apsalut
BUTLLETÍ CIENTÍFIC

udaceba
UNITAT DOCENT

APSalut 2017

El butlletí de la Unitat Docent UDACEBA

Us presentem el recull dels articles publicats al butlletí APSalut durant l'any 2017. Celebrem compartir un any més la feina feta i volem seguir sent una font d'informació útil i d'interès per a la pràctica diària dels professionals de la salut.

L'APSalut és una publicació trimestral de la Unitat Docent Multiprofessional d'Atenció Familiar i Comunitària ACEBA (UDACEBA) que s'envia en format de butlletí electrònic a tota la comunitat docent. Es va iniciar el gener del 2013, amb l'objectiu de generar coneixement i continguts d'interès dirigits principalment als residents de Medicina i d'Infermeria, als tutors i als col·laboradors de la Unitat Docent.

L'APSalut tracta temes d'interès i actualitat en salut vinculats a l'Atenció Primària, l'autogestió, la pràctica clínica, la salut comunitària, les noves tecnologies, la formació de professionals sanitaris i la recerca en salut. L'elabora un Comitè Editorial integrat per diferents membres dels centres docents d'UDACEBA i compta amb un Comitè Assessor multidisciplinar.

Exemplars publicats l'any 2017

Volum 5 Número 1 – Gener 2017
Volum 5 Número 2 – Abril 2017

APSalut Especial 2017: **'ATENCIÓ A LA COMUNITAT. Centres de salut, experiències i docència'**

Volum 5 Número 4 – Octubre 2017

Normes de publicació
http://www.udaceba.cat/ca/apsalut/normes-de-publicacio.htm

Atenció al lector:
udaceba@aceba.cat

Seccions temàtiques del butlletí APSalut

Editorials

Temes Clínics

Casos Clínics

Salut Comunitària

Autogestió

Docència

Recerca i Coneixement

TIC

Humanitats

Comitè Editorial i Col·laboradors 2017

COMITÈ EDITORIAL

Albert Casasa
Metge de família EAP Sardenya i cap d'estudis UDACEBA

Àngels Ballarín
Metgessa de família EAP Vic (CAP El Remei) i tutora UDACEBA

Araceli Bergillos
Antropòloga i secretària UDACEBA

Daniel Planchuelo
Metge de família EAP Dreta de l'Eixample (CAP Roger de Flor)

Gemma Férriz
Metgessa de família i coordinadora docent CAP Sagrada Família

Laura Aranalde
Comunicació UDACEBA

Marta Coderch
Metgessa de família EAP Sardenya i tutora UDACEBA

Violeta Jodar
Metgessa resident de MFiC EAP Sardenya

Violeta Uriach
Metgessa resident de MFiC EAP Roger de Flor (CAP Roger de Flor)

ASSESSORS

Dr. Carles Brotons
Cap de la Unitat de Recerca EAP Sardenya

Dr. Mariano de la Figuera
Metge de família i coordinador docent EAP Sardenya

Dr. Roger Codinachs
Metge de família i Coordinador Docent EAP Vic (CAP El Remei)

ISSN 2385-4901

Reservats tots els drets. Aquesta publicació no pot ser reproduïda sense el consentiment d'UDACEBA.

Agraim molt especialment la col·laboració de totes les persones i entitats que enguany han col·laborat en l'APSalut:

Marta Serrarols Soldevila

Neus Font

Núria Nadal Olivé

Oriol Huguet Briva

Olalla Montón Lozano

Paola Aringoli

Sara Altamirano Panzardi i Paola Hernández Estala

Grup Fem Salut al Barri

Grup de Salut Comunitària CAPI Baix-a-Mar

Vocalia de Residents de la CAMFiC 2016-2017

apsalut
BUTLLETÍ CIENTÍFIC

Sumari

Editorials
Grup Balint, de la docència al creixement personal
Ara toca Grup de Gestió d'UDACEBA
Els reptes de la Unitat Docent UDACEBA

Temes Clínics
Podria tractar-se d'una malària?
Violència masclista: reflexions i recomanacions des de l'Atenció Primària
Malalties rares i Atenció Primària

Casos Clínics
Anèmia hemolítica per Omeprazol

Salut Comunitària
Salut Comunitària. Coneixent la nostra població
Drets, feminisme i model biogràfic, vèrtex d'un triangle per a l'atenció en salut sexual a la joventut

Docència
XIX Jornada Residents CAMFiC. L'especialitat és FAMÍLIA
La meva experiència Hippokrates en terres escoceses

Humanitats
El discurs de la biomedicina sobre la sexualitat femenina: elements per a la seva deconstrucció

Especial 2017

'ATENCIÓ A LA COMUNITAT. Centres de salut, experiències i docència'

