema El rang de puntuació és de 0-10</li> <li>3. <u>Eficàcia</u> (E) de la intervenció Puntua 0 (no eficaç) o 1,5 punts (eficaç)</li> <li>4. <u>Factibilitat</u> (F) del programa / intervenció Puntua 0 quan la resposta és «no» i 1 quan és «sí»</li> </ol> <p>Aquest criteri es valora a partir dels components PERLA: 1) Pertinència; 2) factibilitat Econòmica; 3) disponibilitat de Recursos; 4) Legalitat; i 5) Acceptabilitat.</p> <p>Es defineixen preguntes relacionades amb aquests components.</p> <p>La classificació prioritzada s'obté amb la fórmula:</p> $(G + M) E \times F$

Com?	Descripció
<b>Graella d'anàlisi</b>	<p>Els problemes de salut es classifiquen de manera dicotòmica (positiu/negatiu) amb relació a quatre criteris:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Importància del problema</li> <li>2. Relació causa-efecte</li> <li>3. Capacitat tècnica de la intervenció</li> <li>4. Factibilitat de la intervenció</li> </ol> <p>A partir de la posició final a la graella, s'obté el nombre de la recomanació de prioritització i s'aborden els problemes per ordre de puntuació.</p>
<b>Per votació</b>	<p>Es poden distingir tres sistemes de votació: simple, ponderada i per matriu de criteris.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Votació simple: una persona, un vot. Cada persona tria una opció i el resultat final és la prioritització de les diferents opcions.</li> <li>2. Votació ponderada: cada persona té diversos vots i els distribueix segons el seu criteri entre les diferents opcions. Per exemple, si cada persona disposa de cinc vots, pot distribuir-los entre cinc opcions diferents o concentrar-los en una o dues opcions.</li> <li>3. Votació per matriu de criteris: s'expliciten els criteris per distribuir el vot. És adequada quan les opcions són complexes i s'han de considerar múltiples criteris per escollir. Poden atribuir pesos als criteris si es considera que aquests tenen una importància desigual.</li> </ol> <p>Variants de votació:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vot secret en urnes per a cada problema.</li> <li>- Votació oberta amb papers numerats o adhesius de colors per situar al costat del problema que cal prioritzar en un paleògraf.</li> </ul> <p>Els colors indiquen el grau de prioritització (vermell: màxima prioritització; groc: mitjana; verd: baixa).</p> <p>Es poden fer diverses rondes de votacions, però requereix que prèviament el grup es posi d'acord en el nombre.</p>
<b>Mètode símplex</b>	<p>Utilitza un qüestionari amb preguntes tancades.</p> <p>Les respostes es puntuen i s'organitzen en un rànquing, de manera que els temes amb puntuacions més altes són els que tenen més prioritat.</p>
<b>Matriu de problemes</b>	<p>Tècnica de consens i prioritització que estableix un ordre jeràrquic per criteris definits prèviament, als quals se'ls pot assignar una ponderació. Els passos per aplicar-la són:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definir els criteris que poden establir-se, per exemple, a través d'una pluja d'idees.</li> <li>2. Decidir l'escala de puntuació (1-5; 1-8; 1-10).</li> <li>3. Realitzar la votació individualment.</li> </ol>

Com?	Descripció
	<p>4. Posar en comú les puntuacions.</p> <p>5. Sumar les puntuacions finals.</p> <p>Variants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hi ha la variant de prioritzar problemes, comparant-los per parelles i decidint entre un dels dos. Els problemes que s'escullin més vegades són els prioritaris.</li> <li>- Una altra manera és fer una matriu de prioritització «2 x 2» amb dos criteris generals en cada eix. A cada quadrant es col·loquen els problemes segons la graduació «alt-baix».</li> </ul>
<p><b>Tallers comunitaris</b></p>	<p>Es formen grups de treball de 8 a 12 persones de diferents edats i perfils. Es treballa de la manera següent:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Individualment, es prioritzen els aspectes considerats més rellevants i, a continuació, es posen en comú.</li> <li>2) Es consensua quins tres punts es destaquen com a grup per prioritzar, després de debatre'n els motius.</li> <li>3) Un portaveu per grup exposa a la resta dels participants els punts que han trobat més rellevants, explicant el perquè. D'aquí surt la llista final.</li> </ol>
<p><b>Fòrum comunitari o audiència pública</b></p>	<p>Tècnica de consens consistent a realitzar una assemblea oberta a tots els membres de la comunitat.</p> <p>El seu objectiu és afavorir la major expressió del nombre d'opinions possibles, i com més participació, més consistència dels resultats.</p> <p>La logística es prepara conjuntament amb les persones més coneixedores de la comunitat.</p> <p>L'assemblea es realitza en un espai neutral i la presideix una de les persones més respectades per la comunitat. Acostuma a durar entre 3 i 4 hores. S'aconsella establir un torn de paraula de tres minuts i donar prioritat a les persones que no acostumen a participar-hi.</p> <p>Aquesta tècnica s'ha d'utilitzar com a complement d'altres mètodes per construir un consens.</p>

