



Aproximació al coneixement de la comunitat en Atenció Primària

Guia de recollida de dades per a l'examen
preliminar de la situació de salut
d'una comunitat
Segona Edició, 2003

Grup de treball en Atenció Primària Orientada
a la Comunitat (APOC) de la Societat Catalana
de Medicina Familiar i Comunitària

© 2003 Societat Catalana de Medicina
Familiar i Comunitària
Portaferrissa, 8, pral.
08002 Barcelona

Tots els drets reservats. Cap part d'aquesta publicació no pot ser reproduïda, emmagatzemada en sistema de recuperació d'informació ni transmesa de cap forma o per cap mitjà, bé sigui electrònic, mecànic, en fotocòpia, per registre o qualsevol altre tipus, sense el permís previ per escrit del propietari del *copyright*.

EdiDe: Edició, coordinació i producció editorial
Casanova, 191, 3r 1a
08036 Barcelona

ISBN: 84-89045-34-8
Dipòsit legal: B-3139-2003

Grup de treball en Atenció Primària Orientada a la Comunitat (APOC) de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Carlos Martín Cantera

Metge de Família. CAP Passeig de Sant Joan. Institut Català de la Salut (Barcelona). Professor Associat de la Universitat Autònoma de Barcelona. Representant Autonòmic del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP). Tutor de MFIC.

Isabel Montaner Gomis

Metgessa de Família. CAP El Carmel. ICS (Barcelona). Membre del Comitè Permanent del PACAP de la semFYC. Tutora de MFIC.

Isabel Porta Rey

Metgessa de Família. CAP Can Vidalet. ICS (Esplugues de Llobregat, Barcelona).

Gonçal Foz Gil

Metge de Família. Director del Servei d'Atenció Primària (SAP) de Sant Martí. ICS (Barcelona).

Carme Forcada Vega

Metgessa de Família. Tècnica de Salut del SAP Mataró i Maresme. ICS (Barcelona).

Maria Isabel Paserin Rua

Metgessa. Màster en Salut Pública. Tècnica Superior del Servei d'Informació Sanitària de l'Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona.

Enriqueta Pujol Ribera

Màster en Metodologia de la Recerca en Ciències de la Salut. Tècnica de Salut del SAP Sant Martí. Unitat Docent de MFIC de Barcelona ciutat. ICS.

Pascual Solanas Saura

Metge de Família. CAP Maluquer i Salvador. ICS (Girona). Tècnic de Salut de la Unitat Docent de MFIC de Girona.

Josep Lluís de Peray Baiges

Metge de Família. Cooperació Internacional en Planificació i Avaluació de Programes de Salut en Atenció Primària.

Maria Cinta Daufí Subirats

Tècnica de Salut. Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla (Tarragona).

Cristina Prat Asensio

Metgessa de Família. CAP Can Rull. ICS (Sabadell, Barcelona).

Anna Altés Caïs

Metgessa de Família. CAP Guineueta. ICS (Barcelona).

Azucena Carranzo Tomas

Metgessa de Família. Hospital de la Creu Roja (L'Hospitalet i Barcelona).

Jaime Gofin

Metge Epidemiòleg. Departament de Medicina Social. Escola de Hadassah de Salut Pública i Medicina Comunitària. Universitat Hebrea de Jerusalem (Israel).

Í N D E X

Presentació	7
Pròleg	9
INTRODUCCIÓ	11
Procés de l'examen preliminar	19
1. PREPARACIONS PRÈVIES	21
2. INFORMACIÓ NECESSÀRIA	22
<i>A. Caracterització de la comunitat</i>	23
1. Definició de la comunitat	23
2. Característiques geogràfiques	25
3. Història de la formació dels nuclis de població	26
4. Dades mediambientals	26
5. Informació demogràfica	27
6. Informació socioeconòmica	29
7. Ús dels serveis	31
<i>B. Estat de salut de la comunitat</i>	31
1. Mortalitat	31
2. Morbiditat	33
3. Altres mesures de l'estat de salut	36
4. Informació qualitativa	36
<i>C. Recursos comunitaris disponibles</i>	37
3. FONTS D'INFORMACIÓ	38
4. ELABORACIÓ I ANÀLISI DE LA INFORMACIÓ	46
5. ELABORACIÓ DE LA LLISTA DE PROBLEMES	48
Annexos	51
1. FORMULARI PER A LA RECOLLIDA D'INFORMACIÓ	51
2. FITXES DE RECURSOS COMUNITARIS	85
3. DADES REFERIDES A LA POBLACIÓ DE CATALUNYA	89
4. ADRECES D'INTERÈS	109
5. INFORMACIÓ QUALITATIVA	111
Bibliografia general	114

PRESENTACIÓ

Quan vam proposar des de la Junta la possibilitat d'ofrir als socis de la scmfic una línia editorial ens vam plantejar una sèrie de reptes.

El primer de tots era, evidentment, oferir als lectors documents de qualitat. Amb aquesta intenció vam decidir confiar plenament en els socis que participaven als diferents grups de treball i als tallers d'habilitats pràctiques i demanar-los que volquessin en paraules els seus coneixements. La seva experiència investigadora i docent és un valor afegit, un valor segur, per als nous textos que oferim.

El segon repte era la selecció dels temes que es tractarien als diferents llibres. La tasca potencial dels professionals d'Atenció Primària és inabastable. ...I Déu n'hi do de la tasca real, del dia a dia! És possiblement per aquest motiu que molts dels metges de família hem oblidat l'existència d'una *C* al final de les sigles de la nostra societat o d'una segona part en el títol de la nostra especialitat. Aquesta *C* ignorada, aquesta *C* menystinguda per clínics i gestors és, nogensmenys, una bona part de la nostra formació, una part inherent de la nostra especialitat i una part imprescindible de la nostra professió.

En un moment en el qual es reconeix la responsabilitat dels metges de família sobre molts dels problemes de salut de la població atesa, és vàlid insistir en la vessant comunitària de la nostra professió? Sincerament, pensem que sí. En un moment en el qual es posa en dubte la vigència de l'estat del benestar i la subsistència de la societat del benestar, considerem que són els professionals de l'Atenció Primària de salut els indicats per treballar la detecció de problemes comunitaris? Pensem que sí. Creiem que la *C* és vigent ara més que mai. I pensem que deixar-la de banda per donar una resposta exclusivament assistencial des de les nostres consultes és una estratègia de «contraatac» que no afavoreix prou la salut dels nostres pacients i que ens desgasta com a professionals.

És per tots aquests motius que no vam dubtar a demanar al grup de treball en Atenció Primària Orientada a la Comunitat que aportés a la nova línia editorial l'actualització de la *Guia de recollida de dades per a l'examen preliminar de la situació de salut d'una comunitat*, etapa imprescindible abans de l'inici de qualsevol proposta d'intervenció comunitària.

S'ha respost amb força ganes i s'han afegit al document noves referències de totes les fonts d'informació que poden ser útils al nostre àmbit. Creiem que el

resultat té un gran valor per afavorir la intervenció comunitària per part dels Equips d'Atenció Primària i que també serà força útil per a tots aquells (sociòlegs, antropòlegs, economistes de la salut) que treballen en el camp de la salut comunitària.

Gràcies a tots els membres del grup d'APOC per l'esforç. Confiem que el producte sigui interessant i que tots tinguem temps, a la nostra activitat diària, per aprofitar-lo.

Antoni Peris i Grao

Vicepresident de la Societat Catalana
de Medicina Familiar i Comunitària

PRÒLEG

La medicina comunitària requereix el coneixement de la població, de la qual n'és responsable l'Equip d'Atenció Primària (EAP), de la mateixa manera que una «medicina de qualitat» requereix un bon coneixement del pacient. La necessitat d'aquest coneixement sorgeix del compliment dels conceptes bàsics de la medicina comunitària i de l'experiència dels treballadors de l'Atenció Primària (AP) que volen millorar la situació de salut de la comunitat i/o l'efectivitat del treball clínic, assistencial o preventiu.

Afortunadament, hi ha un interès creixent i una necessitat entre els professionals de l'AP i els equips de conèixer les característiques de la comunitat on treballen, però sovint les dades es recullen poc elaborades i de manera poc organitzada. Així, la informació obtinguda no respon a les necessitats dels professionals i/o del servei i, a més, desacredita el procés i la finalitat per a la que es recullen les dades.

Aquest manual és fruit del treball docent, de l'experiència adquirida en la pràctica de l'AP i de l'aplicació de la «primera guia» editada pel grup APOC l'any 1995. Hem anat modificant, ampliant i actualitzant el guió proposat en la primera edició, recollint suggeriments, seleccionant i simplificant la informació necessària, escollint els indicadors més sensibles i significatius i, alhora, canviant el format per fer-lo més senzill i pràctic, i així alleugerir la feina posterior d'anàlisi i interpretació.

L'objectiu d'aquest manual és proporcionar a l'EAP una guia pràctica, que canalitzi la recollida i l'elaboració de les dades necessàries per realitzar l'anomenat «examen preliminar de la comunitat» de forma organitzada, sistemàtica i amb rigor epidemiològic.

Creiem que aquest llibre pot servir tant per a la pràctica com per a l'ensenyament de la Medicina Comunitària. Així doncs, és també una eina útil per a la formació de metges residents i dona resposta a la recomanació del Programa de la Residència en aquesta àrea.

Per aquests motius, presentem la guia a tots els membres de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària i a tots els professionals de l'AP que es plantegin el coneixement de la comunitat com l'anàlisi necessària de la realitat abans de l'inici de qualsevol proposta d'intervenció comunitària.

Jaime Gofin

Grup APOC de la Societat Catalana
de Medicina Familiar i Comunitària

INTRODUCCIÓ

La pràctica de la medicina comunitària per part dels EAP és encara incipient al nostre país, malgrat els més de 15 anys transcorreguts des de l'inici de la reforma de l'AP.

Si bé, tant l'OMS des d'Alma-Ata com tot el moviment de l'Atenció Primària Orientada a la Comunitat (APOC) considerem que la pràctica de la medicina comunitària integrada en l'Atenció Primària és la millor estratègia per millorar la salut de les comunitats. Ni la medicina individual té una preocupació pels factors causals de la salut i la malaltia, per tal de «trencar el vincle entre la causa i la malaltia o la discapacitat»* ni la salut pública en grans poblacions sol portar la seva preocupació de la comunitat local ni ser eficaç per aconseguir resultats apreciables en petites poblacions.

Quines poden ser les raons d'aquesta manca de desenvolupament de l'orientació comunitària de l'Atenció Primària?

Una de les raons pot ser la dificultat d'entendre, acceptar i aplicar la integració del mètode clínic (Atenció Primària dirigida als individus i famílies) amb l'estratègia poblacional (Atenció Primària dirigida a la comunitat) (Starfield, 1992)¹. A més, és evident que en els darrers anys els interessos dels metges de família al nostre país s'han dirigit prioritàriament cap als problemes de la clínica individual.

Una altra, la manca d'exigència —i conseqüentment també d'incentivació i de reconeixement— per part dels responsables polítics o administratius dels serveis d'Atenció Primària de la necessitat de dedicar part del temps o dels recursos de l'equip a l'activitat comunitària.

*De World Health Organization. On Being in Charge: a guide to management in primary health care. Reproduïm (traducció dels autors) un paràgraf de la seva introducció: «La primera edició d'aquest llibre va ser preparada immediatament després de la històrica conferència d'Alma-Ata i de l'adopció per part dels estats membres de l'OMS de l'objectiu de salut per a tots l'any 2000 per mitjà de l'Atenció Primària. Va ser extensament utilitzat a pràcticament tot el món durant un període en el que molts sistemes de salut van prendre noves direccions per començar a implementar les estratègies dirigides cap a aquest fi. L'OMS és conscient de les dificultats que han de ser superades per transformar els principis de l'Atenció Primària —sobre els quals sembla haver-hi acord universal— en sistemes de salut basats en l'Atenció Primària, i finalment en una orientació a la “salut per a tots” de totes les polítiques dels estats.»

En tercer lloc, tal com apuntava l'OMS en el llibre ja citat (WHO, 1992)², la manca d'un grau de suport de gestió corresponent al districte sanitari. Les funcions d'aquest grau de suport haurien de ser el manteniment i la integració dels sistemes d'informació sanitària de les comunitats locals; la coordinació i el suport en la planificació i l'avaluació dels programes d'intervenció comunitària; la promoció de la implicació de la comunitat; l'acció intersectorial i la coordinació de tots els serveis sanitaris del seu àmbit.

Finalment, creiem que ha existit també un excés d'individualisme per part dels EAP, que han oblidat que la majoria dels problemes de salut necessiten, per a la seva resolució o millora, l'activitat de serveis no sanitaris i la participació de la pròpia comunitat.

Els obstacles són tan grans que «els professionals s'han refugiat en la seguretat d'allò conegut, del que saben fer amb més facilitat, del que les persones esperen d'ells, i simplement s'han quedat en els seus centres de salut per tractar els pacients que hi acudeixen amb símptomes de malaltia sense referir-se a les seves causes. Els pacients tornen aleshores a les condicions que causen la malaltia i emmalalteixen de nou, i els treballadors de la salut se senten frustrats en perdre la possibilitat de cooperar amb èxit amb la seva comunitat per crear un medi ambient més saludable» (WHO, 1992)².

Sidney Kark i els seus col·laboradors, primer a Sud-àfrica i després a Israel, van conceptualitzar el model APOC (en anglès: *Community Oriented Primary Care*, COPC). Citant textualment a Kark: «Fins que no s'aconsegueixi aquesta aproximació entre la salut comunitària i l'atenció mèdica, els serveis de salut personals realitzaran una escassa contribució a la millora de la salut de les comunitats [...]. Un servei d'Atenció Primària difícilment podrà aconseguir tot el seu potencial per millorar la salut comunitària llevat que dediqui la seva atenció i les activitats vers aquesta fita» (Kark, 1981)³. Certament, una bona AP, com la que sorgeix a Espanya amb el procés de reforma, amb una bona accessibilitat, continuïtat, treball en equip, orientació biopsicosocial, integració de les activitats preventives, etc., millora la situació de salut dels pacients tractats i, fins i tot, tal com mostra algun treball al nostre país, les taxes de mortalitat per a algunes malalties (Villalbí, 1999)⁴. No obstant això, l'enorme potencial de l'AP només es pot desenvolupar quan aquesta integra l'atenció individual amb la medicina comunitària i s'orienta als principals problemes de salut de la comunitat.

Quan parlem de la integració de la medicina comunitària en l'AP, de l'APOC, no volem dir, només, que els professionals de l'Atenció Primària de salut (metges de família, pediatres, odontòlegs, psicòlegs, infermeres, fisioterapeutes, treballadors socials, personal auxiliar, etc.) realitzin activitats preventives integrades en la seva activitat curativa individual. L'EAP en el seu conjunt s'ha

d'implicar en l'anàlisi de l'estat de salut de la comunitat i dels seus determinants i en les possibles intervencions per canviar aquesta situació cap a una realitat millor, si existeixen causes i determinants evitables i situacions millorables (encara que no puguin ser modificades en profunditat).

L'estat de salut és una realitat complexa, barreja de situacions ambientals, socioeconòmiques, genètiques i comportamentals. Algunes poden ser modificades pels serveis de salut, altres per la pròpia comunitat o les institucions pròpies de l'estat del benestar, i d'altres no poden ser modificades. Quan les situacions que porten a la malaltia —o que impedeixen l'assoliment de millors estats de salut— poden ser modificades, les accions han de ser empreses en l'àmbit local —independentment que formin part de plans o campanyes institucionals. Aquesta estratègia pot aconseguir el major grau possible d'implicació de les persones i els serveis responsables, així com una major coordinació del treball vers un objectiu comú, la millora de la salut de la comunitat.

Per això pensem que l'EAP amb base poblacional ha de convertir-se en un equip de salut pública en l'àmbit local. No serà només un equip de salut pública perquè també realitza atenció curativa individual. Tampoc se superposa amb els serveis de salut pública perquè no esgota totes les seves funcions, si bé és important que s'hi coordini sempre que hi hagi problemes o determinants per millorar. Però sí que té objectius i funcions de salut pública perquè el seu objectiu és la salut de la comunitat assignada i, per a tal fi, realitza activitats de vigilància i intervenció que no són pròpies dels serveis exclusivament assistencials.

També pensem que l'àmbit local és el lloc de la coordinació intersectorial i de la participació comunitària. Si bé aquestes accions poden ser promogudes i realitzades a escala institucional, més àmplia, per a la resolució de problemes concrets és imprescindible que es facin localment. Cada cop més existeix aquest convenciment i aquesta pràctica en el nostre medi*.

*Per exemple: a la ciutat de Barcelona existeix un organisme en els districtes municipals, la «taula de drogues», que reuneix tots els sectors polítics, socials i professionals per promoure la salut i prevenir els conflictes en els problemes relacionats amb l'abús de substàncies.

Al barri de La Verneda (Barcelona) s'ha constituït un grup de treball per coordinar els serveis socials, els equips d'Atenció Primària i l'equip de salut mental per tal d'actuar de forma homogènia davant les demandes relacionades amb problemes de salut mental.