- EDITORIAL: Millorem la formació en salut comunitària
- SALUT COMUNITÀRIA: Abordatge comunitari a Primària: un camí per la implicació des de la prescripció social
- SALUT COMUNITÀRIA: Intervenció comunitària en un Economat Social
- ENTREVISTA: Salut més enllà de la consulta. Entrevista a Marta Coderch
- DOCÈNCIA: Activitat Comunitària del Metge de Família i Comunitària a Uruguai
- EXPERIÈNCIA COMUNITÀRIA: 'Petanca autogestionada': la imatge d'una experiència de Comunitària

Editorial

Grup Balint, de la docència al creixement personal

Paola Aringoli. Psicòloga conductora del Grup Balint. Violeta Uriach. Resident de Medicina de Família. Albert Casasa. Cap d'estudis d'UDACEBA.

La temàtica de la relació metge-pacient ha estat subestimada històricament, per això es considera necessari un espai de reflexió i anàlisi profunda d'aquesta relació tan central de la pràctica mèdica.

El Grup de Balint organitzat per UDACEBA és caracteritza per unes trobades que realitzen els residents de medicina i d'infermeria, coordinades per un llicenciat en psicologia, interessats a desenvolupar un treball personal i en grup per poder augmentar la capacitat de pensar sobre els seus propis sentiments i pensaments envers la relació metge-pacient. Suposen un context de reflexió, on s'indaga sobre els fenòmens contratransferencials del metge (prejudicis, teories, defenses, resistències, etc...)

En què consisteix un grup Balint?

Tots tenim defenses contra sentiments dolorosos o inacceptables en el nostre treball. Al procés del grup, el focus es troba a l'experiència del clínic i això permet que aquests sentiments -com impotència, irritació, tendresa o falta de confiança en un mateix- puguin ser reconeguts i compartits. La resposta del grup -escoltar, donar suport i respondre- és de vegades la millor resposta que el mateix professional pot oferir als seus pacients. Amb la combinació de protecció i treball de grup, els participants poden augmentar la seva capacitat de pensar els seus propis pensaments i sentir els seus propis sentiments.

Un principi fonamental d'aquestes trobades, d'acord amb el mètode proposat per Balint, és que han d'estar centrades en els sentiments dels participants i en la relació amb els seus pacients en lloc de centrar-se en la psicopatologia o el diagnòstic.

Atendre la salut global (bio-psico-social)

Permet desenvolupar un control apropiat de les emocions i reconèixer, instrospectivament, les defenses i fantasies que es presenten en l'acompliment laboral.

És un espai d'ajuda per afrontar els estressos de la feina clínica, com pot ser la confrontació amb el sofriment humà, el tracte amb pacients i familiars difícils (molt angoixats, ansiosos, demandants, etc...), el maneig de la informació amb missatges que impliquen dolor, etc...

L'experiència viscuda de la Violeta

'Com a metge és una experiència molt interessant. La professió mèdica és estimulant, bonica i gratificant; però també vius moments molt durs. Requereix horaris difícils, molta exigència i formació constant'.

Un aspecte important i de vegades poc considerat de la nostra professió és el component emocional del metge o metgessa. A la consulta vivim molts moments emotius, i alguns de molt durs. Parlar amb els pacients de males notícies, tot i intentar posar una certa distància, pot afectar molt el professional que no sempre aconsegueix desconnectar en acabar la jornada laboral. Alguns pacients poden ser grollers o fins i tot mal educats. Pacients que arriben amb elevades exigències o expectatives irreals ... per sort no són les situacions més freqüents; però ens hi trobem i ens afecta com a professional i com a persona.

El grup Balint ens permet exterioritzar les emocions viscudes en circumstàncies que ens han resultat dures. Poder parlar-ne obertament, compartir-les amb companys que n'han viscut de similars. Entre nosaltres opinem de la situació amb l'objectiu d'analitzar el que ha passat, el que hem sentit, el que hauríem pogut millorar, fer diferent, evitar, per tal que la situació hagués estat més fàcil. Una psicòloga experimentada dirigeix el grup i reflexiona sobre la situació, i planteja qüestions per tal que nosaltres reflexionem i opinem.

Després de realitzar diverses sessions, des del punt de vista del resident, la Violeta conclou que: 'reconforta compartir moments difícils, moments emotius, tensos, tristos, i obtenir entre tots eines per poder minimitzar l'impacte emocional en aquestes situacions. I al final poder gestionar-les millor. Ens beneficiem de les experiències de tots, de l'anàlisi de la situació i aprenem habilitats dels companys'.

El grup Balint a més, fortifica la nostra relació com a companys. Des que la Violeta forma part del grup, en alguna situació ja ha emprat eines apreses, i n'està contenta.