## 5.11 Annex 11: Desenvolupament de la intervenció comunitària, cerca d'evidències i monitoratge

Nom del programa/projecte/activitat	
Objectiu/s	
Participants	
<i>Responsable/s</i>	
<i>Professionals</i>	
<i>Agents comunitaris</i>	
Població diana	
Àrea d'actuació	
Pla d'acció	
Què es farà?	
<i>Cerca d'evidències<sup>34</sup></i>	
<i>Caja de Herramientas Comunitarias</i>	
<i>Prevenció basada en l'evidència</i>	
<i>What Works for Health</i>	
<i>Community Guide</i>	
<i>Pubmed</i>	
<i>Biblioteca Cochrane</i>	
<i>Intervencions</i>	
Com? (tipus)	
<i>Tallers/jornades/grups...</i>	
<i>(especificació d'horaris i lloc)</i>	
Establir consens de la intervenció planificada amb la comunitat	
Quins recursos es necessiten?	
Quin sistema de finançament s'aplica?	
Quins indicadors?	
Tipus de recollida de la informació	
<i>Que permeti valorar l'equitat de la intervenció (Ha arribat a qui havia d'arribar? O estem incrementant la bretxa?)</i>	
Quin sistema d'avaluació es proposa fer?	

<sup>34</sup> Centro para la salud y desarrollo comunitario. Caja de herramientas comunitarias. [Seu web] Universidad de Kansas; 2016. [Accés 25 febrer de 2018] Disponible a: <https://ctb.ku.edu/es>  
 Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanías. Prevención basada en la evidencia. [Seu web]. [accés 25 febrero 2018]. Disponible a: <http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=ficha020>  
 County Health Rankings. What Works For Health. [Seu web]. University of Wisconsin Population Health Institute; 2017. [accés 25 febrer 2018]. Disponible a: <http://www.countyhealthrankings.org/take-action-to-improve-health/what-works-for-health>  
 The Community guide [Seu web]. [accés 25 febrer 2018]. Disponible a: <https://www.thecommunityguide.org/>  
 US National Library of Medicine National Institutes of Health. Pubmed [Seu web]. [accés 25 febrer 2018]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>  
 The Cochrane Collaboration. Biblioteca Cochrane.[Seu web]. 2018. [accés 25 febrer 2018]. Disponible a: <http://es.cochrane.org/es>

<i>(Planificació de l'avaluació)</i>	
Fer un cronograma	
Dur a terme una sessió plenària anual <i>(Incloure-la en el programa comunitari)</i>	
<b>Desenvolupament de la intervenció. S'aplica el cronograma</b>	
Monitoratge de les intervencions <i>(Observació sistemàtica dels indicadors prèviament establerts)</i>	
<i>S'estan complint les activitats planificades?</i>	
<i>S'està arribant a la població diana?</i>	
<i>Les intervencions són idònies?</i>	
<i>Els participants n'estan satisfets?</i>	
<b>Avaluació</b>	
<i>De l'estructura</i>	
<i>Recursos materials (instal·lacions, equips, pressupost)</i>	
<i>Recursos humans (nombre, competències, disponibilitat)</i>	
<i>De procés</i>	
<i>Cada part del projecte arriba als diferents grups diana?</i>	
<i>Coneixement del projecte per part de la població diana (accessibilitat i acceptació del projecte)</i>	
<i>S'han dut a terme totes les activitats del projecte?</i>	
<i>De resultats</i>	
<i>Quins són els efectes de l'aplicació del projecte en la població diana? (efectivitat)</i>	
<i>Anàlisi de l'eficiència: quina ha estat la relació dels recursos/resultats?</i>	
<i>Avaluació de l'impacte: per exemple, canvis de salut, canvi d'hàbits, canvis de comportaments saludables, etc.</i>	

## 5.12 Annex 12: Indicadors per a l'avaluació del procés comunitari

Proposta a partir del document *Barcelona Salut als Barris (BSaB)*<sup>35</sup>.