Al barri de La Mina (Sant Adrià de Besòs) s'ha constituït un grup de treball per a la millora de l'estat de salut dels infants i adolescents de 10 a 16 anys, que inclou el Consorci de La Mina, les escoles, l'institut d'educació secundària, l'EAP i l'equip de salut mental.

A Vilassar de Mar, el Programa Tarda Jove, organitzat conjuntament per l'EAP, el Programa d'Atenció a la Dona i l'Ajuntament de la vila, ofereix atenció i activitats informatives i educatives relacionades amb la salut dels joves en sentit ampli i no només en l'àmbit de la salut sexual i reproductiva.

En la trobada internacional d'APOC, celebrada a Leesburg, Virgínia (EUA) l'any 2001, 27 participants de diferents països d'Àfrica, Hispanoamèrica i Europa, a més d'Estats Units i Israel, vam revisar la història, la realitat actual i el futur de l'APOC (Epstein, 2001)⁵.

Es va refermar que la història de l'APOC s'inicia a Pholela (Sud-àfrica) a la dècada de 1940 amb el treball de Sidney i Emily Kark, es desenvolupa a Jerusalem per part dels Kark i el seu equip, i s'estén a partir de les dècades de 1980 i 1990 en diversos països, sobretot a Israel i Estats Units, i darrerament a Gran Bretanya, sobretot a partir de l'assignació de responsabilitat comunitària i d'anàlisi de les necessitats de salut de la comunitat (*health needs assessment*) als *primary care groups*. A Catalunya, el grau de desenvolupament és força notable, amb una llarga i extensa experiència docent, i amb prop d'una vintena d'EAP que declaren estar desenvolupant algun dels estadis del cicle de l'APOC, si bé la majoria en fase incipient (Peray, 2001)⁶.

El marc conceptual bàsic de l'APOC va ser consensuat a Leesburg com un procés continu caracteritzat per:

1. La integració en l'APS de l'atenció clínica individual amb la responsabilitat de salut pública per a la totalitat de la comunitat.
2. La relació amb una població definida i la mesura de les seves necessitats de salut.
3. La responsabilitat sobre totes les persones amb necessitats de salut, en qual-sevol de les seves dimensions, i no només dels pacients que consulten.
4. Un accent en totes les fases de la història natural de les malalties, incloent-hi especialment la promoció de la salut i la prevenció.
5. La implicació de la comunitat en tots els aspectes del servei.

La realitat actual de l'APOC es veu afavorida pel model d'atenció gestionada (*managed care*) a Estats Units i a d'altres països on s'està exportant, donat que l'assumpció de risc per a una població definida ha portat a un èmfasi en la prevenció i el manteniment de la salut i a una metodologia com la de l'APOC per abordar l'optimització de l'estat de salut de tota la població coberta. Els països amb una mancança extrema de recursos també reclamen urgentment l'APOC. A Europa i a Amèrica del Nord, el moviment de la «nova salut pública» i el moviment més actual que tracta de promoure la integració entre la pràctica clínica i la salut pública reforcen l'APOC, atès que aquest model és en si mateix un exemple d'aquesta integració. Igualment, com ja hem citat, el reforçament del rol de l'AP a diversos països europeus, entre ells Espanya, però sobretot a Gran Bretanya, ha portat a la convergència dels seus models assistencials amb l'APOC.

El futur de l'APOC depèn, segons les conclusions de la reunió de Leesburg, de la capacitat de lideratge i extensió (màrqueting) del model per part dels seus impulsors i alhora de la claredat i la flexibilitat del model en si mateix. Claredat en el sentit d'homogeneïtat en les definicions de les diferents pràctiques que es diuen APOC, però també flexibilitat per poder adaptar-se a diferents realitats socials i a sistemes de salut diferents. El futur de l'APOC també depèn de la seva predisposició per mostrar-se capaç de ser sostenible i de superar l'anàlisi de cost-efectivitat.

La metodologia de l'APOC, tal com ha estat sistematitzada per Kark i Abramson (figura 1) s'inicia amb un «examen preliminar» de la comunitat, que la delimita i n'identifica les principals característiques, els recursos i els principals problemes de salut. Abramson (Abramson, 1990)⁷ considera l'examen preliminar com una «etapa prèvia» al procés metodològic de l'APOC, formada per una sèrie de «preparacions pràctiques» i per l'examen preliminar pròpiament dit. Segueix amb una prioritització dels problemes comunitaris que porta a la identificació del problema o problemes que, segons l'anàlisi preliminar, mereixen una intervenció comunitària. Posteriorment el problema prioritari s'analitza en profunditat (diagnòstic comunitari). A partir d'aquest diagnòstic es pren la decisió

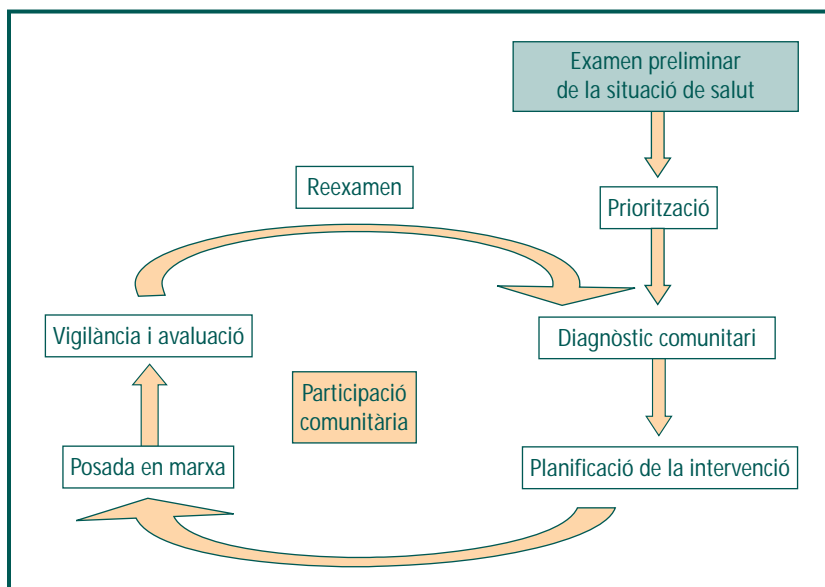


Figura 1. Cercle metodològic de l'APOC.

sobre la intervenció que s'ha de realitzar, la qual serà planificada, implementada i avaluada per reiniciar el cicle, d'acord amb els resultats obtinguts de l'avaluació i amb el manteniment de l'examen preliminar, que s'ha anomenat «monitorització de l'estat de salut» (Montaner, 1994)⁸.

El mateix autor descriu, en síntesi, la metodologia d'aquest examen de la següent forma: *Aquesta exploració està basada generalment en dades fàcilment accessibles sobre les característiques de la població, l'extensió i l'impacte de diversos trastorns i riscos per a la salut, els interessos i les preocupacions de la comunitat, la disponibilitat i l'ús dels serveis sanitaris i de benestar social, i altres característiques que poden ser rellevants per a la planificació de l'atenció sanitària. Cal buscar informes publicats i estadístiques ja elaborades, inclosos aquells que descriuen resultats epidemiològics o d'una altra mena en poblacions semblants a la població diana. Aquest «reconeixement de biblioteca» ha de ser complementat per un «reconeixement de camp», és a dir, la discussió amb membres de la comunitat i els professionals sobre la situació de salut de la comunitat, llur percepció de les seves necessitats i els seus interessos i preocupacions.*

Aquesta descripció ens permet identificar els elements bàsics de l'examen preliminar:

En primer lloc, la seva **situació dins del procés metodològic de l'APOC**. Es tracta d'una etapa preliminar d'un procés, que no té sentit per ella mateixa, sinó com a base per a una intervenció de millora de la salut de la comunitat.

En segon lloc, les seves **finalitats**, que són descriure la comunitat objecte d'atenció i identificar-ne els problemes de salut que mereixeran un estudi més detallat.

En tercer lloc, la seva **metodologia i limitacions**. L'anàlisi ha de ser ràpida i operativa, l'agilitat i el baix cost han de ser característiques imprescindibles perquè l'esforç realitzat per l'EAP no bloquegi l'acció o eternitzi el moment d'identificar els problemes, ja que cal continuar el procés: prioritzar i intervenir. Es tracta, per tant, d'utilitzar dades sobre la comunitat fàcilment assequibles, ja elaborades, i es recomana rebutjar en aquesta etapa la creació de sistemes d'informació nous. Si no es disposa de dades de la mateixa comunitat en alguns dels aspectes a analitzar, se'n poden utilitzar de comunitats similars o de comunitats més extenses, que incloguin la nostra, sempre que se sigui conscient dels possibles biaixos. Les dades obtingudes han de ser complementades amb treball «de camp», de discussió amb els membres de la comunitat i els professionals sobre la seva percepció de la realitat. Creiem que, si l'equip ja té alguna experiència de treball amb la

comunitat, aquesta etapa hauria de durar al voltant de 6 mesos, però pot variar en funció dels recursos que s'hi puguin destinar. Amb aquestes característiques l'examen preliminar recorda el «diagnòstic de salut de la comunitat», utilitzat en medicina comunitària com a fase prèvia de la planificació, però amb una metodologia més operativa i un procés més ràpid, aplicable a la situació i als recursos de l'Atenció Primària. Els mètodes d'assessoria ràpida (*rapid appraisals*) (Annet, 1995)⁹ promoguts per l'OMS presenten també un procés molt similar al que descrivim com a examen preliminar.

Finalment, el quart element bàsic és el seu **contingut**. De forma sintètica, la informació que s'ha de recollir fa referència a:

1. Les característiques de la comunitat.
2. L'extensió i l'impacte de diversos trastorns i riscos per a la salut.
3. Els interessos i les preocupacions de la comunitat.
4. La disponibilitat i l'ús dels serveis sanitaris i socials.

Per **caracteritzar la comunitat** el primer pas és definir la comunitat objecte d'atenció. Sense això no és possible la pràctica de l'APOC, perquè aquesta orientació parteix de la delimitació d'una comunitat de la qual és responsable un equip sanitari. A Catalunya, des de la legislació de reforma de l'AP, els EAP disposen per llei d'una població assignada, formada per la població empadronada dins dels límits geogràfics de l'Àrea Bàsica de Salut (ABS) (Decret 84/85)*.

El coneixement sobre l'estat de salut de la comunitat pròpiament dit no és fàcil. En primer lloc, donades les dificultats intrínseques de la mateixa definició de salut, amb un component subjectiu important. En segon lloc, a causa de les dificultats metodològiques per fer-la operativa. Caldrà, doncs, recollir informacions quantitatives i informacions qualitatives. Pel que fa a les dades quantitatives, no tenim altra opció que utilitzar definicions operatives, que necessàriament limiten el concepte, però que ens poden orientar, si les analitzem com a conjunt, sobre els problemes de salut de la comunitat. S'haurà d'obtenir també informació qualitativa per completar les dades quantitatives, gairebé sempre parcials, però també per identificar aquells aspectes subjectius, les preocupacions i els interessos de la comunitat. Aquest tipus d'informació constitueix, a més, un instrument molt rellevant de cara a fomentar i fer real la participació de la comuni-

* Decret 84/85 de 21 de març, de mesures per a la reforma de l'Atenció Primària de salut. DOGC 527, de 10 d'abril de 1985. Ordre de 6 de maig de 1990, d'aprovació del Reglament marc de funcionament dels Equips d'Atenció Primària. DOGC 1.309, de 25 de juny de 1990.

tat i de l'equip de salut que implícitament s'adhereixen al procés. El flux d'informacions no és, en aquest aspecte, neutre.

Un dels principals problemes del tractament de les dades quantitatives és el fet de treballar amb comunitats petites; això fa que els numeradors també siguin petits i que treballar amb taxes sigui poc representatiu. Aquesta situació és difícil per a l'epidemiologia clàssica que necessita taxes per establir comparacions; per això s'ha fet necessari desenvolupar nous mètodes que permetin prendre en consideració els nombres absoluts, els casos únics, les tendències en el temps o l'agrupació d'anys o poblacions, entre d'altres.

L'anàlisi de les fonts d'informació serà un element bàsic en tot el procés. És fonamental conèixer la informació que proporcionen, el moment, la comunitat o població de referència, la fiabilitat i la validesa. Destacarem aquests problemes en parlar de cadascuna de les fonts d'informació demogràfica, mediambiental, socioeconòmica o sanitària que hem identificat com a disponibles a Catalunya.

En els propers capítols es descriuen les dades necessàries per a l'examen preliminar de la comunitat i el procés per a la seva realització, remarcant la recerca de les fonts d'informació i l'apreciació de la seva validesa i fiabilitat.

En el primer annex presentem el formulari per a la recollida de la informació. Recomanem emprar-lo en paral·lel a la lectura del text. El presentem en un format que pot ser apte com a suport per recopilar les dades si es considera d'utilitat. En els altres annexos adjuntem algunes dades comparatives de Catalunya per als principals grups d'informació suggerits, una proposta de fitxes per a l'inventari dels recursos, algunes adreces d'interès per a la recerca de la informació, algunes característiques de tècniques qualitatives, i una bibliografia general sobre l'APOC i els principals reculls d'informació que s'han analitzat.

Procés de l'examen preliminar

Com ja hem comentat, l'examen preliminar és la porta d'entrada al procés de l'APOC i en general a qualsevol procés o activitat d'intervenció en salut comunitària. Consisteix bàsicament en descriure i caracteritzar la comunitat per conèixer-ne els problemes i necessitats més importants amb la finalitat d'intervenir-hi posteriorment.

Els seus trets més característics són l'agilitat, el baix cost i l'ús d'informació preexistent i rellevant que es complementa amb informació de tipus qualitatiu. Per facilitar la tasca de fer aquesta anàlisi inicial de la situació de salut de la comunitat proposem una metodologia senzilla, basada en la lògica de qualsevol recerca i que consisteix a seguir les etapes que tot seguit es descriuen:

1. Preparacions prèvies.
2. Informació necessària.
3. Fonts d'informació.
4. Elaboració i anàlisi de la informació.
5. Elaboració de la llista de problemes.

1. PREPARACIONS PRÈVIES

Abans d'iniciar el procés seria òptim:

- **La constitució d'un grup que lideri aquest procés**, que pot estar integrat per professionals sanitaris i no sanitaris de l'equip, personal de suport com el tècnic de salut o l'epidemiòleg, personal d'altres recursos comunitaris com pot ser el tècnic de salut pública de l'ajuntament corresponent i altres membres de la comunitat acostumats a treballar amb dades del tipus que estem referint. La perspectiva multidisciplinària pot evitar biaixos en aquesta etapa.
- **L'ensinistrament i la motivació** dels professionals de l'equip. Un dels obstacles amb què ens podem trobar és la resistència dels professionals de l'equip a dur a terme aquesta orientació de l'AP. Aquesta resistència al canvi ve determinada en molts casos per una manca de formació en els temes de salut comunitària i la por a perdre el rol professional i a una sobrecàrrega de treball.
- Els acords que permetin obtenir el suport i la participació de la comunitat, així com el contacte amb les seves institucions i recursos.
Aquest **contacte inicial amb la comunitat** té com a finalitat:
 - Informar sobre el projecte, sol·licitant opinió i col·laboració.
 - Ressaltar la importància de fer l'anàlisi de la situació de salut.
 - Expressar aspectes d'interès i expectatives.
 - Conèixer l'existència d'organitzacions i comitès de salut.
 - Conèixer l'existència d'informadors clau.
 - Instaurar un circuit de comunicació amb la comunitat.
- **Delimitar la comunitat** que es vol analitzar. Aquest aspecte es descriu amb més detall a l'apartat d'informació necessària.

Les preparacions prèvies són útils per optimitzar el procés de l'examen preliminar creant unes condicions favorables dins del propi equip i establint contactes amb la comunitat des del començament.

2. INFORMACIÓ NECESSÀRIA

En primer lloc, s'ha de definir quina és la informació que necessitem i quines dades ens calen per conèixer-la, així com explorar la factibilitat d'obtenir-la. És important que les persones que sol·liciten, recullen i elaboren les dades coneguin tot el procés de l'APOC, per elaborar la informació de manera que faciliti el treball en etapes posteriors.

Un cop aclarit aquest punt, cal investigar com s'han mesurat i organitzat les dades en la font d'informació corresponent i també concretar a qui demanar-les.

És molt important saber què i com ho volem i, si és el cas, a qui ho hem de demanar, sobretot si la petició de dades es fa a grans institucions. Per exemple, hem de saber de quines dades disposa el padró o cens per poder-les demanar i pensar si ens interessa alguna anàlisi concreta o un encreuament de variables quan fem la sol·licitud.

En demanar les dades de mortalitat cal especificar quina classificació de causes ens interessa i si la volem desagregada per gèneres o per grups d'edat.

Cal que tinguem en compte la definició territorial de la nostra ABS quan sol·licitem les dades: si l'ABS comprèn més d'un municipi, hem de demanar les que es puguin desagregar per municipis com poden ser les malalties de declaració obligatòria (MDO). D'altra banda, si sol·licitem dades censals i la nostra ABS forma part d'un municipi més gran hem d'especificar de quines unitats censals volem les dades.