Resultats i conclusions

- Es redueix l'ansietat i l'angoixa, ja que es pot posar en paraules el malestar.
- Es poden reconèixer mecanismes defensius als quals es recorre en certes circumstàncies.
- Aconseguir un major coneixement i maneig de les emocions.
- Analitzar aspectes conscients i inconscients presents a l'acte clínic.
- El metge va intentant reconèixer les seves respostes, les seves capacitats, els seus punts febles.
- Obtenim eines per intentar evitar a temps situacions que poden arribar a ser incòmodes.
- Obtenim eines i habilitats per augmentar el control en situacions tenses.
- Millora la relació entre companys.

Article fruit de les aportacions de Paola Aringoli (Psicòloga), Violeta Uriach (resident de Medicina de Família) i Albert Casasa (cap d'estudis d'UDACEBA).

Citació
Autors: Aringoli Paola, Uriach Violeta, Casasa Albert.
Títol article: Grup Balint, de la docència al creixement personal
Revista: APSalut. Volum 5. Número 1. Article 83
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl205/apsalut/editorials/id88/grup-balint-de-la-docencia-al-creixement-personal.htm
Data: 3 de gener de 2017

Editorial

Ara toca Grup de Gestió d'UDACEBA

Albert Casasa Plana. Cap d'estudis UDACEBA i metge de família EAP Sardenya

La Unitat Docent ha decidit els darrers anys la creació de grups estables, multicèntrics, multidisciplinars per abordar diferents aspectes de la formació dels residents de Medicina de família i d'Infermeria d'atenció familiar i comunitària. Amb el nou Grup de Gestió UDACEBA volem impulsar una de les 5 àrees competencials de l'especialitat: la gestió clínica i dels centres.

Hem aconseguit tenir un programa estable de Reanimació Cardiopulmonar amb professionals experts i calendari preestablert. Hem consolidat aquest Butlletí APSalut amb la contribució cada cop més activa dels residents. Ells mateixos reactiven el Blog de Residents Udaceba. L'experiència Balint ha reactivat l'intercanvi d'experiències i reflexions de residents de diferents centres. I el grup Fem salut al barri, de salut comunitaria, enceta el curs 2017-2018 amb l'èxit de la jornada celebrada a Vilanova i la Geltrú el passat 6 d'abril. Ens agraden els reptes i les noves iniciatives.

I ara toca el Grup de Gestió d'UDACEBA. Ja trigàvem!

La nostra és una Unitat Docent singular. Està formada per centres amb un sistema de gestió per part dels professionals que no es repeteix a fora: els equips de base associativa, les anomenades EBA. I a més comptem amb altres centres amb formes de gestiò singulars com el CAP Sagrada Família (Consorci Sanitari Integral) i el CAPI Baix-a-Mar.

Els nostres residents tenen una oportunitat única d'aprenentatge.

Per això hem celebrat la primera jornada del Grup de Gestió UDACEBA i hem iniciat una formaciò que tindrà com a objectiu principal:

- Crear un grup multicèntric i estable per la formació, la docència i la recerca en sistemes de gestió de l'atenció primària de salut.

Activitats del Grup de Gestió UDACEBA:

- Crear tallers de formació pels residents.
- Crear línies de recerca.
- Activar publicacions
- Fòrum de debat.

És obert a tots els residents i tutors.

Convidarem a participar com a mínim a una persona de cada centre docent (inclòs CAPI Baix-a- Mar i el CAP Sagrada Família).

El programa de l'especialitat engloba 5 àrees competencials, entre les quals la gestió clinica i dels centres. D'aquí la nostra voluntat de reforçar aquest aspecte mitjançant aquest grup de treball.

Segur que podrem oferir una bona experiència des d'UDACEBA!

Citació
Autor: Casasa Plana, Albert.
Títol article: Ara toca Grup de Gestió d'UDACEBA
Revista: APSalut. Volum 5. Número 2. Article 87
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl205/apsalut/editorials/id92/ara-toca-grup-de-gestio-d-udaceba.htm
Data: 2 d'abril de 2017

Editorial

Els reptes de la Unitat Docent UDACEBA

Albert Casasa Plana. Cap d'estudis UDACEBA i metge de família EAP Sardenya.
Gemma Férriz. Coordinadora docent i tutora del CAP Sagrada Família

La unitat docent multiprofessional d'Atenció Familiar i Comunitària UDACEBA s'ha caracteritzat pel seu creixement continu en nombre de centres i residents des de fa ja més de 10 anys. Amb la perspectiva d'una formació de qualitat ens plantegem consolidar el treball dut a terme fins ara i definir uns reptes de futur, que materialitzem en un decàleg:

1. **El Servei del resident és el CAP**
   Ens agrada que des del primer dia hi hagi un ràpid i constant contacte dels residents amb els seus tutors i equips d'atenció primària.

2. **El treball en grups. I multicèntric**
   Tals com: grup Balint, salut comunitària, actualització en reanimació cardiopulmonar, gestió clínica i de centres, ètica.