### **Indicadors de seguiment: relatius al funcionament del grup motor**

#### **Indicador 1. Determinar l'activitat del grup motor (GM) durant l'any**

- Definició: nombre de reunions anuals.
- Càlcul: nombre de reunions del GM que es duguin a terme durant l'any.
- Font: base de dades de seguiment de l'ESC.
- Periodicitat: anual.
- Resultat esperat:  $\geq 1$  i  $\geq 12$ .

#### **Indicador 2. Determinar l'activitat de les diverses taules sectorials durant l'any**

- Definició: nombre de reunions anuals de cada taula.
- Càlcul: nombre de reunions de cada taula que es duguin a terme durant l'any.
- Font: base de dades de seguiment de l'ESC.
- Periodicitat: anual.

#### **Indicador 3. Intersectorialitat del grup motor**

- Definició: nombre de membres del GM i sector de procedència (salut pública, equip d'atenció primària, equip de serveis socials...).
- Càlcul: nombre i tipus de perfils del GM.
- Font: base de dades de seguiment de l'ESC.
- Periodicitat: anual.
- Resultat esperat:  $\geq 3$ .

#### **Indicador 4. Participació comunitària del grup motor**

- Definició: nombre de membres del GM que representen la comunitat.
- Càlcul: nombre de participants del GM i tipus de perfils.
- Font: base de dades de seguiment de l'ESC.
- Periodicitat: anual.

#### **Indicador 5. Satisfacció del grup motor**

- Definició: satisfacció dels integrants del GM.
- Càlcul: % de membres satisfets.
- Font: qüestionari anònim auto administrat.

---

<sup>35</sup> Artazcoz L, Calzada N, Colell E, Daban F, Díez E, Fernández-Sánchez A, García-Subirats I, Juárez O, et al. 2017. *Barcelona Salut als Barris. Com desenvolupar l'estratègia de salut comunitària*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona.



- Periodicitat: biennal, si el nombre de reunions a l'any és inferior a 3; anual, en el cas que el nombre de reunions del grup motor sigui superior a 3.
- Resultat esperat:  $>75\%$  resultat esperat  $\geq 1$ .

#### **Indicador 6. Assistència dels actors del grup motor (GM)**

- Definició: assistència mitjana de cadascun dels membres del GM.
- Càlcul: % d'assistència de cada actor.
- Font: base de dades de seguiment de l'ESC.
- Periodicitat: anual.
- Resultat esperat:  $\geq 75\%$ .

#### **Indicador 7. Participació de Salut Pública**

- Definició: assistència de la persona representant de Salut Pública al GM.
- Càlcul: nombre de reunions del GM a les quals assisteix el representant d'SP / nombre de reunions realitzades pel GM a l'any.
- Font: base de dades de seguiment de l'ESC.
- Periodicitat: anual.
- Resultat esperat:  $\geq 80\%$ .

#### **Indicador 8. Convocatòria de reunions**

- Definició: percentatge de reunions del GM a l'any.
- Càlcul: nombre de reunions del GM convocades pel representant d'SP / nombre de reunions realitzades pel GM a l'any.
- Font: base de dades de seguiment de l'ESC.
- Periodicitat: anual.
- Resultat esperat:  $\geq 50$ .

#### **Indicadors relatius a les intervencions**

##### **Indicador 9. Intervencions realitzades**

- Definició: intervencions portades a terme durant l'any (finalitzades o en marxa).
- Càlcul: llista d'intervencions finalitzades o en marxa.
- Font: base de dades de seguiment.
- Periodicitat: anual.
- Resultat esperat:  $\geq 1$ .