El suport de les dades cada cop més sovint és informàtic i, a més, se'n poden demanar moltes per correu electrònic i/o obtenir-les a Internet. Així resulta que en podem trobar en diferents suports i hem de decidir de bon principi com es recopilaran per facilitar-ne l'organització.

Les unitats de planificació de les diferents regions sanitàries del CatSalut i les delegacions territorials de sanitat reben la majoria d'aquesta informació que prové de les fonts oficials. Habitualment tenen aquesta informació desagregada per ABS i, per tant, és aconsellable dirigir-se a aquestes institucions abans de sol·licitar-la directament a les fonts originals.

És útil tenir una planificació de les dades que s'han de demanar, així com qui se'n responsabilitza, i fixar uns terminis per anar-ne revisant la recopilació. Fixar un cronograma és important quan s'han de dur a terme tècniques qualitatives de recollida d'informació.

En el formulari destaquem les dades i els indicadors que en la nostra experiència són més útils i factibles d'aconseguir i elaborar.

La delimitació de la comunitat, la designació d'un responsable i uns terminis, així com decidir quines dades ens calen i on les anirem a buscar, són els primers elements que s'han de definir quan es comença a fer l'examen preliminar.

A. CARACTERITZACIÓ DE LA COMUNITAT

1. DEFINICIÓ DE LA COMUNITAT

S'ha de determinar el tipus de comunitat i quines característiques tenen en comú els individus que la integren en fer l'anàlisi de situació de la salut. La definició i descripció de la població, responsabilitat d'un EAP, és un dels requisits bàsics per a la pràctica de la salut comunitària des de l'AP.

El concepte de comunitat és sociològic i s'utilitza per a una agrupació d'individus que viuen a la mateixa zona i tenen unes característiques comunes.

En AP el més habitual és la delimitació geogràfica en àrees bàsiques de salut (ABS). De vegades hi ha problemes de definició de límits quan, per raons administratives, aquests no es corresponen amb la ubicació natural de la població. Aquesta delimitació comporta, de vegades, la divisió de comunitats reals i, d'altres, l'agrupament d'individus que l'únic punt que tenen en comú és que viuen al mateix carrer o barri.

La situació ideal es dona quan els serveis d'AP atenen a una comunitat real. En aquest sentit s'entén un grup humà que viu en una zona geogràfica amb una xarxa de relacions interpersonals, interessos i valors comuns. Tanmateix, a l'Atenció Primària i sobretot a l'àmbit urbà, és difícil que la població atesa per un EAP compleixi les característiques sociològiques de comunitat.

Hi ha, però, altres delimitacions de la població que permeten la pràctica d'aquesta orientació comunitària, sempre que hi hagi algun tipus de referència comuna: viure al mateix barri o, per exemple, treballar a la mateixa fàbrica. Tot i que, des d'una perspectiva purista, dir «comunitat» a un grup d'individus que només tenen en comú ser atesos al mateix centre de salut pot ser discutible; és indubtable que la societat actual i l'organització dels serveis sanitaris requereixen l'adaptació del mot «comunitat».

Comunitat en AP fa referència a qualsevol d'aquestes situacions:

- Comunitat veritable en el sentit sociològic de la paraula.
- Individus que viuen en un determinat barri o població.
- Individus registrats en un centre d'Atenció Primària com a usuaris potencials dels serveis (els utilitzin o no) o amb menys freqüència.
- Persones que comparteixen un espai físic, un determinat temps: treballadors d'una mateixa fàbrica o alumnes d'una determinada escola.

Els equips que volen treballar amb orientació a la comunitat han d'adaptar-se al context real de la població que tenen assignada i delimitar-la de manera que puguin identificar els individus que seran el denominador bàsic de qualsevol tipus d'intervenció i la seva avaluació. L'esforç de delimitar la comunitat no es contradiu amb què l'equip tingui en compte altres elements fonamentals d'aquesta com són les interrelacions socials (família, amics) i els seus recursos externs.

L'equip d'Atenció Primària que treballi amb atenció a la comunitat necessita adaptar-se al context de la població que té assignada i l'ha de delimitar de manera que pugui identificar les persones amb un denominador comú per a la intervenció i posterior avaluació.

Ara es comencen a fer canvis en l'organització de l'AP en algunes comunitats autònomes (CCAA), que influiran també en la definició de la població de què n'és responsable un EAP. D'una banda hi ha canvis de gestió on coexisteixen titularitats públiques (SNS) i privades (cooperatives de professionals, entitats sanitàries privades o públiques amb gestió privada). Encara que fins ara no s'han evidenciat diferències en la comunitat atesa (criteris d'accessibilitat), és fonamental que des de l'Administració Sanitària s'asseguri l'equitat en el tipus de prestacions ofertes a la comunitat (població consultant enfront de població assignada).

D'altra banda, la possibilitat d'escollir lliurement l'EAP, sense tenir en compte la residència habitual, pot suposar una limitació greu tant per definir la comunitat com per fer-hi futures intervencions. No obstant, però, s'estima que el nombre de població en aquesta situació serà al voltant d'un 4-5%.

Les dificultats que podem trobar en definir i delimitar la comunitat són:

- Els límits establerts poden **variar per raons administratives** en un determinat moment.
- Els límits geogràfics **no s'adapten sempre a comunitats reals** des del punt de vista sociològic.
- El sistema de **lliure elecció del centre de salut comporta una dispersió de la població** en diferents centres i dificulta el càlcul d'indicadors en no disposar d'un denominador concret i mesurable.

Fonts: Normativa legal de delimitació d'ABS (DOGC de la delimitació de l'ABS corresponent).

Registre de la població adscrita segons el padró.

Altres registres de la població adscrita (p. ex., SIAP).

2. CARACTERÍSTIQUES GEOGRÀFIQUES

Encara que les característiques geogràfiques d'una població formen part estrictament dels determinants mediambientals, s'exposen separatament ja que ajuden a ubicar de forma visual la comunitat. Els desnivells, les barreres arquitectòniques o geogràfiques i les comunicacions són elements que poden determinar la freqüentació i la forma d'utilitzar els serveis. No es tracta de disposar d'un mapa cartogràfic precís, sinó de destacar aquelles característiques que poden influir sobre la salut o sobre l'ús dels serveis.

L'obtenció de les dades geogràfiques ens permetrà:

- Conèixer l'accessibilitat geogràfica de les diferents zones, que poden explicar diferències en la demanda i els serveis.
- Conèixer problemes específics relacionats amb el medi físic (carreteres, desnivells, etc.).
- Establir zones o barris dintre del perímetre geogràfic amb diferents graus de l'estat de salut.
- Determinar connexions viàries amb altres serveis o recursos sanitaris.
- Determinar la densitat de població.

Fonts: Observació directa.
 Associacions i persones representatives locals.
 Institut Cartogràfic de Catalunya (www.icc.es/mapsv/home.html).
 Institut d'Estadística de Catalunya (www.idescat.es/estbasiq/municipi/municipi.stm).

3. HISTÒRIA DE LA FORMACIÓ DELS NUCLIS DE POBLACIÓ

Els serveis d'Atenció Primària, com ja hem comentat, donen servei a una comunitat delimitada de forma geogràfica, és a dir, a un o diversos nuclis poblacionals concrets. Encara que en el futur la lliure elecció de centre de salut comporti l'assistència de persones que no visquin en el nucli poblacional on es troba ubicat el centre, s'estima que el nombre serà reduït i que el volum més important de població serà el corresponent a la pròpia àrea bàsica de salut.

Actualment té especial rellevància el fenomen migratori estranger que s'està produint en el nostre país els últims anys, creant nous nuclis de població, o produint canvis radicals en els existents amb la possibilitat de la creació de guetos.

La transcendència d'aquest tipus d'informació sobre la salut dels individus és rellevant, donat que aporta coneixements sobre la propietat i les característiques dels béns immobles, la ubicació de la població segons creences religioses o culturals, la diversitat de llengües i races, o els moviments migratoris que poden condicionar diferències culturals, de comportaments i, per tant, diferents problemes de salut i diferents formes d'utilitzar els serveis.

Fonts: Ajuntaments de barri.
 Publicacions específiques.
 Associacions i persones representatives locals.

4. DADES MEDIAMBIENTALS

Hi ha molts factors del medi ambient que poden influir sobre la salut de la comunitat; els principals són:

- Relacionats amb l'aigua potable, l'aigua no potable i el tractament d'aigües residuals.
- Relacionats amb l'aire. Els contaminants atmosfèrics que ara es mesuren són diòxid de sofre, partícules en suspensió, òxids de nitrogen, monòxid de carboni, ozó, sulfur d'hidrogen i hidrocarburs. També té interès mesurar la contaminació acústica en ciutats, zones densament poblades i zones industrials.

- Relacionades amb el sòl: abocadors d'escombraries, distribució d'habitatges i espais verds.
- Relacionades amb la flora i la fauna: control del bestiar, ús de plaguicides, etc. Té molt d'interès en les zones rurals.
- Relacionades amb l'alimentació: control de manipuladors i comerços d'alimentació.

Els factors que interessen en relació a la salut varien segons el grau de desenvolupament de la comunitat que estudiem: la insalubritat de les aigües potables pot ser el problema més determinant en una comunitat en vies de desenvolupament, i en una població desenvolupada els problemes poden venir de contaminants més nous o desconeguts com l'oli de colza, la legionel·la, les proteïnes prioniques causants de la incorrectament anomenada malaltia de les vaques boges, la contaminació acústica, etc.

Els factors ambientals estan regulats per normatives de la Unió Europea (UE) que són públiques.

Aquest tipus d'informació sovint és difícil de trobar i no acostuma a estar especificada per zones geogràfiques tan petites com les que treballem i, de vegades, és molt especialitzada i no sabem interpretar-la. Per això es recomana no fer una recerca exhaustiva de tot tipus de dades, sinó tenir en compte les característiques de la comunitat i recollir informació qualitativa en relació al medi ambient. L'equip que faci la recollida de la informació determinarà què cal buscar en la comunitat concreta segons el context; així, en una zona industrial caldrà, probablement, buscar contaminants de l'aire, contaminació acústica, etc., i en una zona de muntanya caldrà orientar els esforços cap a la contaminació dels aqüífers.

Fonts: Departament de Medi Ambient. Generalitat de Catalunya.
(www.gencat.es/mediamb/cdades.htm).
Ajuntaments.

5. INFORMACIÓ DEMOGRÀFICA

Les característiques demogràfiques, bàsicament l'edat i el sexe de la població, constitueixen un dels principals determinants de la salut. Els problemes de salut són diferents entre els joves i la gent gran, i també entre homes i dones. Per tant, és una informació molt valuosa tant per predir necessitats i serveis com per intuir quins seran els principals problemes de salut que presentin.

D'altra banda, la informació demogràfica complementa la definició de la comunitat i ens permet establir el denominador que conforma la base poblacio-

nal per a futurs programes de salut o altres tipus d'intervencions; és a dir, ens permet conèixer *qui* hem d'intervenir i *qui* hem d'avaluar.

La informació demogràfica permet fer previsions sobre les necessitats de salut i construir els denominadors per als programes de salut.

En el formulari que es presenta en l'annex 1, es proposa recollir aquesta informació de diverses maneres:

- Distribució per grans grups d'edat.
- Distribució per grups d'edat agrupats en 5 anys i per sexes.
- Indicadors demogràfics: es destaquen aquells índexs i taxes que caracteritzen millor la població per a l'examen preliminar.

Convé portar a terme la realització de la piràmide poblacional perquè permet una visió ràpida i la possibilitat d'establir comparacions gràfiques amb altres poblacions i amb ella mateixa al llarg del temps. Es proposa realitzar la piràmide de la població atesa en aquest moment de l'anàlisi, perquè permet valorar-ne la cobertura.

Els principals problemes que comporta recollir informació sobre demografia a les ABS són comuns als de les àrees geogràfiques petites:

En **primer lloc**, i encara que actualment els ajuntaments estan informatitzats, pot donar-se la dificultat de no trobar la informació demogràfica desagregada en l'ABS.

En **segon lloc**, existeix la dificultat de treballar amb *nombres petits* (àrees de menys de 50.000 habitants presenten problemes de significació estadística). Això comporta que per calcular alguns indicadors sigui precís agrupar informació de diversos anys. En general s'aconsella agrupar uns 5 anys consecutius. S'ha de tenir en compte que, en fer-ho, es perd informació sobre l'evolució temporal; per això recomanem també analitzar els nombres absoluts i la seva tendència en el temps.

Finalment, cal ressaltar que la realitat és molt més rica i variada que la que reflecteix el padró o el cens. És freqüent que ens trobem amb situacions com:

- Població empadronada que no resideix a l'ABS o que s'hi està temporalment.
- Població no empadronada estacional (p. ex., en algunes poblacions turístiques o persones grans que viuen amb la família temporalment).

- Persones que hi viuen habitualment però que estan empadronades en un altre municipi o bé immigrants il·legals.
- Col·lectivitats que realitzen alguna activitat en l'àmbit de la zona de salut (escoles, fàbriques, etc.).

Tenir en compte totes aquestes possibilitats en la metodologia de l'examen preliminar de salut seria molt complex i poc operatiu. La utilització i validació de les targetes sanitàries o altres sistemes informàtics propis del centre (p. ex., OMI-AP) poden ser alternatives vàlides, passats uns quants anys de la seva instauració, ja que d'altra manera no es pot assegurar que tota la població s'hagi registrat (s'estima que en 5 anys el total de la població ha consultat el metge de família almenys un cop). Fins aleshores es recomana utilitzar com a font d'informació el padró municipal actualitzat i, sens dubte, valorar les situacions esmentades, per determinar si afecten a un nombre elevat de persones o si representen un volum important de les consultes.

Fonts: Cens i padró.

Registres del Centre d'Atenció Primària: SIAP o programa informàtic específic (OMI-AP, SIAPwin, etc.).

Institut d'Estadística de Catalunya (www.idescat.es/estbasiq/municipi/municipi.stm).

6. INFORMACIÓ SOCIOECONÒMICA

Les característiques socials i econòmiques de l'individu i del seu entorn constitueixen importants determinants de l'estat de salut i de l'ús de serveis, a més de ser predictores de necessitats. Diversos estudis han mostrat un efecte independent de les característiques individuals i de l'entorn, de manera que, per exemple, el fet d'estar sense feina és un factor determinant per a la salut, però també ho és viure en un entorn amb una elevada taxa d'atur. Aquest tipus de mesures ecològiques són les que, en una anàlisi de la situació de salut, és important conèixer.

Les característiques socioeconòmiques més estudiades quant al seu impacte sobre la salut són:

- El grau d'instrucció: habitualment s'utilitza el percentatge de població amb un nivell d'estudis determinat com, per exemple, el percentatge de població amb instrucció insuficient (analfabets o amb estudis primaris incomplets).

- Les característiques derivades de la situació laboral de la població, essent un dels indicadors més utilitzats el percentatge de persones sense feina. El càlcul de la taxa d'atur registrat, segons l'OTG (Oficina de Treball de la Generalitat), es fa a partir de l'atur registrat (INEM) i la població activa de l'enquesta de població activa de l'últim trimestre de referència.
- La classe social és un altre dels principals determinants de l'estat de salut de les persones. En l'àmbit sanitari la forma més habitual de determinar la classe social és a través de la codificació de l'ocupació de l'individu o del cap de família. En l'article *Una propuesta de medida de clase social* del grup de treball de la Societat Espanyola d'Epidemiologia i de la Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària s'explica la metodologia necessària per al seu ús (Grupo trabajo semFYC, 2000)¹⁰.
- L'origen ètnic: els grups que tenen un origen cultural diferent al de l'entorn comporten habitualment característiques diferents d'estils de vida, hàbits dietètics, relacions socials, llenguatge, sistema de valors, conductes de risc, i d'altres.
- Coneixement del català: aquest indicador creiem que té interès per valorar el grau d'integració a la comunitat on viuen.
- Les condicions dels habitatges també poden influir en la salut dels individus. Segons l'entorn és important recollir informació sobre canalitzacions d'aigües i excretes, amuntegament, disponibilitat d'ascensor, sistemes de protecció i superfície dels habitatges, entre altres.
- Per últim, algunes condicions socioeconòmiques de l'àrea deriven en bona part de la pròpia estructura demogràfica, i aquest és el cas del nombre de persones grans que viuen soles —generalment mesurat a partir dels 75 anys—, ja que és un grup de població que concentra una elevada necessitat de serveis socio-sanitaris.

Fonts: Cens.

Padró.

Associacions i persones representatives locals.

Registres del centre.

Dades de l'atur provincials (www.inem.es/cifras).

Dades de l'Oficina de Treball de la Generalitat (OTG) (www.idescat.es).

7. ÚS DELS SERVEIS

La utilització dels serveis sanitaris es defineix com l'atenció proporcionada pels serveis sanitaris en forma de contacte assistencial. El concepte és diferent de l'accessibilitat, ja que aquesta és l'oportunitat de rebre atenció sanitària, sigui utilitzada o no. La utilització dels serveis sanitaris es relaciona amb factors individuals, familiars, professionals i amb l'organització del servei, si bé el principal determinant és la morbiditat sentida, especialment en el primer contacte.