3. **Potenciació de la formació individualitzada**
   La Unitat Docent aposta per subvencionar la formació externa que els residents vulguin relacionada amb l'especialitat, a més dels cursos que són obligatoris.

4. **Més temps a primària i menys a hospitals**
   Un objectiu central de la Unitat Docent pel que fa als MIR és "R4 SENCER AL CAP". Degut a l'augment de rotacions, totes molt interessants però fora del centre d'atenció primària, l'estada durant R4 dels residents al CAP s'està desvirtuant. Durant el quart any de residència és el moment de compartir consulta amb el tutor, de fer-se responsable progressivament dels pacients, de conèixer els pacients crònics i la seva patologia, d'aplicar les guies en les patologies

més prevalents, de tenir una visió de la comunitat i de les famílies que s'atenen. Això es veu perjudicat si hi ha discontinuïtat.

5. **Apostem per la recerca**
   Potenciem la investigació amb la rotació per la unitat de recerca i amb la concessió del Premi da Pena cada any.

6. **Assistència a Congressos. Aprenem i ensenyem el que fem**
   Volem potenciar la participació en els congressos, amb enviament de treballs i presentacions, i la inscripció a càrrec de la unitat docent. Per exemple, hi haurà una gran participació dels nostres residents en el congrés d'entrevista clínica de la semFYC, en el congrés de la Camfic i en el proper congrés de semFYC Barcelona 2018.

7. **Sortim al món**
   Les rotacions externes i optatives com a part de la formació individualitzada. Òbviament han de tenir una relació amb l'especialitat de medicina de família o d'infermeria FiC, i aportar uns continguts que no podem oferir des de la unitat docent.

8. **Ens coneixen al món**
   Acollim estudiants i residents de fora i dins de l'Estat. Cada any tenim peticions d'arreu del món per venir a rotar amb nosaltres.

9. **Invertim en el futur**
   Estem plenament implicats en la docència d'estudiants, i ja tenim el primer centre d'atenció primària Universitari.

10. **Medicina Rural. Un valor afegit**
    Tenim centres rurals adscrits per tot el territori i amb la realització anual de les Jornades de Residents als centres rurals, com aquest any amb la celebració de la 19a Jornada de Residents UDACEBA a Sant Martí de Centelles, ens retrobem tots, com cada any, i gaudim d'una jornada que és la plasmació dels nostres reptes en un escenari meravellós.

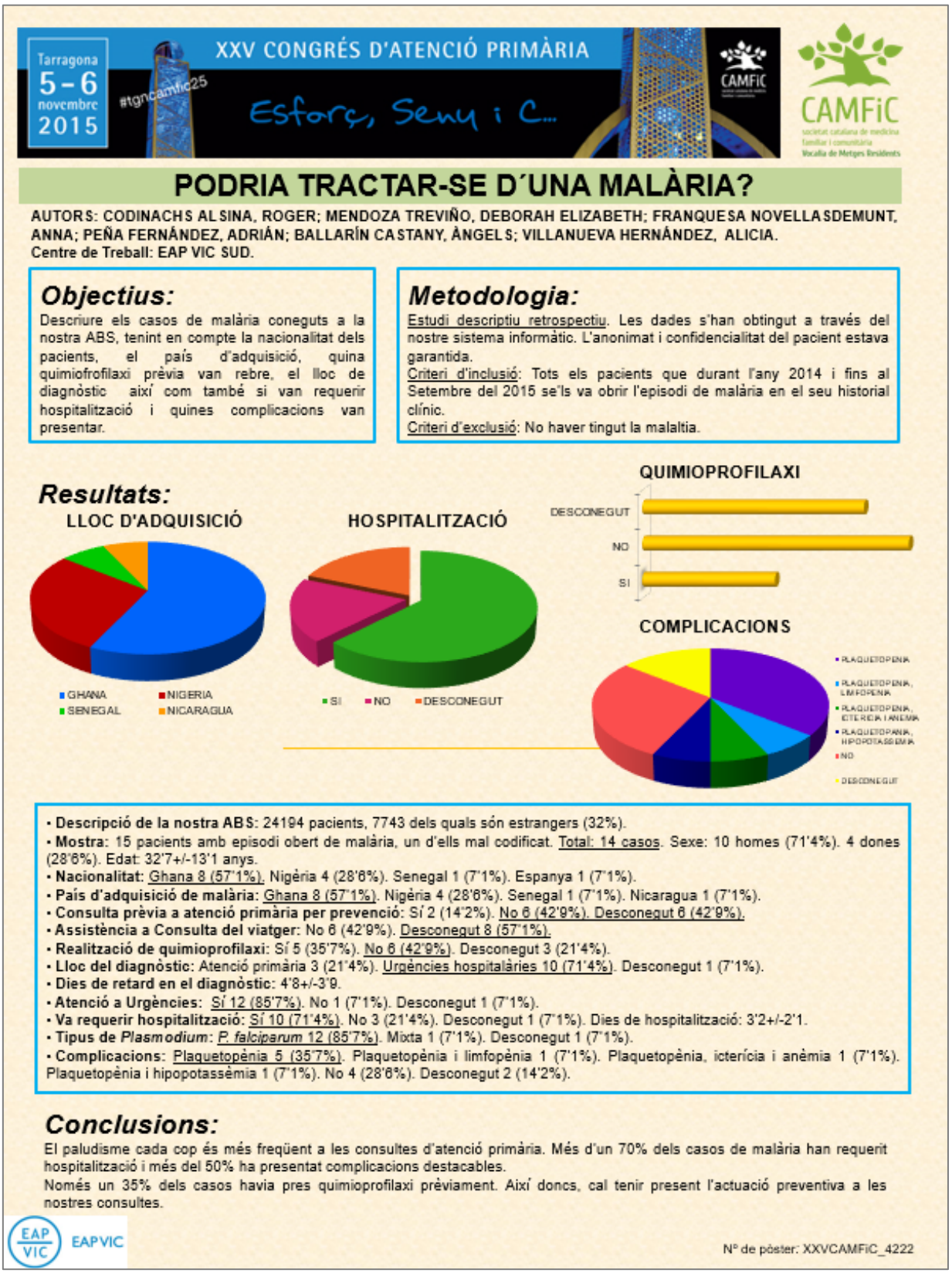
I tot plegat coordinat des d'una secretaria eficient amb noves eines de gestió on-line de tota la vida docent i laboral dels residents i tutors.