##### **Indicador 10. Qualitat de les intervencions realitzades**

- Definició: intervenció basada en l'evidència de l'efectivitat.
- Càlcul: comprovació de l'existència d'evidència de l'efectivitat.
- Font: revisió per part de la persona d'SP.
- Periodicitat: anual.

- Resultat esperat: 100 %.

### **Indicador 11. Protocols d'intervencions realitzades**

- Definició: existència d'un protocol de la intervenció.
- Càlcul: comprovació de l'existència d'un protocol.
- Font: revisió per part de la persona d'SP.
- Periodicitat: anual.
- Resultat esperat: 100 %.

### **Indicador 12. Satisfacció**

- Definició: satisfacció dels participants en la intervenció.
- Càlcul: % de persones satisfetes.
- Font: enquesta en finalitzar la intervenció.
- Periodicitat: anual.
- Resultat esperat: >75 %.

### **Indicador 13. Finançament**

- Definició: intervencions realitzades sense finançament de salut pública.
- Càlcul: nombre d'intervencions realitzades sense finançament de salut pública / nombre total d'intervencions.
- Font: base de dades de seguiment dels ESC.
- Periodicitat: anual.

### **Indicador 14. Participació**

- Definició: participació de la població en les activitats que es duen a terme en les diverses intervencions.
- Càlcul: nombre de persones que han participat en les activitats executades.
- Font: llistes de participació en les activitats dels diferents programes.
- Periodicitat: anual.
- Resultat esperat: > 50 % de les persones inscrites a totes les activitats.

### **Indicador 15. Equitat en la participació**

- Definició: característiques sociodemogràfiques de les persones participants en les intervencions.
- Càlcul: distribució segons edat i sexe i sempre que sigui possible per nivell d'estudis.
- Font: base de dades d'inscripcions en els programes.
- Periodicitat: anual.

## **Valoració global**

### **Indicador 16. Valoració global**

- Definició: grau d'assoliment dels objectius.
- Càlcul: nombre d'indicadors amb objectius assolits / nombre total d'indicadors.
- Font: 15 indicadors anteriors.
- Periodicitat: anual.
- Resultat esperat:  $\geq 70$  %.

### 5.13 Annex 13: L'avaluació de processos comunitaris

La planificació de l'avaluació s'hauria de realitzar des de la fase del disseny del projecte comunitari. Primer de tot, el grup motor s'ha de preguntar quins aspectes es necessita avaluar, per a qui, i quins resultats s'han de demanar a cada agent comunitari. En l'avaluació, a més a més, és necessària la definició d'indicadors per a cada objectiu i l'elecció d'un disseny d'avaluació adequats.<sup>14</sup>

#### Per què avaluar

Per retre comptes del que es fa, ja que es treballa a l'àmbit públic amb recursos públics. I per prendre decisions en la reorientació dels programes o prioritats.

#### Tipus d'avaluació<sup>36</sup>

- **Quantitativa**  
Eines: tests, enquestes, escales.
- **Qualitativa**  
Eines: grups focals, entrevistes en profunditat, observació directa.
- **Participativa**  
Eines: inclouen instruments d'anàlisi quantitativa i qualitativa, però amb emissió de judicis de valors i establiments de recomanacions per al canvi. És una avaluació que promou accions en els subjectes.

#### Avaluació de l'estructura

Analitza el grau d'adequació dels recursos utilitzats (econòmics, humans i/o equipaments) a les necessitats del programa, és a dir, analitza tot allò que es necessita per dur a terme el programa.

#### Avaluació de procés

Analitza els procediments i les tasques necessàries per a la implementació d'un programa. És a dir, la qualitat de la intervenció, les activitats de comunicació, la satisfacció dels participants, el nombre de participants i les característiques (edat, sexe, nivell d'estudis, situació laboral).

#### Avaluació dels resultats

Analitza si les activitats responen als objectius plantejats. Els canvis de coneixements i actituds a curt, mitjà o llarg termini, canvis en salut o determinants en els participants, i la sostenibilitat de la intervenció. Un cop analitzat el resultat, només és necessari fer una avaluació del procés per tal de decidir la continuïtat de la intervenció o el seu replantejament.

---

<sup>36</sup> Ajuntament de Barcelona. Àrea de Qualitat de Vida, Igualtat i Esports. Guia operativa d'avaluació de l'activitat comunitària. Barcelona