També pot resultar d'interès recollir informació sobre la cobertura de la població, la freqüentació, el grau de derivació i els motius de consulta. Disposar d'una piràmide de població atesa, per grups d'edat i sexe, ens permet la comparació amb la piràmide poblacional i detectar així grups menys/més freqüentadors.

B. ESTAT DE SALUT DE LA COMUNITAT

La informació utilitzada per conèixer l'estat de salut d'una comunitat és els indicadors negatius de salut (mortalitat, morbiditat, factors de risc, incapacitats, etc.), els indicadors positius (activitat física, vacunacions, etc.) i es completa amb informació qualitativa proporcionada per la mateixa comunitat i pels professionals que hi treballen.

1. MORTALITAT

És la dada sanitària més disponible i fàcil d'obtenir, donada la màxima transcendència social per les conseqüències que se'n deriven (econòmiques, familiars, laborals, etc.). S'ha de demanar en primer lloc perquè és la informació que habitualment ens arriba amb més retard.

Generalment es mesura mitjançant taxes brutes, específiques i estandarditzades. Si treballem amb poblacions petites, les taxes específiques tindran una fluctuació que en dificultarà la interpretació. Per això treballarem habitualment amb nombres absoluts i percentatges (mortalitat proporcional), que ens permetran valorar la importància relativa de cada causa de mort. Ara bé, en el cas de voler comparar les dades de mortalitat de la nostra àrea amb les d'altres àrees haurem d'utilitzar obligatòriament taxes estandarditzades (índex de mortalitat estandarditzada) pel mètode directe o indirecte. Malauradament les taxes específiques de mortalitat no sempre estan disponibles o bé els nombres són molt

petits per establir taxes estables o fiables i, en aquests casos, sovint haurem d'utilitzar el mètode d'estandardització indirecte (Pineault, 1989)¹¹.

El més adient és que les dades de mortalitat estiguin desagregades per grups d'edat i sexe, i agrupades per períodes. Considerant el nombre habitual d'habitants d'una ABS (de 10.000 a 40.000) es recomana afegir-hi un mínim de 5 anys. Tampoc no és adequat agregar-hi un període massa llarg, per evitar agrupar situacions sanitàries molt diferents.

La mortalitat es pot aconseguir amb diferents graus d'especificitat, la distribució per grans grups és molt general (malalties de l'aparell circulatori, respiratòries, tumors, etc.) i d'escassa utilitat, per això es proposa analitzar les dades de mortalitat per causes més específiques, anomenades causes D (cardiopatia isquèmica, neoplàsies de pulmó, etc.). És una classificació elaborada per la Generalitat de Catalunya seguint les recomanacions de l'OMS i proporciona una informació més específica que la mortalitat per grans grups.

La informació dels anys potencials de vida perduts (APVP) ens mostrarà les causes de mortalitat en la gent jove; per tant, si és possible, és útil recollir-la.

També interessa recollir la mortalitat evitable, també anomenada morts innecessàriament prematures i sanitàriament evitables (MIPSE), que posa de manifest aquelles causes per a les quals existeixen mesures preventives o curatives. Algunes de les causes de mortalitat evitable són més específiques que les causes D, i caldrà tenir-ho en compte a l'hora de demanar informació (taula 1).

Com a informació bàsica es recomana recollir:

- Les 10 primeres causes de mort de la població total i la distribució per sexes.
- Les 10 primeres causes de mort prematura, que és aquella que té lloc abans dels 70 anys o abans de l'edat corresponent a l'esperança de vida de la població. Cal fer-ho per a la població total i per sexes.
- Llista de causes de mortalitat evitable (MIPSE).

Un aspecte important a tenir en compte és la validesa de la informació. Les dades de mortalitat absoluta són molt fiables, però quant a les causes específiques de mortalitat, algunes poden tenir problemes de validesa per mala classificació (Garcia, 1991)¹².

Fons: Estadístiques de mortalitat. Ajuntament i Departament de Sanitat i Seguretat Social (DSISS).

Taula 1. Causes de mortalitat evitable		
Causa	Edat	Intervenció
Tuberculosi	5-64	P,T
Sida	0-64	P,T
Tumor maligne de coll uterí	15-64	T
Tumor maligne de cos uterí	15-64	T
Malaltia de Hodking	5-64	T
Malaltia reumàtica del cor	5-64	P,T
Malalties respiratòries agudes	5-44	T
Asma	1-14	T
Apendicitis	5-44	T
Hèrnia abdominal	5-64	T
Colelitiasi i colecistitis	5-64	T
Hipertensió i malalties vasculars cerebrals	35-64	P,T
Complicacions de l'embaràs, part i puerperi	Totes	P,T
Algunes afeccions perinatales	Perinatal	P,T
Febre tifoidea	5-64	P,T
Tos ferina	0-14	P,T
Tètanus	0-64	P,T
Xarampió	1-14	P,T
Osteomielitis	1-64	P,T
Tumor maligne de tràquea, bronqui i pulmó	5-64	P
Cirrosi i altres malalties hepàtiques cròniques	15-74	P
Accidents per vehicles de motor	Totes	P

P: prevenible; T: tractable.
 Modificada de Holland, 1988.

2. MORBIDITAT

Per diverses raons és la dada més difícil d'obtenir i amb més problemes de fiabilitat i validesa. En primer lloc, perquè la seva definició és diferent segons el punt de vista en què ens situem. Des del punt de vista del professional, la morbiditat es defineix amb criteris sanitaris encara que no sigui percebuda ni, per tant, expressada al sistema sanitari. Des del punt de vista de l'usuari pot existir una **morbidity sentida** que correspongui o no a un criteri sanitari establert, quan encara no ha generat una demanda, i una **morbidity expressada** quan

ja l'ha generada. La morbiditat expressada i/o investigada pels professionals sanitaris i catalogada és la que es considera com a **morbiditat diagnosticada**. A més, s'ha de tenir en compte que la definició de malaltia varia en el temps, i els aspectes de morbiditat sentida que en un moment no són considerats pels sanitaris en un altre moment poden arribar a ser un diagnòstic.

Per valorar els problemes i necessitats d'una població cal buscar la morbiditat real d'una comunitat que està en funció de la morbiditat sentida, diagnosticada i diagnosticable; així, s'ha de buscar en diferents fonts d'informació.

Per tant, l'estudi de la morbiditat està condicionat per la font d'informació que utilitzem, ja que les dades variaran en funció d'aquesta i, per aquest motiu, no podem considerar només una font per acostar-nos a la morbiditat real d'una comunitat.

Les fonts d'informació de la morbiditat més disponibles al nostre medi són:

2.1. ALTES HOSPITALÀRIES

Proporcionen informació sobre la morbiditat diagnosticada als ingressos hospitalaris. Es registra un diagnòstic principal i tres més, així com fins a quatre dels procediments utilitzats. Es proposa centrar-se en 13 diagnòstics susceptibles de ser abordats des de l'àmbit de l'Atenció Primària. Utilitzarem nombres absoluts per grups d'edat i població total i taxes per mil habitants. Alguns autors senyalen que serà més interessant centrar-se en altres indicadors com els *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC), que inclouen 35 codis de diagnòstic que són útils per mesurar la capacitat de resolució de l'Atenció Primària (Caminal, 2001)¹³.

Actualment alguns hospitals han començat a introduir la variable ABS a les dades del pacient, la qual cosa facilitarà l'obtenció d'aquesta informació desagregada.

Fonts: Conjunt Mínim de Dades Bàsiques a l'Alta Hospitalària (CMDBAH) del Servei Català de la Salut (CatSalut).

2.2. MALALTIES DE DECLARACIÓ OBLIGATÒRIA

Es proposa recollir aquelles malalties susceptibles de prevenció en l'àmbit de l'Atenció Primària amb més fiabilitat (declaració individualitzada). Malgrat la validesa discutible d'aquestes dades, el fet de recollir el nombre de casos/any durant diversos anys consecutius permetrà una visió de l'evolució i la tendència d'aquestes malalties.

Fonts: Malalties de Declaració Obligatòria (MDO). DSiSS.
Institut Municipal de la Salut.

2.3. REGISTRES DEL CENTRE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Si el centre disposa de registres sobre patologies o motius de consulta, poden utilitzar-se com a informació complementària, malgrat ser discutible la seva validesa i fiabilitat a causa del sotsregistre i dels diferents criteris diagnòstics.

Cada vegada és més usual el registre dels factors de risc als centres d'Atenció Primària, i disposar d'aquesta informació serà de gran utilitat per completar la informació sobre els determinants de l'estat de salut. Per obtenir dades sobre els factors de risc psicosocials és possible que s'hagi de consultar també altres fonts com l'assistent social del centre, els serveis especialitzats de salut mental, etc.

Fonts: Registre de motius de consulta.
Registres del treballador social.
Auditories d'històries clíniques.
Fitxer d'edat i sexe.

2.4. ALTRES REGISTRES DE MORBIDITAT

Si es disposa de registres específics (registre de tumors, de discapacitats, etc.) o d'altres estudis de morbiditat (qüestionaris de salut per a la morbiditat percebuda) ens poden ser també d'utilitat, encara que normalment es refereixen a poblacions més extenses que la de l'ABS. Tanmateix, poden ser susceptibles de revisió per tal d'obtenir les dades de l'àrea geogràfica de la nostra comunitat.

També es poden trobar altres registres específics com:

- Registres de tumors de Tarragona, Girona, Institut Català d'Oncologia, etc.
- Enquestes de salut:
 - A Catalunya es fan cada 4 anys; es pot demanar informació desagregada per regió sanitària. Actualment, és disponible la de l'any 2001.
 - A Barcelona també es fan amb una certa periodicitat i es poden obtenir per districtes.
- Sistemes d'informació a Barcelona ciutat:
 - Sistema d'informació de drogodependències.
 - Sistema d'informació de salut maternoinfantil.
 - Estadístiques vitals.

- Sistema d'informació d'accidents de trànsit.
- Sistema d'informació per a àrees petites: especialment interessant, per la quantitat d'informació donada i la periodicitat.

Fonts: Pla de Salut de Catalunya (www.gencat.es/sanitat/portal/cat/toc_pla.htm).
 Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona (www.imsb.bcn.es).

3. ALTRES MESURES DE L'ESTAT DE SALUT

3.1. INDICADORS DE SALUT MATERNOINFANTIL

En aquest apartat es recomana recollir informació, si està disponible, sobre:

- Els embarassos d'alt risc segons l'edat materna.
- El pes dels nadons, com a indicador de l'atenció durant l'embaràs.
- Les interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE), donada la seva transcendència sociosanitària en determinats grups de població, per exemple, en els joves.

Fonts: Institut d'Estadística de Catalunya (IEC).
 Institut Municipal d'Estadística (IME).
 Programa d'Atenció a la Dona de l'ABS corresponent.

3.2. MESURES POSITIVES DE L'ESTAT DE SALUT

Interessa recollir informació sobre factors positius de l'estat de salut, però habitualment estem limitats pels registres disponibles al centre. Es proposa recollir dades disponibles sobre cobertura de la vacunació, hàbits dietètics, estat nutricional, salut bucodental, activitat física, desenvolupament dels nens, etc.

Referent a la cobertura de la vacunació, cal dir que la informació facilitada per l'ajuntament és menys fiable que la que podem extreure del propi centre.

4. INFORMACIÓ QUALITATIVA

Per completar la informació de què disposem, proposem recollir les impressions de l'equip, de la comunitat i d'altres professionals de l'àmbit sociosanitari sobre els problemes de salut més freqüents, recursos comunitaris, determinants i factors de risc, actituds i, en general, de tots els aspectes que poden afectar la salut amb les tècniques d'informació qualitativa que es descriuen a l'annex 5.

C. RECURSOS COMUNITARIS DISPONIBLES

Per recursos comunitaris entenem el conjunt d'elements (humans i materials) disponibles per resoldre una necessitat o dur a terme una tasca en una comunitat determinada. Els recursos constitueixen un dels elements que defineixen i caracteritzen la comunitat, per tant el seu coneixement es considera una informació bàsica per realitzar l'examen preliminar. L'inventari dels recursos aporta una visió global de la vida associativa de la població i indica aspectes relacionats amb una organització comunitària saludable.

De forma simplificada, podem classificar els recursos, segons la seva tipologia, en públics, privats no especulatius i organitzacions no governamentals (ONG) o voluntariats i, segons el camp d'acció, en socials, assistencials, culturals, de lleure, esportius, ocupacionals, sanitaris i informàtics.

Quan parlem de recursos disponibles per a la comunitat, ens referim tant als que es troben «dins» de la comunitat com als externs (de referència) i als potencials, mobilitzables mitjançant programes específics.

Fer un inventari complet dels recursos de la comunitat no sempre és senzill. El més fàcil és limitar-se únicament als grups o associacions registrats en l'àmbit municipal o de districte. Cal que l'EAP consideri que els recursos comunitaris no sempre tenen una estructura formal, però els grups o associacions promoguts per iniciativa social, tot i no tenir personalitat jurídica, són de gran interès pel treball amb la comunitat. Per conèixer la seva existència cal «endinsar-se» en la comunitat a través de tècniques qualitatives bàsiques com «l'observació» i les entrevistes amb líders comunitaris. Això permet analitzar les xarxes de suport social existents tant les *formals* (voluntaris organitzats, grups d'autoajuda) com les *informals* (p. ex., grups familiars, grups d'amics o de veïns).

A l'apèndix del final del formulari, hi ha una proposta de fitxes per caracteritzar els recursos, semblant a les que utilitzen els treballadors socials d'Atenció Primària. La caracterització dels recursos ha d'estar integrada pels paràmetres bàsics: identificació de l'entitat (nom, adreça i telèfon), tipologia (públic, privat, etc.), camp d'acció (objectius, activitats i serveis), organització (dependència d'altres institucions, àrea d'abast, forma d'accés) i forma de contacte. Si bé aquest inventari s'utilitza inicialment com a informació de l'examen preliminar, cal que constitueixi una base de dades que sigui permanentment actualitzada.

Fonts: Registre del treballador social de l'EAP.
Serveis socials municipals o de districte.
Líders comunitaris.

3. FONTS D'INFORMACIÓ

La pròpia comunitat: informació qualitativa

Interessa buscar la comprensió de la naturalesa de la realitat i dels processos socials, a partir d'una major sensibilitat envers la dimensió històrica, cultural, sociopolítica i contextual. És necessari recollir les impressions, creences, expectatives, experiències i expressions sobre la salut i els seus determinants, tant de la pròpia comunitat com dels professionals que treballen en l'àmbit de l'ABS. Ens referim a una recerca amb enfocament qualitatiu, amb conceptes de participació plural, i obtenció de la informació amb tècniques com el grup focal, el grup nominal, entrevistes a informadors clau, observació directa i anàlisi de documents entre altres (Pineault, 1989)¹¹. Els procediments d'assessoria ràpida participativa (*rapid participatory appraisal*) poden ser un mètode útil per a aquesta finalitat. L'objectiu és confirmar i completar la informació quantitativa, obtenir valors subjectius sobre les necessitats i problemes de salut de la comunitat i inserir-se en les formes d'acció col·lectives per involucrar les poblacions implicades en cada procés. Veure l'annex 5 sobre mètodes qualitius.

Fons: Treballadors de l'EAP, treballadors d'altres serveis sanitaris i sociosanitaris, docents, informadors clau i associacions representatives de la comunitat, etc.

Cens i padró

Institució

- Institut d'Estadística de Catalunya (IEC) o bé l'ajuntament corresponent.

Periodicitat

- El cens es fa cada 10 anys. L'últim és del 2001 i en el moment d'editar aquesta guia encara no es disposa de les dades.
- El padró tenia periodicitat quinquennal. La informatització del padró permet l'actualització anual i no cal fer les renovacions cada 5 anys. L'últim és de l'any 1996. La llei de 10 de gener 4/1996 normalitza aquestes actualitzacions anuals.

Desagregació

- Municipi.
- Sotsunitats censals.

Contingut del cens

- Edat i sexe, estat civil, lloc de naixement, nacionalitat, any d'arribada al municipi, grau d'instrucció, professió, branques d'activitat, relació amb l'activitat, coneixement de la llengua autonòmica, nombre de persones que viuen a la mateixa llar i característiques de l'habitatge, entre altres.

Contingut del padró

- Edat, sexe, lloc de naixement, nacionalitat i grau d'instrucció.

Actualitzacions

- Anualment es pot obtenir informació de les altes, baixes, naixements i morts.

Com aconseguir les dades

- En el cas de l'IEC, cal fer una sol·licitud per escrit al seu director si les dades que es necessiten no estan publicades (hi ha una biblioteca al mateix edifici amb totes les publicacions) o bé no ens hi podem desplaçar.
- En el cas de l'ajuntament, dependrà de cada municipi; a Barcelona la sol·licitud s'ha de fer a l'Institut Municipal d'Estadística.
- A través d'Internet podem trobar molta informació a les pàgines de l'Institut Nacional d'Estadística (INE) (www.ine.es), del servei d'Informació Demogràfica de Catalunya (IDESCAT) (www.idescat.es) i, en el cas de Barcelona, al Departament d'Estadística (www.bcn.es/estadistica/catala/index.htm).