Citació

Autors: Casasa Plana, Albert. Férriz Villanueva, Gemma.
Títol article: Els reptes de la Unitat Docent UDACEBA
Revista: APSalut. Volum 5. Número 4. Article 97
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl205/apsalut/editorials/id102/els-reptes-de-la-unitat-docent-udaceba.htm
Data: 14 de setembre de 2017

@AlbertCasasa @eapsardenya
@Gemma_FV

Tema Clínic



Tarragona 5 – 6 novembre 2015

XXV CONGRÉS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

#tgncamfic25

Esforç, Seny i C...

CAMFiC

PODRIA TRACTAR-SE D´UNA MALÀRIA?

AUTORS: CODINACHS ALSINA, ROGER; MENDOZA TREVIÑO, DEBORAH ELIZABETH; FRANQUESA NOVELLASDEMUNT, ANNA; PEÑA FERNÁNDEZ, ADRIÁN; BALLARÍN CASTANY, ÀNGELS; VILLANUEVA HERNÁNDEZ, ALICIA.
Centre de Treball: EAP VIC SUD.

Objectius:

Descriure els casos de malària coneguts a la nostra ABS, tenint en compte la nacionalitat dels pacients, el país d'adquisició, quina quimiofrofilaxi prèvia van rebre, el lloc de diagnòstic així com també si van requerir hospitalització i quines complicacions van presentar.

Metodologia:

Estudi descriptiu retrospectiu. Les dades s'han obtingut a través del nostre sistema informàtic. L'anonimat i confidencialitat del pacient estava garantida.
Criteri d'inclusió: Tots els pacients que durant l'any 2014 i fins al Setembre del 2015 se'ls va obrir l'episodi de malària en el seu historial clínic.
Criteri d'exclusió: No haver tingut la malaltia.

Resultats:

LLOC D'ADQUISICIÓ

HOSPITALITZACIÓ

QUIMIOPROFILAXI

COMPLICACIONS

- **Descripció de la nostra ABS:** 24194 pacients, 7743 dels quals són estrangers (32%).
- **Mostra:** 15 pacients amb episodi obert de malària, un d'ells mal codificat. Total: 14 casos. Sexe: 10 homes (71'4%). 4 dones (28'6%). Edat: 32'7+/-13'1 anys.
- **Nacionalitat:** Ghana 8 (57'1%). Nigèria 4 (28'6%). Senegal 1 (7'1%). Espanya 1 (7'1%).
- **País d'adquisició de malària:** Ghana 8 (57'1%). Nigèria 4 (28'6%). Senegal 1 (7'1%). Nicaragua 1 (7'1%).
- **Consulta prèvia a atenció primària per prevenció:** Sí 2 (14'2%). No 6 (42'9%). Desconegut 6 (42'9%).
- **Assistència a Consulta del viatger:** No 6 (42'9%). Desconegut 8 (57'1%).
- **Realització de quimioprofilaxi:** Sí 5 (35'7%). No 6 (42'9%). Desconegut 3 (21'4%).
- **Lloc del diagnòstic:** Atenció primària 3 (21'4%). Urgències hospitalàries 10 (71'4%). Desconegut 1 (7'1%).
- **Dies de retard en el diagnòstic:** 4'8+/-3'9.
- **Atenció a Urgències:** Sí 12 (85'7%). No 1 (7'1%). Desconegut 1 (7'1%).
- **Va requerir hospitalització:** Sí 10 (71'4%). No 3 (21'4%). Desconegut 1 (7'1%). Dies de hospitalització: 3'2+/-2'1.
- **Tipus de *Plasmodium*:** *P. falciparum* 12 (85'7%). Mixta 1 (7'1%). Desconegut 1 (7'1%).
- **Complicacions:** Plaquetopènia 5 (35'7%). Plaquetopènia i limfopènia 1 (7'1%). Plaquetopènia, icterícia i anèmia 1 (7'1%). Plaquetopènia i hipopotassèmia 1 (7'1%). No 4 (28'6%). Desconegut 2 (14'2%).