Problemes

- Les dades declarades tenen una fiabilitat diferent segons el tema tractat; són més fiables les que fan referència a l'edat, sexe, lloc de naixement i estat civil que les que fan referència al grau d'instrucció o la situació laboral.
- La informació sempre es dona amb retard (un any com a mínim) i triga molt a renovar-se, excepte la composició per edat i sexe que es pot obtenir per les actualitzacions anuals.
- L'any 2001 ja no es va fer el padró perquè es considera que la renovació és contínua. El problema que té això és que per a alguns indicadors la validesa ha disminuït, com és el cas del grau d'instrucció, i això s'explica perquè normalment, més aviat o més tard, s'avisava a Estadística d'un canvi de domicili, i evidentment del naixement o la mort d'algú, però no s'avisava quan variaven els estudis.
- Població no censada o no empadronada.
- La territorialització per ABS no s'empra fora de l'àmbit sanitari i per tant sovint cal sol·licitar informació per unitats territorials més petites (p. ex., sec-

ció censal) i utilitzar algun tipus de conversió que assigni l'ABS a cada secció censal.

Comentaris

- La informació és pública i gratuïta sempre que no faci referència al nom de les persones. Actualment la llei de protecció de dades no permet l'obtenció personalitzada de la informació del cens, però el padró és una font municipal més accessible.
- És fàcil obtenir les dades si es va a la font d'informació disponible per al públic en general, però és més costosa si es demana en suport informàtic i/o informació que compregui l'encreuament d'algunes de les variables (p. ex., nombre d'individus de més de 75 anys que viuen sols).
- Pel que fa al grau d'instrucció, les dades ens les donaran de la població major de 10 anys en el cas del cens i dels majors de 16 si és el padró.
- La informació que dona IDESCAT és en quatre categories (sense instrucció, primer grau, segon grau i tercer grau).
- Es pot obtenir l'edat de la mare, el pes del nadó i les setmanes de gestació de les dades dels naixements. Aquestes variables són fàcils d'aconseguir per municipis i és més complexa la desagregació inframunicipal (ABS).
- A Barcelona ciutat, existeix un acord entre el Consorci Sanitari de Barcelona (CSB) i l'Institut Municipal de la Salut Pública (IMSP), pel qual aquest últim proporciona informació nominal de naixements, morts i nens mal vacunats.
- IDESCAT dona una informació bàsica de cada municipi de Catalunya que inclou un conjunt de dades (demogràfiques, grau d'instrucció, característiques dels habitatges, socioeconòmiques, etc.) que permet la comparació amb les comarcals i les de tota Catalunya. Aquesta informació bàsica també és gratuïta i disponible a través d'Internet. Les dades són municipals i els límits dels municipis no són superposables a les demarcacions de les ABS. També proporciona informació gràfica de la piràmide poblacional, ocupació per grans sectors econòmics, coneixement del català i evolució de la població. Aquesta informació actualment és disponible la dels anys 1986, 1991 i 1996. Per trobar aquesta informació gràfica (piràmide poblacional desagregada en l'àmbit municipal) és necessari buscar a IDESCAT la pàgina www.idescat.es/basdades/bemc/bemc.stm, a l'apartat «estadística de població», i en aquesta cal anar a «estructura de població».
- INE (Institut Nacional d'Estadística). Actualment es pot accedir mitjançant Internet (www.ine.es) a la base de dades INEBASE, que és un sistema d'emmagatzemament d'informació estadística. Recull informació tant de l'INE com d'altres instituts del sistema estadístic nacional. La INEBASE s'organitza en tres sotssistemes:

- Resums de resultats (fulletons, xifres d'INE en Excel), notes de premsa: és el més útil per a la informació actual.
- Base de dades Tempus.
- Taules INEBASE (més de 10.000).

Malalties de declaració obligatòria (MDO)

Institució

- Servei de Vigilància Epidemiològica. Departament de Sanitat i Seguretat Social (DSiSS).
- IMSP si es tracta de Barcelona ciutat.

Periodicitat

- Setmanal, es poden sol·licitar les dades agregades en diferents períodes de temps (mesos, anys, etc.).

Desagregació

- El DSiSS pot proporcionar la informació desagregada per municipis. A Barcelona, es poden obtenir per ABS les dades nominals però no les numèriques.

Contingut

- Les 10 MDO de declaració numèrica i les 38 de declaració individualitzada.
- L'any 2000 van canviar les MDO, i cal tenir-ho en compte si fem comparacions amb anys anteriors.

Sol·licitud

- Cap de Servei de Vigilància Epidemiològica en el cas del DSiSS.
- Director de l'IMSP si es tracta de Barcelona.

Problemes

- És ben conegut el problema del sotsregistre, que afecta molt menys a les malalties de declaració nominal. En qualsevol cas, la informació és vàlida per marcar tendències en el temps i, de vegades, com a episodis sentinella (p. ex., tètanus).
- S'han de revisar les dades de les fonts del sistema de declaració de les malalties perquè en els darrers anys algunes malalties han passat de declaració numèrica a nominal i cal tenir-ho en compte a l'hora de valorar les tendències.

Comentaris

- Proposem la recollida de 9 malalties segons criteris d'alta prevalença, transcendència sociosanitària i possibilitats de prevenció o intervenció des de l'AP.

Estadístiques de mortalitat

Institució

- Registre de mortalitat de Catalunya. Servei d'Informació i Estudis del Departament de Sanitat (DSiSS).
- Institut Municipal de Salut Pública si les dades són de Barcelona ciutat.

Periodicitat

- Anual; es poden demanar dades agrupades per anys.

Desagregació

- Municipal si la informació la dóna el DSiSS.
- En sotsunitats censals si la dóna l'ajuntament.
- Per ABS en el cas que alguna administració sanitària faci alguna anàlisi específica.

Contingut

- Causa bàsica, edat, sexe i nacionalitat descrits en el certificat de defunció.

Sol·licitud

- Dirigida al cap de servei si es tracta del DSiSS.
- Dirigida al director de l'IMSP si es tracta de Barcelona ciutat.

Problemes

- Els que comporten l'estudi de la mortalitat en àrees petites; per això es recomana sol·licitar les dades dels últims 5 anys consecutius per tal de pal·liar aquest problema.
- Manca d'actualitat d'aquesta informació (2 anys, aproximadament).
- La resposta a les sol·licituds tarda depenent de la complexitat de la informació demanada.
- L'any 1999 es va canviar la classificació de codificació de les causes de mort, de CIE-9 a CIE-10. Cal comprovar la comparabilitat dels epígrafs o codis quan fem avaluacions de tendències.
- Problemes de biaix de classificació.

Comentaris

- Les dades que podem sol·licitar són el nombre total de morts per any, la mortalitat per causes (qualsevol grau d'especificació), també la seva distribució per grups d'edat i sexe. El resultat ens el poden donar en nombres absoluts, taxes i anys potencials de vida perduts (APDVP).

- És recomanable demanar-ho **per escrit**, i al més **específicament possible** (causes D, quins grups d'edat, MIPSE, etc.) al registre de mortalitat de Catalunya. Un cop el registre envia les dades cal signar un document assumint la **confidencialitat** de la informació.

Altes hospitalàries

Institució

- Registre del CMDB. Divisió d'Atenció Hospitalària del CatSalut (Servei Català de la Salut).

Periodicitat

- Anualment es publica un resum de l'activitat assistencial.

Desagregació

- Regió sanitària i sector sanitari.

Contingut

- Variables sociodemogràfiques: data de naixement, edat, sexe i municipi de residència.
- Variables clíniques: diagnòstic principal (codificat amb la CIM-9-MC), diagnòstics secundaris, procediment principal i procediments secundaris (fins a 4 procediments). Codi E per a les causes externes.
- Variables administratives: circumstància d'admissió (urgent, programat, trasllat), circumstància d'alta (domicili, trasllat, crònics, mort). Estada (dies).

Sol·licitud

- Dirigida al cap de la Unitat de Gestió de Recursos de la Informació (UGRI) del Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'Alta Hospitalària (CMBDAH) de l'Àrea Sanitària del CatSalut.
- O també es pot trobar a: www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/estad_sanitaries/cmbd_2000/cmbd_index.htm (el darrer és de l'any 2000).

Problemes

- Derivats dels diferents criteris de codificació dels hospitals.
- El diagnòstic principal registrat pot no ser el més important que presenta la persona.

- Les dades s'obtenen per altes i no per malalts; això fa que es puguin sobrevalorar alguns diagnòstics. De qualsevol manera, aquesta apreciació no serà molt elevada ja que la mitjana d'altres per pacient és d'1,2.

Comentaris

- Tots els hospitals de la xarxa pública de Catalunya, i alguns de privats, participen en aquests registres.
- Les dades més fiables són a partir de l'any 1992. Es poden demanar d'un any o de diversos anys per veure l'evolució temporal.
- En alguns casos es poden demanar el total d'altres anuals de l'ABS (els resultats els poden donar desagregats per municipi) per diagnòstic principal. Es proposa recollir només informació útil per a l'Atenció Primària (p. ex., *Ambulatory Care Sensitive Conditions*).

Interrupció voluntària de l'embaràs (IVE)

Institució

- Departament o Conselleria de Sanitat.

Periodicitat

- Anual.

Desagregació

- La màxima és el codi postal.

Contingut

- Les IVE produïdes en el territori nacional. Principals variables: edat de la dona, grau d'instrucció, estat civil, convivència amb parella, lloc de residència (municipi i província), situació laboral de la dona i la parella, nombre de fills, IVE anteriors, motiu legal de la interrupció, mètode d'intervenció i setmana de gestació.

Sol·licitud

- Cap de servei del departament corresponent.
- En l'àmbit nacional les dades es poden demanar al Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública y Consumo. S. G. de Promoción de la Salud y Epidemiología. Paseo del Prado, 18-20. 28071 Madrid. Per correu electrònic: sgepepsa@msc.es. Per fax: 91.596.41.95.

Problemes

- No permet la desagregació per ABS i, en moltes ocasions, només és disponible informació municipal, ja que sovint la codificació postal no es correspon amb cap codi dels assignats per altres administracions.
- Per problemes de confidencialitat, no és disponible la informació de municipis de menys de 20.000 habitants.

Comentaris

- És útil per valorar alguns problemes de salut com, per exemple, els embarassos en adolescents, que en el 75% dels casos poden finalitzar amb IVE.

4. ELABORACIÓ I ANÀLISI DE LA INFORMACIÓ

Al llarg del procés de recopilació de les dades, és aconsellable que una o dues persones en centralitzin la recepció, revisant que es corresponguin amb les sol·licitades, i que es compleixi el cronograma.

La informació es pot obtenir en suport informàtic o en paper; com a dades crues o elaborades (p. ex., es poden donar llistes per edat, any a any, o bé la suma per grups d'edat que s'hagi sol·licitat). A mesura que es recullen, s'haurien d'organitzar segons l'esquema que proposem, treballant-les fins a obtenir els indicadors que ens facilitin la comprensió i ens permetin valorar canvis en el temps. Tot plegat suposarà més o menys feina per a l'equip, depenent del nivell d'elaboració de les dades obtingudes inicialment.

Ens podem trobar el cas que les dades no ens arriben com les hem demanades, o que no podem construir els indicadors que volíem; no per això les hem de menystenir, sinó incloure-les de la forma més adequada possible.

També hem de valorar si la nostra ABS comprèn diversos municipis, la uniformitat de les dades, per exemple els sectors d'ocupació, i decidir elaborar-les globalment per l'ABS o diferenciant-les per municipis.

La persona o grup de persones que elabora les dades també ha de procurar que la informació sigui entenedora per a tots aquells que la rebran. Cal tenir en compte que el personal no sanitari pot no estar habituat a llegir segons quines taules o llistats, i podria facilitar-los la comprensió la presentació gràfica en algun cas. Aquest aspecte serà molt més important com més «interdisciplinari» sigui el grup responsable d'aquesta etapa i com més gran sigui la participació comunitària.

El tractament de la informació qualitativa depèn dels procediments emprats per obtenir-la:

L'observació directa i les entrevistes individuals tenen un tractament específic que consisteix en sintetitzar i interpretar la informació de forma neutra.

Les tècniques del grup nominal o Delphi aporten informació ja consensuada pel mateix grup.

La informació obtinguda mitjançant *els grups focals* és la que requereix una elaboració més complexa, que resumim tal com segueix:

- Procedir a la lectura «literal» de la informació fragmentant i descomposant el contingut en les parts elementals i irreductibles (reducció semiològica).
- Reorganitzar la informació elaborant categories o temes comuns.
- Definir els individus participants i distribuir-los en categories o patrons.
- Construir les hipòtesis creuant les diferents categories, relacionant-les i generant significats.
- Les hipòtesis generades es contrasten novament amb la informació inicial buscant inconsistències o biaixos introduïts per l'investigador.
- Contrastar els resultats obtinguts amb els participants, que hauran de reconèixer com a seves les descripcions i interpretacions.

5. ELABORACIÓ DE LA LLISTA DE PROBLEMES

La interpretació del conjunt dels indicadors i de la síntesi de la informació qualitativa completa el procés iniciat durant l'etapa anterior. Per arribar a la llista de problemes/necessitats de salut a partir de la informació recollida i dels indicadors elaborats es realitza una «anàlisi convergent» de la informació. Això significa sintetitzar, integrar i contrastar la informació (qualitativa i quantitativa) recollida a partir de diferents mètodes, de tal forma que s'arribi a una convergència dels resultats. Les dades quantitatives aportarien la mesura del problema i les qualitatives n'incorporarien el valor.

En elaborar la llista de problemes, sovint s'observa que una part dels mateixos no són problemes de salut pròpiament, sinó determinants i, freqüentment, problemes d'organització. Proposem que els determinants quedin inclosos en la definició de cada problema i els problemes organitzatius es relacionin en una llista a part per la seva consideració i abordatge posterior. A més dels determinants, la definició del problema també ha d'incloure la població a la que afecta.

És important no confondre els problemes amb la descripció de la realitat. Per exemple: l'envelliment de la població no és en si mateix un problema de salut, sinó l'origen d'una sèrie de problemes, com les caigudes en els més grans de 70 anys que viuen sols.

Problema = Problema de salut + determinants + població afectada

Alguns criteris poden ajudar a establir una llista preliminar dels problemes més importants per a una comunitat:

- Magnitud del problema superior a la mitjana de les poblacions de l'entorn.
- Tendència a l'augment del problema o dels seus determinants.
- Vivència d'una situació com a problema important per part de la comunitat o de l'EAP.
- Problemes susceptibles de ser millorats tot i que la seva magnitud sigui inferior a la mitjana o no tingui tendència a augmentar, si la seva importància quant a mortalitat o invalidesa ho justifica.

- Problemes sobre els que si no s'actués, tindrien tendència a augmentar.
- Problemes que afectin a grups de població jove.
- Problemes més prevalents en aquella comunitat quan els criteris anteriors no són aplicables.

Aquesta llista preliminar elaborada per l'equip ha de ser contrastada amb els representants de la comunitat, amb els que s'ha iniciat el procés de participació comunitària, si aquests no han participat ja prèviament en la seva elaboració.

Tot el procés de recollida de dades descrit té sentit amb l'objectiu final de millorar la salut de la comunitat. En la metodologia de l'APOC, cada fase ha de tenir en compte la següent. La prioritització, que segueix a l'examen preliminar, es basa en la llista que hem elaborat i utilitza uns criteris (magnitud del problema, severitat, eficàcia i factibilitat de la intervenció), que s'hauran de puntuar. Per tant, és fonamental haver definit prèviament els problemes de salut de manera operativa, conèixer el percentatge de població afectada, els factors determinants i les possibles solucions per facilitar el procés de prioritització.

Bibliografia referenciada

1. Starfield B. Community-oriented primary care. En: Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. New York: Oxford University Press, 1992; capítol 13.
2. World Health Organization. Needs assessment in local areas and its consequences for health care provision. Report of a WHO meeting, Jerusalem, October 1991. EUR/ICP/PHC 340, Copenhagen 1992.
3. Kark SL. The Practice of Community-Oriented Primary Care. New York: Appleton-Century-Crofts, 1981.
4. Villalbi J, Guarga A, Pasarin M et al. Evaluación del impacto de la reforma de la Atención Primaria sobre la salud. Atención Primaria 1999; 24 (8): 62-76.
5. Epstein L, Mullan F. COPC at the crossroads. COPACETIC (a COPC Newsletter-Robert Johnson Foundation) 2001; 7: 1-3.
6. Peray JL, Foz G, Gofin J. COPC in Spain COPACETIC, Spring 2001; 4-7.
7. Abramson JH. Métodos de estudio en Medicina Comunitaria. Madrid: Díez de Santos, 1990.
8. Montaner I, Foz G, de Peray JL et al. Utilidad de la monitorización del estado de salud, fuentes de información, metodología y limitaciones. Ponencia sobre «Monitorización del estado de salud en las ZBS». XIV Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid, 1994.
9. Annet H, Rifkin S. Guidelines for rapid participatory appraisals to assess community health needs. World Health Organisation (WHO/SHS/DHS/95.8). Ginebra, 1995.
10. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Una propuesta de medida de la clase social. Aten Primaria 2000; 25: 350-363.
11. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias. 2a ed. Barcelona: Masson, 1989.
12. García F, Segura A, Godoy C. Estadísticas pequeñas, grandes perspectivas. Rev Salud Publica 1991; 2: 43-66.
13. Caminal J, Mundet X, Ponsà JA, Sánchez E, Casanova C. Las hospitalizaciones por *ambulatory care sensitive conditions*: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. Gac Sanit 2001; 15 (2): 128-141.