Conclusions:

El paludisme cada cop és més freqüent a les consultes d'atenció primària. Més d'un 70% dels casos de malària han requerit hospitalització i més del 50% ha presentat complicacions destacables.
Només un 35% dels casos havia pres quimioprofilaxi prèviament. Així doncs, cal tenir present l'actuació preventiva a les nostres consultes.

EAP VIC

N° de pòster: XXVCAMFiC_4222

Podria tractar-se d'una malària?

Roger Codinachs, Coordinador docent a l'EAP Vic Sud i tutor MFiC; Àngels Ballarín, tutora MFiC; Anna Franquesa, R2 MFiC EAP Vic; Deborah Elizabeth Mendoza, R3 MFiC EAP Vic; Adrián Peña, R2 MFiC EAP Vic; Alicia Villanueva, tutora MFiC

Pòster presentat al XXV Congrés d'Atenció Primària de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Tarragona, novembre de 2015

El paludisme és una malaltia parasitària aguda produïda per protozous del gènere plasmodium, transmès pel mosquit femella del gènere *Anopheles* en àrees epidèmiques. A conseqüència de la immigració, els viatges a zones endèmiques i els canvis de resistències de vectors i paràsits, la prevalença al nostre medi està en augment i es considera una malaltia emergent.

Objectius:

Descriure els casos de malària coneguts a la nostra ABS.

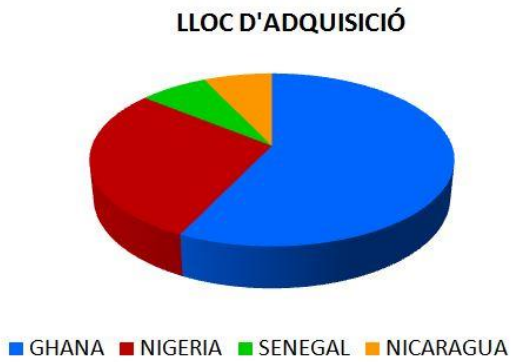
Metodologia:

Es tracta d'un estudi descriptiu retrospectiu. Les dades s'han obtingut a través del nostre sistema informàtic. Es descriuen els casos tenint en compte la nacionalitat dels pacients, el país d'adquisició, quina quimioprofilaxi prèvia van rebre, el lloc de diagnòstic, així com també si van requerir hospitalització i quines complicacions van presentar. També s'analitzen el nombre de casos en relació al tipus de Plasmodium, així com l'assistència prèvia o no a una consulta del viatger per sol·licitar consell sobre un tractament profilàctic. Els dies de retard en el diagnòstic s'han considerat a partir de la data de tornada del pacient del seu país d'origen fins que ha acudit al nostre centre d'Atenció Primària per presentar inici de símptomes.

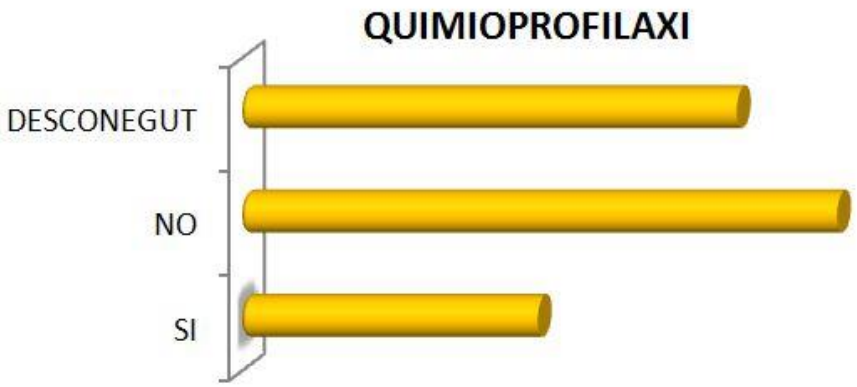
Criteri d'inclusió: Tots els pacients que durant l'any 2014 i fins al setembre del 2015 se'ls va obrir l'episodi de malària en el seu historial clínic.

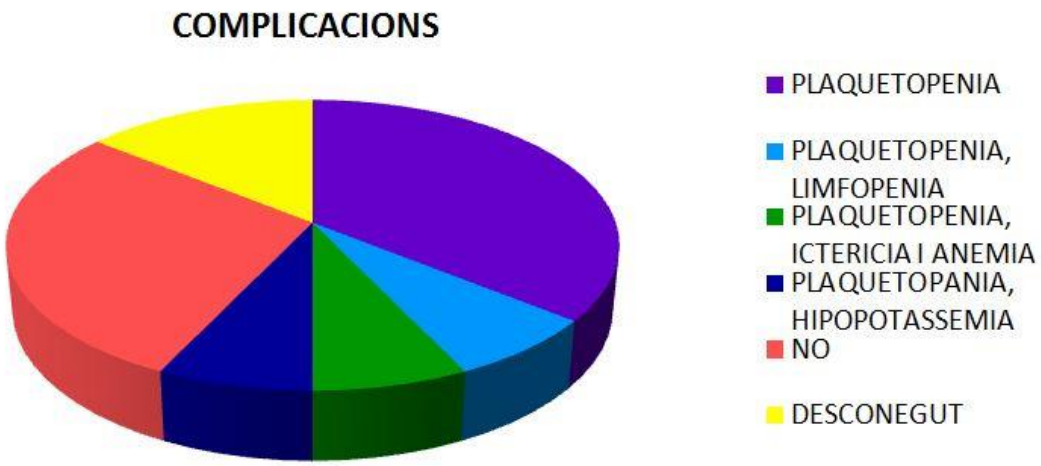
Criteri d'exclusió: No haver tingut la malaltia.

Resultats:



Al nostre centre més d'un 70% dels casos de malària han requerit hospitalització i més del 50% ha presentat complicacions destacables. Tan sols un 35% dels casos havia rebut quimioprofilaxi prèviament al viatge o visita al país en qüestió.





- **Descripció de la nostra ABS:** 24.194 pacients, 7.743 dels quals són estrangers (32%).
- **Mostra:** 15 pacients amb episodi obert de malària, un d'ells mal codificat. Total: 14 casos. Sexe: 10 homes (71'4%). 4 dones (28'6%). Edat: 32'7+/-13'1 anys.
- **Nacionalitat:** Ghana 8 (57'1%). Nigèria 4 (28'6%). Senegal 1 (7'1%). Espanya 1 (7'1%).
- **País d'adquisició de malària:** Ghana 8 (57'1%). Nigèria 4 (28'6%). Senegal 1 (7'1%). Nicaragua 1 (7'1%).
- **Consulta prèvia a atenció primària per prevenció:** Sí 2 (14'2%). No 6 (42'9%). Desconegut 6 (42'9%).
- **Assistència a Consulta del viatger:** No 6 (42'9%). Desconegut 8 (57'1%).
- **Realització de quimioprofilaxi:** Sí 5 (35'7%). No 6 (42'9%). Desconegut 3 (21'4%).
- **Lloc del diagnòstic:** Atenció primària 3 (21'4%). Urgències hospitalàries 10 (71'4%). Desconegut 1 (7'1%).
- **Dies de retard en el diagnòstic:** 4'8+/-3'9.
- **Atenció a Urgències:** Sí 12 (85'7%). No 1 (7'1%). Desconegut 1 (7'1%).
- **Va requerir hospitalització:** Sí 10 (71'4%). No 3 (21'4%). Desconegut 1 (7'1%). Dies de hospitalització: 3'2+/-2'1.
- **Tipus de *Plasmodium*:** *falciparum* 12 (85'7%). Mixta 1 (7'1%). Desconegut 1 (7'1%).
- **Complicacions:** Plaquetopènia 5 (35'7%). Plaquetopènia i limfopènia 1 (7'1%). Plaquetopènia, icterícia i anèmia 1 (7'1%). Plaquetopènia i hipopotassèmia 1 (7'1%). No 4 (28'6%). Desconegut 2 (14'2%).

Conclusions:

Degut a l'elevat percentatge d'immigració al nostre territori i al continu moviment de poblacions arreu del món, el paludisme cada cop és més freqüent a les consultes d'Atenció Primària de la nostra ABS, casos la majoria dels quals han requerit hospitalització i la meitat han presentat complicacions destacables.