Annex 1

Formulari per a la recollida
d'informació

A. CARACTERITZACIÓ DE LA COMUNITAT

1. DEFINICIÓ DE LA COMUNITAT

2. CARACTERÍSTIQUES GEOGRÀFIQUES

2.1. Límits de l'ABS, barris, municipis o nuclis de població que la formen:

Nota: es recomana disposar d'un mapa de la zona.

Fonts utilitzades:

Any:

Observacions:

Referència a Internet: Institut Cartogràfic de Catalunya (www.icc.es/maps/home.html).

2.2. Condicionants geogràfics que poden afectar la salut de la comunitat o l'ús de serveis (accidents geogràfics, vies d'accés, transports, comunitat urbana o rural, barri perifèric, residencial o del centre de la ciutat, ciutat dormitori, densitat poblacional, etc.):

3. HISTÒRIA DE LA FORMACIÓ DELS NUCLIS DE POBLACIÓ

Fonts utilitzades:

4. DADES MEDIAMBIENTALS

4.1. Informació relacionada amb la qualitat de l'aire (contaminants atmosfèrics, acústics, etc.) i climàtics:

4.2. Aspectes de sanejament ambiental: aigües (aigua potable, no potable i aigües residuals), sòl (tractament de residus sòlids, etc.), flora i fauna (control del bestiar, plaguicides, etc.), i relacionats amb els aliments (control de manipuladors, comerços, etc.) que poden afectar la salut de la comunitat:

4.3. Informació referent a elements mediambientals saludables (espais verds, etc.):

Fonts utilitzades:

Any:

Observacions:

Referència a Internet: Departament de Medi Ambient. Generalitat de Catalunya. (www.gencat.es/mediamb/cdades.htm).

5. INFORMACIÓ DEMOGRÀFICA

5.1. Distribució per grans grups d'edat. Evolució en els darrers anys (segons dades disponibles més recents)

Any				
≤ 14 anys				
15 a 64 anys				
≥ 65 anys				
No hi consta				
Total				

Nota: identificar possibles diferències d'aquesta distribució entre els nuclis poblacionals que componen l'ABS.

Fonts utilitzades:

Any:

Observacions:

Referència a Internet: www.idescat.es/estbasiq/municipi/municipi.stm

Any				
Indicadors demogràfics				
Índex d'envelliment (Nombre població ≥ 65 anys/Nombre població ≥ 14 anys) x 100				
Índex de sobreenvelliment (Nombre població ≥ 85 anys/Nombre població ≥ 65 anys) x 10				
Índex de dependència global (Població 0-14 anys + població ≥ 65 anys/Població 15-64 anys) x 100				
Índex de dependència juvenil (Població 0-14 anys/Població 15-64 anys) x 100				
Índex de dependència senil (Població ≥ 65 anys/Població 15-64 anys) x 100				

Nota: dades disponibles dels últims anys.

5.2. Piràmide d'edat i sexe (segons les últimes dades disponibles)

Piràmide edat/sexe
Població general
Any:

Piràmide edat/sexe
Població atesa
Any:

Edat	Homes	Dones	Edat	Homes	Dones
-1			-1		
1-4			1-4		
5-9			5-9		
10-14			10-14		
15-19			15-19		
20-24			20-24		
25-29			25-29		
30-34			30-34		
35-39			35-39		
40-44			40-44		
45-49			45-49		
50-54			50-54		
55-59			55-59		
60-64			60-64		
65-69			65-69		
70-74			70-74		
75-79			75-79		
80-84			80-84		
85 i més			85 i més		
Total			Total		

Fonts utilitzades:

Any:

Observacions:

Referència a Internet: www.idescat.es/basdades/bemc/bemc.stm

5.3. Nombre total d'habitants i la seva distribució per nuclis o barris

Nucli o barri	Nombre	%	Nombre	%
1.				
2.				
3.				
Total				

■ Dades disponibles sobre població empadronada que no resideix habitualment a l'ABS:

■ Dades disponibles sobre població no empadronada que resideix habitualment o estacionalment a l'ABS:

Fonts utilitzades:

Any:

Observacions:

5.4. Altres indicadors demogràfics

Anys					
------	--	--	--	--	--

Nombre total d'habitants					
--------------------------	--	--	--	--	--

Nombre de dones de 15-49 anys					
-------------------------------	--	--	--	--	--

Nombre de naixements					
----------------------	--	--	--	--	--

Nombre de morts					
-----------------	--	--	--	--	--

Creixement vegetatiu					
----------------------	--	--	--	--	--

Nombre d'immigrants					
---------------------	--	--	--	--	--

Nombre d'emigrants					
--------------------	--	--	--	--	--

(Continua)

Nota: dades dels últims 5 anys consecutius disponibles.

Fonts utilitzades:

Observacions:

Referència a Internet: www.idescat.es/estbasiq/decqv/decqv.stm

5.4. Altres indicadors demogràfics (cont.)

Taxa bruta de natalitat
 (Nombre naixements durant període/Població* x temps) x 1.000

Taxa bruta de mortalitat
 (Nombre morts durant període/Població* x temps) x 1.000

Taxa global de fecunditat
 (Nombre naixements durant període/Nombre total dones de 15-49 anys)
 x 1.000

Taxa de creixement natural
 (Nombre naixements – Nombre morts/Població* x temps) x 1.000

Taxa de creixement migratori
 (Nombre d'immigrants – Nombre d'emigrants/Població* x temps) x 1.000

Taxa de creixement demogràfic
 (Taxa de creixement natural + Taxa de creixement migratori/Població*
 x temps) x 100

*Població de referència a meitat d'any (Pinault, 1988).

Nota: especificar el període valorat.

Fonts utilitzades:

Any:

Observacions:

Referència a Internet: www.idescat.es

6. INFORMACIÓ SOCIOECONÒMICA

6.1. Estimació dels tipus d'habitatges (unifamiliars, pisos/edificis, etc.) i les seves condicions (sense ascensor, antiguitat dels edificis, etc.):

Fonts utilitzades:

Any:

Observacions:

Referència a Internet: www.idescat.es

6.2. Estimació de la composició familiar dels habitatges (persones grans que viuen soles, amuntegament):

Fonts utilitzades:

Any:

Observacions:

Referència a Internet: www.idescat.es

6.3. Grau d'instrucció: indicar el nivell d'estudis acabats

Grau d'instrucció per sexes

	Homes	Dones	Total
No sap llegir o escriure			
Primària incompleta			
EGB 1a etapa			
EGB 2a etapa			
FP 1r grau			
FP 2n grau			
BUP i COU			
Títol mitjà			
Títol superior			
Total (població \geq 10 anys)			

Nota: és aconsellable revisar les definicions corresponents a les categories que es proposen. Podeu trobar-les a la pàgina web d'IDESCAT (www.idescat.es).

Grau d'instrucció per grups d'edat

	10-24 anys	25-44 anys	45-64 anys	65 anys i més
No sap llegir o escriure				
Primària incompleta				
EGB 1a etapa				
EGB 2a etapa				
FP 1r grau				
FP 2n grau				
BUP i COU				
Títol mitjà				
Títol superior				
Total (població ≥ 10 anys)				

Fonts utilitzades:

Any:

Observacions:

Referència a Internet: www.idescat.es/publicacions/anuari/aec.stm

6.4. Població segons l'activitat laboral i el sexe

Actius						
	Població total	Població 16 anys i més	Ocupats	Busquen 1a ocupació	Aturats	Altres
Homes						
Dones						
Total						

No actius						
	Jubilats o pensionistes	Incapacitats permanents	Estudiants	Feines de la llar	Altres	Total no actius
Homes						
Dones						
Total						

Fonts utilitzades:

Any:

Observacions:

Referència a Internet: www.idescat.es/publicacions/anuari/aec.stm

Nota: és aconsellable revisar les definicions corresponents a les categories que es proposen. Podeu trobar-les a la mateixa pàgina d'Internet.

6.5. Taxa d'atur enregistrat: indicar-ne, si fos possible, l'evolució en els darrers anys:

Fonts utilitzades:

Any:

Observacions:

Referència a Internet:

Es poden obtenir dades de l'últim mes en l'àmbit provincial (www.inem.es/cifra).

Es poden obtenir dades de l'Oficina de Treball de la Generalitat (OTG) (www.idescat.es).

6.6. Sectors d'activitat segons el cens

	N	%
Sector primari		
Sector secundari (indústria)		
Sector secundari (construcció)		
Sector terciari (serveis)		
No hi consta		
Total (dels declarats ocupats)		100

Estimació del percentatge de professionals tècnics i directius:

Fonts utilitzades:

Any:

Observacions:

Referència a Internet: www.idescat.es i a l'anuari estadístic (www.idescat.es/publicacions/anuari/aec.stm)

6.7. Origen de la població

	N	%
Nascuts al municipi		
Nascuts a la comunitat autònoma		
Nascuts fora de la comunitat autònoma		
Estrangers		
Total		

Fonts utilitzades:

Any:

Observacions:

Referència a Internet: www.idescat.es/estbasiq/decqv/decqv.stm

6.8. Grups racials, ètnics, religiosos o culturals diferenciats:

Font:

6.9. Grau de coneixement de la llengua catalana

Any				
L'entén				
El sap parlar				
El sap llegir				
El sap escriure				
No l'entén				
No hi consta				
Total				

Fonts utilitzades:

Any:

Observacions:

Referència a Internet: www.idescat.es/basdades/indsocials/indica.stm

6.10. Creences o costums que poden afectar la salut de la comunitat o l'ús dels serveis:

Font:

6.11. Existència de bosses de pobresa o marginació:

Font:

6.12. Dades de famílies amb problemàtica social (econòmica, desatenció dels fills, vells, delinqüència, toxicomanies, etc.):

Font:

B. ESTAT DE SALUT DE LA COMUNITAT

1. INFORMACIÓ SOBRE LA MORTALITAT

Font:

Població:

(Dades de la pròpia comunitat o d'una població més àmplia que inclou l'estudiada)

Període estudiat:

(mínim 5 anys consecutius)

Observacions:

1.1. Deu primeres causes de mort a TOTA la població (segons la classificació de les causes D)

Causa	N	%*
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

*% sobre el total de morts en el període estudiat.

1.2. Deu primeres causes de mort en menors de 70 anys
(segons la classificació de les causes D)

Causa	N	% *
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

* % sobre el total de morts en menors de 70 anys en el període estudiat.

1.3. Deu primeres causes de mort en homes (segons la classificació de les causes D)

Causa	N	%*
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

* % sobre el total de morts en homes.

1.4. Deu primeres causes de mort en homes menors de 70 anys
(segons la classificació de les causes D)

Causa	N	%*
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

*% sobre el total de morts en homes menors de 70 anys.

1.5. Deu primeres causes de mort en dones
(segons la classificació de les causes D)

Causa	N	%*
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

*% sobre el total de morts en dones.

1.6. Deu primeres causes de mort en dones menors de 70 anys
(segons la classificació de les causes D)

Causa	N	%*
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

*% sobre el total de morts en dones menors de 70 anys.

1.7. Causes de mortalitat evitable*

	Grups d'edat						
	Nombre total	0-5	6-14	15-24	25-44	45-64	65-70
1. Tuberculosi (qualsevol localització)							
2. Sida							
3. Tumor maligne de coll uterí							
4. Tumor maligne de cos uterí							
5. Malaltia de Hodking							
6. Malaltia reumàtica del cor							
7. Malalties respiratòries agudes							
8. Asma							
9. Apendicitis							
10. Hèrnia abdominal							
11. Colelitiasi i colecistitis							
12. HTA i malalties cardiovasculars cerebrals							
13. Complicacions de l'embaràs, part i puerperi							
14. Algunes afeccions perinatales							
15. Febre tifoidea							
16. Tos ferina							
17. Tètanus							
18. Xarampió (1-14)							
19. Osteomielitis							
20. Tumor maligne de tràquea, bronqui i pulmó							
21. Cirrosi i malaltia hepàtica crònica							
22. Accidents de vehicles de motor							

* Grupo de trabajo para el diseño de un sistema de información para la AP. Diseño de un sistema de información para la atención primaria. Aten Primaria 1996; 17(7): 449-456.

2. INFORMACIÓ SOBRE LA MORBIDITAT

2.1. Informació d'altres hospitalàries

	Nombre total	Taxa/ 10.000*	Grups d'edat					
			0-14	15-24	25-44	45-64	65-74	> 75
1. Malaltia infecciosa intestinal								
2. Sida-VIH								
3. Tumor maligne de colon								
4. Tumor maligne de mama								
5. Tumor maligne de bufeta								
6. Tumor maligne de pulmó								
7. Diabetis mellitus								
8. Infart agut de miocardi								
9. Insuficiència cardíaca								
10. AVC								
11. Bronquitis crònica i MPOC								
12. Asma								
13. Malaltia hepàtica crònica i cirrosi								

*Taxa d'hospitalització per 10.000 habitants i any.

Font:

Població:

(Dades de la pròpia comunitat o d'una població mas àmplia que inclou l'estudiada)

Període estudiat:

Observacions:

2.2. Malalties de declaració obligatòria (MDO)

MDO	Any					
1. Tètanus						
2. Tuberculosi						
3. Hepatitis A						
4. Hepatitis B						
5. Altres hepatitis						
6. Sida						
7. Brucel·losi						
8. Febre tifoidea i paratifoidea						
9. Malalties de transmissió sexual (gonocòcia, sífilis i altres)						

(Doneu el nombre de nous casos per any)

Font:

Període estudiat:

Observacions:

2.3. Registres del Centre d'Atenció Primària

2.3.1. Informació de morbiditat recollida a la vostra activitat assistencial
(motius de consulta, patologies cròniques, etc.):

Font:

Període estudiat:

Observacions:

2.3.4. Informació sobre factors de risc psicosocial (famílies monoparentals, absentisme escolar, etc.):

Font:
Any:
Observacions:

2.4. Altres registres de morbiditat disponibles:

Font:
Any:
Observacions:

3. ALTRES MESURES DE L'ESTAT DE SALUT

3.1. Indicadors de salut maternoinfantil

3.1.1. Edat de la maternitat (doneu les dades en nombre de mares segons l'edat de la maternitat i l'evolució en diversos anys, si és possible)

Any			
Edat de la mare			
≤ 19 anys			
20-34 anys			
≥ 35 anys			

(Doneu les dades en valors absoluts)

Font:
Any:
Observacions:

3.1.2. Interrupció voluntària de l'embaràs (IVE)

Any			
Edat de la mare			
≤ 19 anys			
20-34 anys			
≥ 35 anys			

(Doneu les dades en valors absoluts)

Font:

Any:

Observacions:

3.1.3. Pes en néixer (doneu les dades en nombre de nens segons el pes en néixer, i si és possible diversos anys per valorar l'evolució)

Any			
Pes en néixer			
< 2,5 kg			
< 2,5 kg			

(Doneu les dades en valors absoluts)

Font:

Any:

Observacions:

3.2. Mesures positives de l'estat de salut

3.2.1. Cobertura de la vacunació

Edat	Correctament	Incorrectament	Sense dades
Nens de 2 anys			
Nens de 6 anys			
Nens de 14 anys			
Adults (tètanus)			
Adults (altres vacunes)			

Nota: dades en percentatge sobre població empadronada.

Font:
Any:
Observacions:

3.2.2. Altres (activitat física, hàbits dietètics, estat nutricional, creixement i desenvolupament dels nens, salut bucodental, etc.):

Font:
Any:
Observacions:

4. INFORMACIÓ QUALITATIVA

4.1. Impressions de l'equip sobre els problemes de salut més freqüents i/o més greus (de tota la comunitat en conjunt i dels diferents grups d'edat i sexe):

Mètode de recollida:

Any:

Observacions:

4.2. Impressions de la comunitat sobre els problemes de salut més freqüents i/o més greus (de tota la comunitat en conjunt i dels diferents grups d'edat i sexe):

Mètode de recollida:

Any:

Observacions:

4.3. Impressions d'altres professionals sobre els problemes de salut més freqüents i/o més greus (de tota la comunitat en conjunt i dels diferents grups d'edat i sexe):

Mètode de recollida:

Any:

Observacions:

C. RECURSOS COMUNITARIS DISPONIBLES

1. DESCRIPCIÓ GENERAL DEL CENTRE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Composició de l'Equip d'Atenció Primària

Nombre de metges:

Nombre d'infermers/res:

Nombre de treballadors socials:

Altres personal:

Recursos físics disponibles:

Dades rellevants de l'equipament disponible:

Oferta de serveis:

2. ALTRES SERVEIS SANITARIS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

(descripció d'altres recursos d'Atenció Primària presents en l'àmbit territorial de l'ABS):

3. SERVEIS SANITARIS ESPECIALITZATS, SOCIOSANITARIS I HOSPITALARIS

(inventari de serveis presents i dirigits a l'ABS o que sense tenir una ubicació física en l'ABS serveixen a la població):

4. CENTRES D'ENSENYAMENT

(relació de centres amb els quals es té una responsabilitat derivada del treball en Atenció Primària [exàmens de salut, vacunes, etc.] o que estan ubicats en el territori de l'ABS i que serveixen a la seva població escolar):

5. SERVEIS SOCIALS

(inventari de serveis presents i dirigits a l'ABS o que, sense tenir una ubicació física en l'ABS, serveixen a la població):

6. ENTITATS CÍVIQUES, CULTURALS, RECREATIVES I ESPORTIVES

(relació d'entitats que formen la vida associativa de la població. Poden ser d'interès tant elements de participació com potencials recursos comunitaris en programes d'intervenció):

7. EQUIPAMENTS CULTURALS, RECREATIUS I ESPORTIUS

(relació dels equipaments disponibles com eventuais recursos logístics per a programes d'intervenció):

8. ALTRES:

Annex 2

Fitxes de recursos comunitaris

MODEL DE FITXA PER A LA CARACTERITZACIÓ DE RECURSOS EN ELS ÀMBITS SANITARI, SOCIOANITARI, SOCIAL I CULTURAL

Àmbit:

Identificació:

Objectius:

Activitats i serveis:

Organització:

Forma de contacte (adreça, telèfon, etc.) i com accedir-hi:

MODEL DE FITXA PER A LA CARACTERITZACIÓ DE CENTRES D'ENSENYAMENT

Centre d'ensenyament:

Nom:

Oferta d'ensenyament:

Nombre de cursos:

Nombre d'alumnes:

Coordinació amb serveis de salut:

Forma de contacte (adreça, telèfon, etc.) i com accedir-hi:

MODEL DE FITXA PER A LA CARACTERITZACIÓ DELS EQUIPAMENTS CULTURALS, ESPORTIUS I RECREATIUS

Àmbit:

Identificació:

Serveis disponibles:

Forma de contacte (adreça, telèfon, etc.) i com accedir-hi:

Annex 3

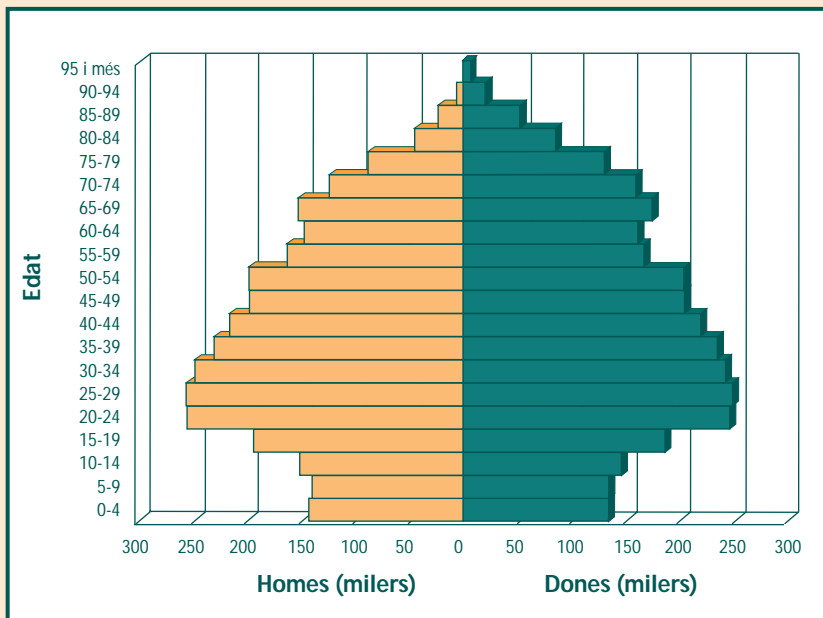
Dades referides
a la població
de Catalunya

DADES DEMOGRÀFIQUES

Estructura de la població per sexes i grups d'edat en percentatge del total de la població (1999)

	Homes	Dones	%
< 14 anys	7,5	7,2	14,7
De 15 a 64 anys	34,5	34,5	69
> 65 anys	6,8	9,5	16,3
Total	48,8	50,2	100

Piràmide de població de Catalunya (1999)



Font: Institut d'Estadística de Catalunya.

Indicadors d'estructura d'edats

	%
Índex d'envelliment	126,2
Índex de sobreenvelliment	10,2
Índex de dependència global	45,6
Índex de dependència juvenil	20,2
Índex de dependència senil	25,4

Font: Institut d'Estadística de Catalunya.

Indicadors demogràfics (taxes per 1.000 habitants)

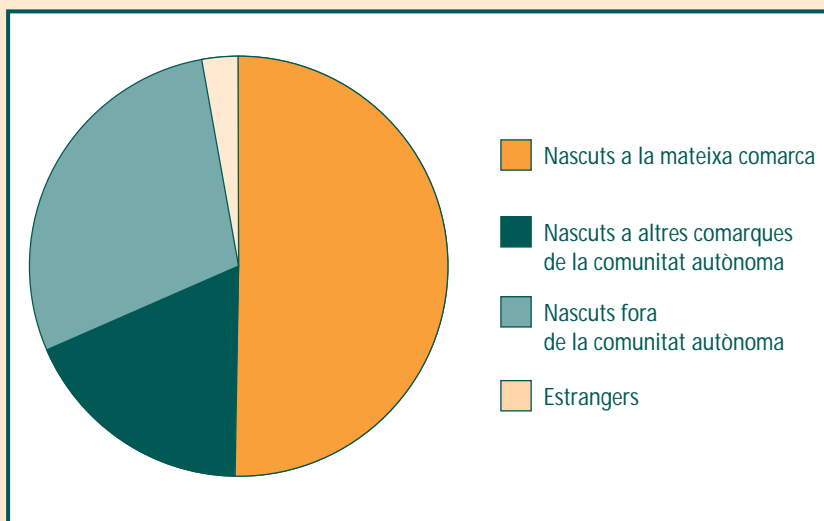
	1999	2000
Taxa bruta de natalitat	9,7	10,3
Taxa bruta de mortalitat	9,4	9
Taxa global de fecunditat	37,6	No disponible
Taxa de creixement natural	0,3	1,3
Taxa de creixement migratori	-0,3	0,1
Taxa de creixement demogràfic	2,7	7,0

Font: Institut d'Estadística de Catalunya.

Origen de la població (1996)

	%
Nascuts a la mateixa comarca	50,31
Nascuts a altres comarques de la comunitat autònoma	18,09
Nascuts fora de la comunitat autònoma	28,78
Estrangers	2,82
Total	100

Font: Institut d'Estadística de Catalunya.



Font: Institut d'Estadística de Catalunya.

Població segons el grau d'instrucció (1996)

Grau d'instrucció	% sobre la població > 10 anys
No sap llegir o escriure	1,7
Primària incompleta	15,9
EGB 1a etapa	35,7
EGB 2a etapa	15,9
FP 1r grau	6,3
FP 2n grau	4,4
BUP i COU	10
Títol mitjà	5,2
Títol superior	4,8

Font: Institut d'Estadística de Catalunya.

Nivell de coneixement de la llengua catalana (1996)

Nivell	%
L'entén	94,97
El sap parlar	75,31
El sap llegir	72,36
El sap escriure	45,84
No l'entén	5,03
No hi consta	–

Font: Institut d'Estadística de Catalunya.

Percentatge de població segons activitat econòmica (1996)

Actius						
	Població total	Població 16 anys i més	Ocupats	Busquen 1a ocupació	Aturats	Total actius
Homes	48,80	48,37	47,82	47,14	47,14	60,16
Dones	51,20	51,63	52,18	52,86	52,86	39,84

No actius						
	Jubilats o pensionistes	Incapacitats permanents	Estudiants	Feines de la llar	Altres	Total no actius
Homes	47,66	58,90	49,38	1,11	51,52	39,11
Dones	52,34	41,10	50,62	98,89	48,48	60,89

Font: Institut d'Estadística de Catalunya.

Percentatge de població activa segons el sector d'activitat (1996)

Sectors d'activitat	%
Sector primari	3,2
Sector secundari: indústria	32,1
Sector secundari: construcció	7
Sector terciari	57,7
No classificats	–

Font: Institut d'Estadística de Catalunya.

DADES SOBRE MORTALITAT**Primeres causes de mort en tota la població l'any 2000 (73 causes D)**

Malalties isquèmiques del cor
Malalties cerebrovasculars
Tumor maligne de tràquea, bronqui i pulmó
Bronquitis, enfisema, asma i MPOC
Insuficiència cardíaca
Demències senil, vascular i no especificada
Altres malalties del cor
Altres malalties respiratòries
Altres malalties de l'aparell digestiu
Tumor maligne de budell gros
Diabetis

Font: Anàlisi de la Mortalitat a Catalunya 2000. Servei d'Informació i Estudis. Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Primeres causes de mort en tota la població d'homes l'any 2000

Malalties isquèmiques del cor
Tumor maligne de tràquea, bronqui i pulmó
Malalties cerebrovasculars
Bronquitis, enfisema, asma i MPOC
Resta de malalties respiratòries
Resta de malalties del cor
Insuficiència cardíaca
Tumor maligne de budell gros
Tumor maligne de pròstata
Demències senil, vascular i no especificada
Resta de malalties de l'aparell digestiu
Cirrosi i altres malalties del fetge

Font: Anàlisi de la Mortalitat a Catalunya 2000. Servei d'Informació i Estudis. Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Primeres causes de mort en la població de dones l'any 2000

Malalties cerebrovasculars
Malalties isquèmiques del cor
Insuficiència cardíaca
Demència senil, vascular i no especificada
Resta de malalties del cor
Resta de malalties respiratòries
Tumor maligne de mama
Resta de malalties de l'aparell digestiu
Bronquitis, enfisema, asma i MPOC
Diabetis
Malaltia d'Alzheimer

Font: Anàlisi de la Mortalitat a Catalunya 2000. Servei d'Informació i Estudis. Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Mortalitat evitable. Catalunya, 1999. Taxes per 100.000 habitants

Causa	Homes	Dones	Total
Tuberculosi	0,58	0,04	0,31
Tumor maligne de coll uterí	NA	2,23	2,23
Tumor maligne de coll o cos uterí	NA	2,99	2,99
Malaltia de Hodking	0,62	0,38	0,50
Malaltia reumàtica cardíaca	0,06	0,06	0,06
Malalties de l'aparell respiratori	0,49	0,77	0,63
Asma	0,24	0,36	0,30
Apendicitis aguda	0,00	0,00	0,00
Hèrnia abdominal	0,25	0,04	0,15
Colelitiasi i colecistitis	0,25	0,13	0,19
Malalties hipertensives i cerebrovasculars	24,08	10,98	17,46
Complicacions de l'embaràs, part i puerperi	NA	0,0	0,0
Malalties infeccioses (inclou còlera, tos ferina, tètanus, xarampió i osteomielitis)	0,00	0,0	0,0
Tumor maligne de tràquea, bronqui i pulmó	39,68	4,23	22,03
Cirrosi i altres malalties cròniques del fetge	22,7	10,08	16,33
Accidents de trànsit de vehicles de motor	19,91	6,43	13,01
Sida	12,21	3,23	7,75

Font: Anàlisi de la Mortalitat a Catalunya 1999. Servei d'Informació i Estudis. Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

DADES SOBRE MORBIDITAT

Taxa d'altres hospitalàries per diagnòstic principal seleccionat per 10.000 habitants. Any 2000

Diagnòstic principal	Altes hospitalàries
Malaltia infecciosa intestinal	6,11
Infecció per VIH	3,41
Neoplàsia maligna de tràquea, bronqui i pulmó	8,61
Neoplàsia maligna de colon	5,19
Neoplàsia maligna de mama	7,65
Neoplàsia maligna de bufeta urinària	9,11
Diabetis mellitus	10,13
Infart agut de miocardi	11,10
Insuficiència cardíaca	22,01
Malaltia cerebrovascular aguda	18,49
Bronquitis aguda	16,16
Asma	9,49
Malaltia pulmonar obstructiva crònica i bronquiectàsies	36,15
Malalties del fetge relacionades amb l'alcohol	2,92

Font: Servei Català de la Salut. Altes dels hospitals de Catalunya, 2000. Registre del CMBDAH.

**Malalties de declaració obligatòria (MDO). Taxes per 100.000 habitants.
Any 2000**

MDO	Taxes
Tètanus	0,08
Tuberculosi*	30,0
Hepatitis A	2,8
Hepatitis B	1,2
Altres hepatitis	1,5
Sida	8,0
Brucel·losi	1,9
Febre tifoidea i paratifoidea	0,5
Infecció gonocòccica	3,61
Altres malalties de transmissió sexual	62,1

*1999.

Font: Anàlisi de les malalties de declaració obligatòria a Catalunya.
Butlletí Epidemiològic de Catalunya. Generalitat de Catalunya.
Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública.

Interrupció voluntària de l'embaràs (1999)

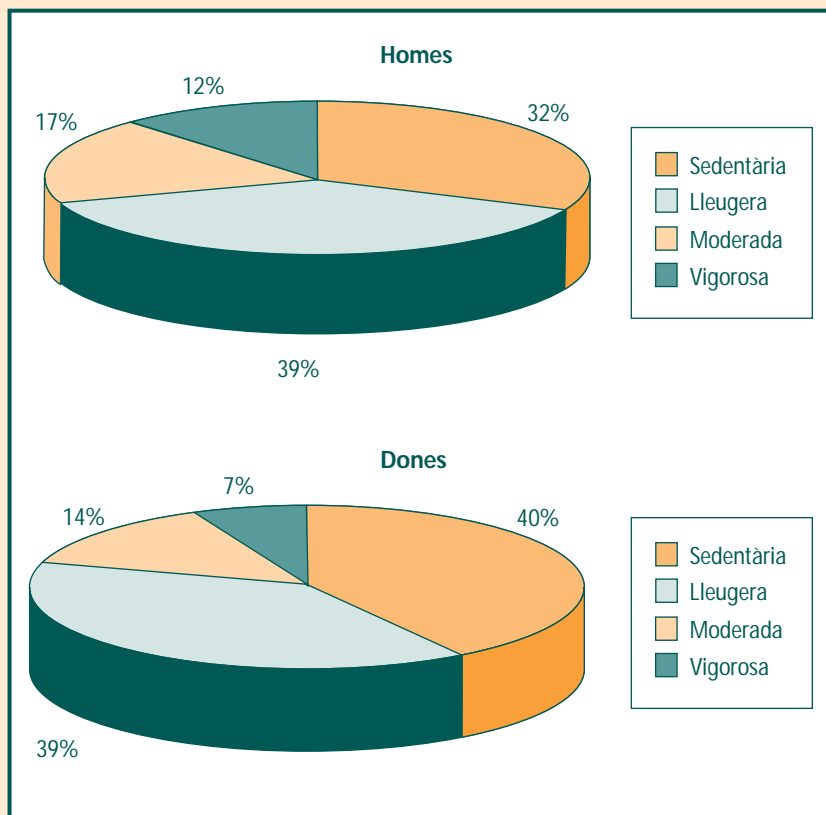
Edat de la mare	N	%
≤ 19 anys	2.084	16,40
20-34 anys	8.468	66,64
≥ 35 anys	2.118	16,66

Font: Institut d'Estadística de Catalunya.



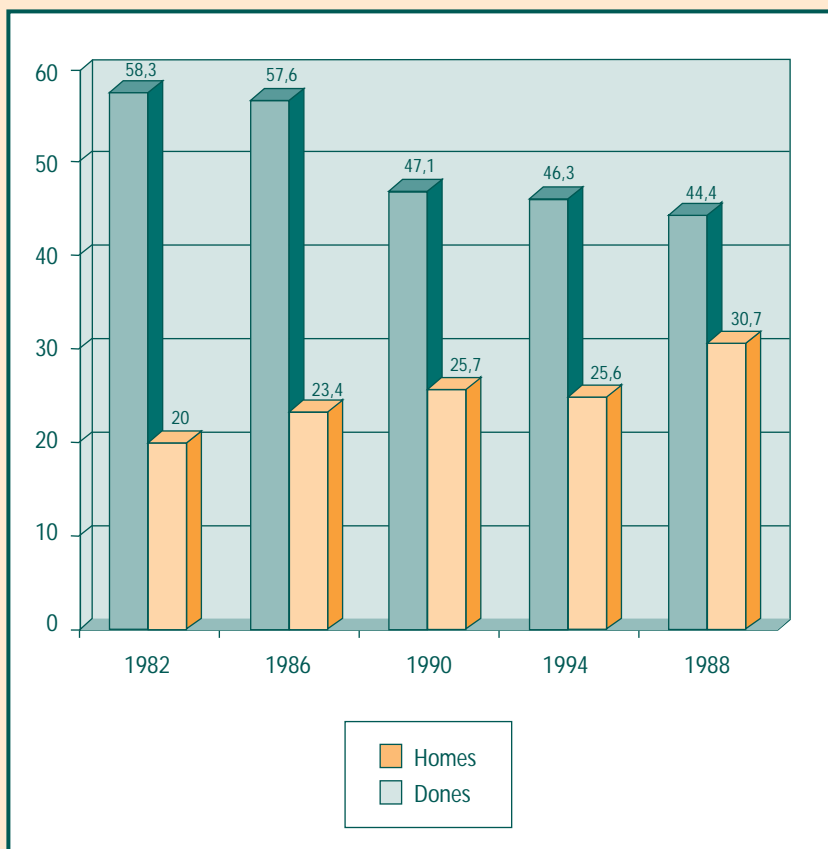
DADES SOBRE ESTILS DE VIDA

Activitat física en el temps de lleure



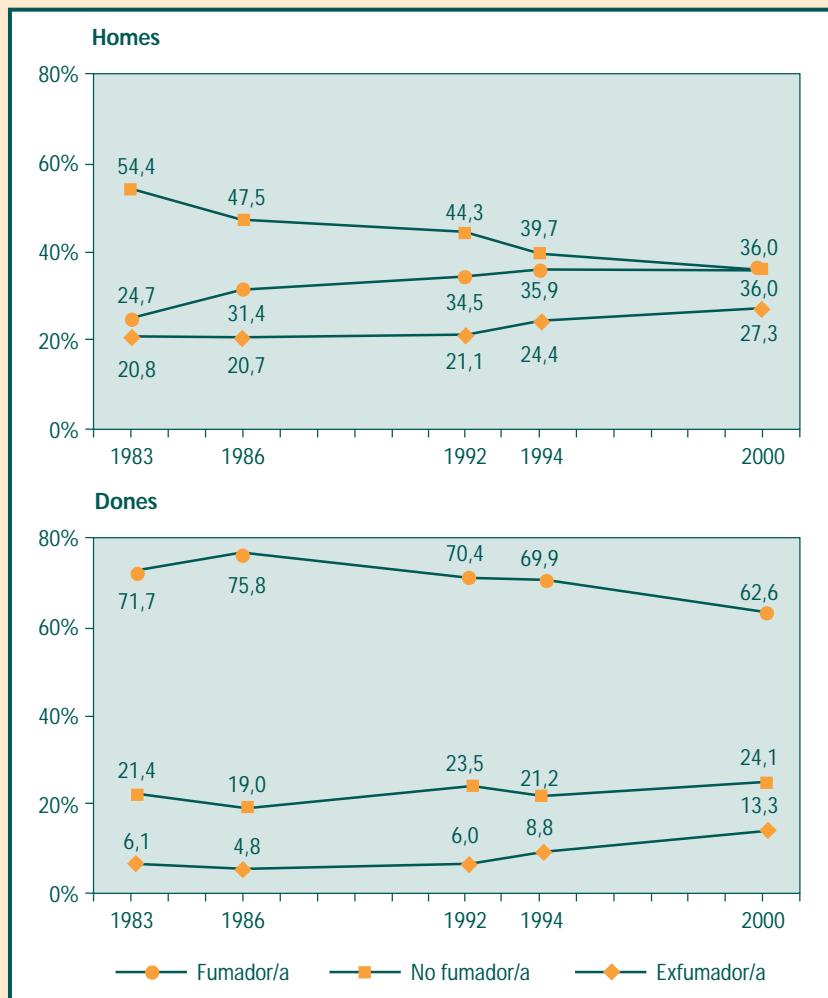
Font: Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud 1997. Dades referides a Catalunya.

**Evolució de la prevalença de l'hàbit tabàquic,
població 15-64 anys. Catalunya, 1982-1998**



Font: Servei d'Informació i Estudis. Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

**Evolució de l'hàbit tabàquic en la població de 15 anys i més.
Percentatges estandarditzats per edat. Barcelona, 1983-2000**



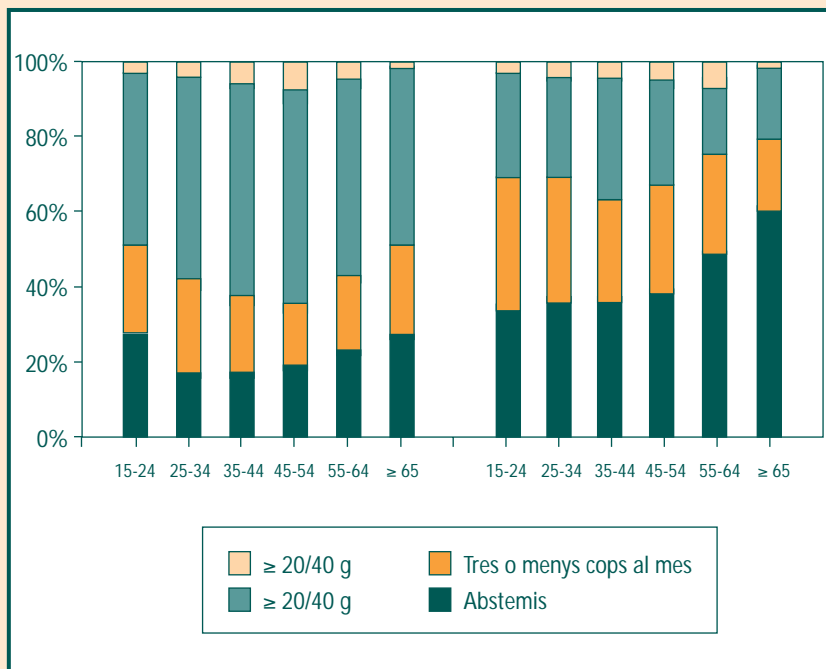
L'any 1986 fa referència a la població de més de 15 anys.

Població de referència: Barcelona, 1988.

Font: ESB 1983, 1986, 1992 o 2000, i ESCA 1994.

Font: Servei d'Informació i Estudis. Direcció General de Recursos Sanitaris.
Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Consum d'alcohol actual segons edat i sexe. Persones de 15 anys i més. Barcelona, 2000



Font: ESB 2000.

Font: El càncer a Barcelona, 2001. Institut Municipal de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona.

Annex 4

Adreces d'interès

- **Àrea Sanitària. Servei Català de la Salut**
 Travessera de les Corts, 131-159. Edifici Olímpia. 08028 Barcelona
<http://www10.gencat.net/catsalut/cat>
- **Departament de Benestar Social**
 Plaça Pau Vila, 1 (Palau de Mar). 08003 Barcelona
<http://gencat.es/benestar>
- **Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona**
 Plaça Carles Pi i Sunyer, 8-10. 08002 Barcelona
<http://www.bcn.es/estadistica/catala/index.htm>
- **Departament de Medi Ambient**
 Av. Diagonal, 523-525. 08029 Barcelona
<http://www.gencat.es/mediamb/cdades.htm>
- **Departament de Sanitat i Seguretat Social**
 Travessera de les Corts, 131-159. Edifici Ave Maria. 08028 Barcelona
<http://www.gencat.net/sanitat>
- **Institut Cartogràfic de Catalunya**
 Balmes, 209-211. 08006 Barcelona
<http://www.icc.es/mapsv/home.html>
- **Institut d'Estadística de Catalunya**
 Via Laietana, 58. 08003 Barcelona
<http://www.idescat.es/estbasiq/municipi/municipi.stm>
- **Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona**
 Plaça Lesseps, 1. 08023 Barcelona
<http://www.imsb.bcn.es>
- **Institut Nacional d'Estadística (INE)**
 Paseo de la Castellana, 183. 28071 Madrid
<http://www.ine.es>

Annex 5

Informació qualitativa

Diferents mètodes de recollida d'informació qualitativa

Els procediments qualitius de recollida de la informació tenen unes tècniques específiques de realització. En general com avantatges tenen un cost baix i afavoreixen la participació comunitària (encara que alguns d'ells, com el fòrum comunitari, pot inhibir la participació de determinades persones).

Són útils per recollir informació, de vegades també per iniciar la participació comunitària i per a la detecció de necessitats percebudes per la comunitat. La utilització de diversos mètodes qualitius afavoreix la validesa de les dades i la seva representativitat.

Els professionals, en general, consideren aquest tipus d'informació poc «científica», però hi ha diversos mètodes de recollida descrits detalladament per alguns autors (Pineault, 1987) que, correctament desenvolupats, proporcionen informació vàlida i es fan amb poca despesa de temps i de recursos.

A la taula adjunta es fa referència als principals mètodes de recollida d'informació qualitativa, assenyalant la utilitat, els avantatges i els inconvenients de cadascun d'ells.

Diferents mètodes de recollida d'informació qualitativa

Mètode	Utilitat	Avantatges	Inconvenients
Informadors clau	Identifica problemes i necessitats Informació per interpretar dades quantitatives. Implica els participants a la planificació posterior	Informació en profunditat Flexibilitat, fàcil d'usar Barat i curta durada (6-8 setmanes)	No hi ha dades quantitatives Biaixos bilaterals
Grups focals	Punt de vista del consumidor Informació sobre problemes en tractament Suggeriments i recomanacions	Ràpid (5 setmanes) Molt barat El grup redueix inhibicions	No hi ha dades quantitatives Discussió dominada per alguns components Biaixos del moderador Dificultat d'anàlisi
Enquestes comunitàries	Dades de comunitat Informació de necessitats, activitats i suggeriments	Interacció entre avaluador i moltes persones Pot generar dades quantitatives	Manipulació per elits o monopolitzat per individus Els tabús culturals inhibeixen les discussions
Observació directa	Dades d'infraestructures Informació sobre sistemes d'atenció i serveis	Fenòmens observats al natural Pot revelar problemes desconeguts Barat i curta durada	Biaixos de l'observador Dades particulars no representatives
Fòrum comunitari	Identifica problemes i necessitats Punt de vista del consumidor No hi ha límit de participació	Barat i curta durada (3-5 hores) Afavoreix el màxim d'opinions diferents Confirma la informació de les necessitats percebudes	Difícil control de l'assemblea per facilitar l'expressió a molta gent Inhibició a participar per ser un grup molt gran
Tècnica Delphi	Genera idees de necessitats i solucions Punt de vista del consumidor	Anonimat, no hi ha influències entre els participants Deixa temps per a la reflexió Identifica problemes i dona solucions	Pot deixar de banda idees interessants però molt extremes per no arribar al consens Llarga durada (6-12 setmanes) Risc d'abandonament
Grup nominal	Identifica i classifica necessitats i problemes per ordre d'importància i determina prioritats	Dóna oportunitat d'expressar-se a tots els participants Genera moltes idees	Falta de precisió Pot deixar de banda idees innovadores però molt extremes per no arribar al consens Tècnica molt estructurada que pot crear conflictes en els grups

Bibliografía general

- Abramson JH, Gofin J, Hopp C, Schein M, Naveh P. The CHAD program for the control of cardiovascular risk factors in a Jerusalem community: a 24-year retrospect. *Isr J Med Sci* 1994; 30: 108-119.
- Abramson JH, Kark SL, Palti H. The epidemiological basis for community oriented primary care. En: *Epidemiologie et Medecine Communautaire*. París: INSERM, 1983: 231-63.
- Abramson JH, Kark SL. Community oriented primary care: meaning and scope. En: Connor E, Mullan F (eds.). *Community Oriented Primary Care: new directions for Health services delivery*. Washington DC: National-Academy Press, 1983: 21-59.
- Abramson JH. Application of epidemiology in community-oriented primary care. *Public Health Rep* 1984; 99: 437-442.
- Abramson JH. Training for community-oriented primary care. *Isr J Med Sci* 1983; 19: 764-67.
- Abramson JH. Community-oriented primary care. En: *Survey methods in community medicine: An introduction to epidemiological and evaluative studies*, 4a ed. New York: Churchill Livingstone, 1990; capítol 32.
- Foz G, Pañella H, Martín C et al. Atención Primaria Orientada a la Comunidad (I). Fundamentos conceptuales y metodológicos. *Aten Primaria* 1991; 8: 252-254.
- Frame PS. Is community-oriented primary care a viable concept in actual practice? An affirmative view. *J Fam Pract* 1989; 28(2): 203-206.
- Garr D, Rhyne R, Kukulka G. Incorporating a community oriented approach in primary care. *Am Fam Phys* 1993; 47(8): 1699-1702.
- Geiger HJ. Community-oriented primary care: the legacy of Sidney Kark (editorial). *Am J Public Health* 1993; 83(7): 946.
- Gillam J, Miller R. *COPC: A Public Health Experiment in Primary Care*. London: King's Fund, 1997.
- Gillanders WR, Buss TF, Gemmel D. Assessing the denominator problem in community-oriented primary care. *Fam Med* 1991; 23: 275-278.
- Gofin J, Gofin R, Neumark Y, Epstein L, Mullan F. The process of community oriented primary care (COPC): an Overview. Hebrew University-Hadassah School of Public Health and Community Medicine and George Washington University School of Public Health and Health Services, 1999.
- Gofin J. The Community Oriented Primary Care (COPC) approach and towards unity for health: unity of action and purpose. *WHO Newsletter Towards Unity for Health*, 1:9-11, Abril 2000.
- Gold MR, Franks P. A community-oriented primary care project in a rural population: reducing cardiovascular risk. *J Fam Practice* 1990; 30(6): 639-644.
- Grupo APOC de la SCMFIC. *Aproximación al conocimiento de la comunidad en atención primaria. Guía de recogida de datos para el examen preliminar de la situación de salud de una comunidad*. Barcelona: EdiDe, 1996.

- Grupo de trabajo para el diseño de un sistema de información para la Atención Primaria. Diseño de un sistema de información para la atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 17(7): 449-456.
- Hopp C. A community program in primary care for control of cardiovascular risk factors: steps in program development. *Isr J Med Sci* 1983; 19: 748-751.
- Kark SL, Kark E, Abramson JH, Gofin J (eds.). *Atención Primaria Orientada a la Comunidad*. Barcelona: Doyma, 1994.
- Kark SL, Kark E. *Promoting community health-From Pholela to Jerusalem*. Johannesburg: Witwatersrand University Press, 1999.
- Kark SL. *Epidemiology and Community Medicine*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1974; 317-463.
- Martín Zurro A, Cano Pérez JF. *Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica*. 4a ed. Barcelona, 1998.
- Mettee TM, Martin KB, Williams RL. Tools for community-oriented primary care: a process for linking practice and community data. *J Am Board Fam Pract* 1998; 11(1): 28-33.
- Mullan F, Kalter HD. Population-based and community oriented approaches to preventive health care. *Am J Prev Med* 1988; 4 (Suppl): 141-154.
- Nutting PA (ed.). *Community-Oriented Primary Care: From Principle to Practice*. Health Resources and Services Administration, Public Health Service. Washington DC, 1987.
- Nutting PA, Green LA. Community-oriented primary care. En: Rakel RE (ed.). *Textbook of Family Practice*. 4a ed. Philadelphia: WB Saunders, 1990: capítulo 19.
- Nutting PA, Nagle J, Dudley T. Epidemiology and practice management: an example of community oriented primary care. *Fam Med* 1991; 23(3): 218-226.
- Nutting PA. Guest editorial: Community-Oriented Primary Care: Researchable Questions for family practice. *J Fam Practice* 1990; 30(6): 633-635.
- O'Connor E and Mullan F (eds.). *Community-Oriented Primary Care: New Directions for Health Services Delivery*. Washington DC: National Academy Press, 1983.
- O'Connor PJ. Is community-oriented primary care a viable concept in actual practice? An opposing view. *J Fam Practice* 1989; 28(2): 206-208.
- Organización Mundial de la Salud. *La participación de la comunidad en el desarrollo de la salud: un desafío para los servicios de salud*. Informe de un grupo de estudio de la OMS. Ginebra: OMS, 1991. Serie de Informes Técnicos.
- Palti H, Zilber N, Kark SL. A community oriented early intervention program integrated in a primary preventive child health service: evaluation of activities and effectiveness. *Commun Med* 1982; 4: 302-314.
- Pañella H, Foz G, Montaner I et al. Aproximación al conocimiento de una comunidad. En: Organización del Equipo de Atención Primaria. INSALUD. Servicio de Documentación y Publicaciones, 1990; 195-221.
- Peray JL, Pañella H, Foz G et al. *Atención Primaria Orientada a la Comunidad (II)*. Desarrollo sistemático de una práctica de APOC. *Aten Primaria* 1991; 8: 720-723.
- Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR. WHO. Ginebra, 1978.

- Rivero A. El conjunto mínimo básico de datos en el SNS: inicios y desarrollo actual. *Rev Fuentes Estadísticas* 2000; 49.
- Susser M. Pioneering community oriented primary care. *Bull World Health Org* 1999; 77(5): 436-438.
- Turabian JL. Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la salud. Madrid: Díez de Santos, 1992.
- Williams RL, Crabtree BF, O'Brien C, Zyzanski SJ, Gitchrist VJ. Practical tools for qualitative community oriented primary care community assessment. *Fam Med* 1999; 31(7): 488-494.
- World Health Organization. *On Being in Charge: a guide to management in primary health care*. 2a ed. Ginebra: WHO, 1992.
- Wright RA. Community-oriented primary care: the cornerstone of health care reform. *JAMA* 1993; 269(19): 2544-2547.