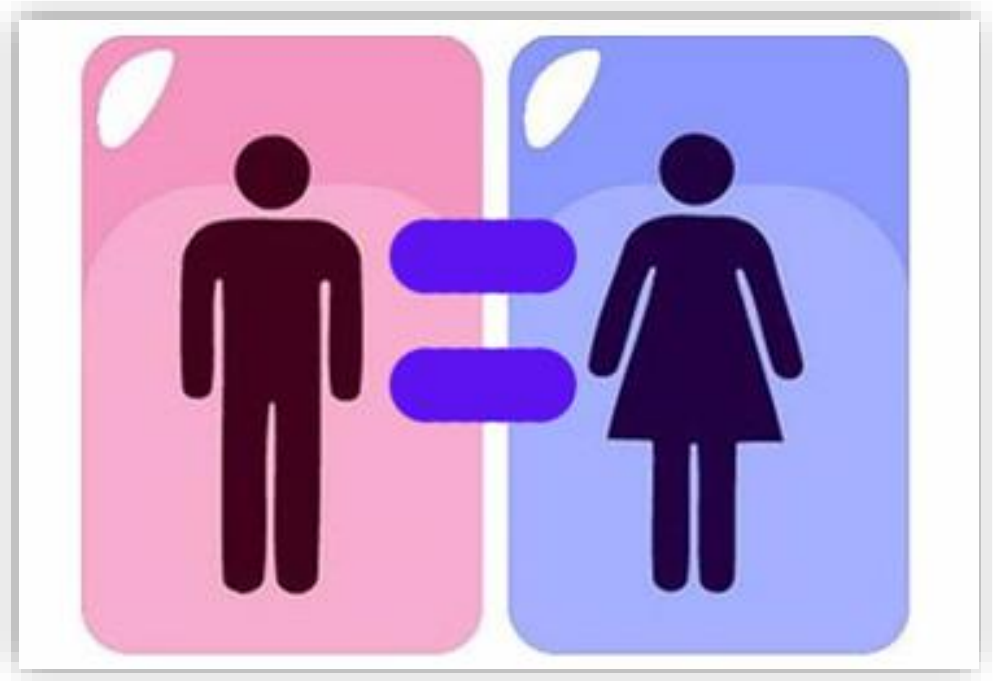
Per tot això pensem que al nostre centre d'Atenció Primària cal fer un esforç més important en la prevenció de la malaltia en aquells pacients que viatgin a països on la malatia és endèmica.

El nostre major esforç ha de consistir en interrogar bé als pacients per tal de conèixer amb temps suficient si realitzaran un viatge per tal de poder derivar-los a la consulta del Viatger, amb l'objectiu que realitzin correctament la quimioprofilaxi.

Un cop hagin tornat del viatge és important explicar-los que és necessari consultar ràpidament davant l'inici de símptomes i així evitar possibles complicacions importants.

Citació
Autors: Codinachs Roger, Ballarín Àngels, Franquesa Anna, Mendoza Deborah Elizabeth, Peña Adrián, Villanueva Alicia.
Títol article: Podria tractar-se d'una malària?
Revista: APSalut. Volum 5. Número 1. Article 84
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl191/apsalut/temes-clinics/id91/podria-tractar-se-d-una-malaria.htm
Data: 10 de gener de 2017

Tema Clínic



Violència masclista: reflexions i recomanacions des de l'Atenció Primària

Neus Font, metgessa de família EAP Vic-CAP El Remei

La violència de gènere ja va ser definida al 1993 per la ONU com: *"tot acte de violència basat en la pertinença del sexe femení que tingui o pugui tenir com a resultat un dany o patiment físic, sexual o psicològic per a la dona, així com les amenaces d'aquests actes, la coacció o la privació arbitrària de la llibertat, tant si es produeix en la vida pública com en la vida privada"* (1)

A Catalunya, La llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista, va optar per emprar la denominació violència masclista, entenent el masclisme com la imposició d'un model de masculinitat que cerca la imposició de conductes de domini, control i abús de poder dels homes sobre les dones. En concret, la defineix com: "*la violència que s'exerceix envers les dones, com a manifestació de la discriminació i de la situació de desigualtat en el marc d'un sistema de relacions de poder dels homes sobre les dones, i que, produïda per mitjans físics, econòmics o psicològics, incloses les amenaces, intimidacions o coaccions, tingui com a resultat un dany o patiment físic, psicològic o sexual, tant si es produeix en l'àmbit públic com en el privat."* (3)

D'aquí se'n desprèn tant les diferents formes de violència masclista (psicològica, física, sexual, econòmica) com els diferents àmbits en què es pot produir:

- Àmbit de la parella (perpetrada per l'home contra la dona, ja sigui parella o ex parella)
- Àmbit familiar (exercida contra les dones o menors en el si de la família i perpetrada per membres de la mateixa família)
- Àmbit laboral (inclouria tan assetjament per raó de sexe com l'assetjament sexual)

- Àmbit social i comunitari (incloent aquí agressions i assetjament sexual, tràfic i explotació sexual de dones i nenes, mutilació genital femenina o risc de patir-la, matrimonis forçats, violència derivada de conflictes armats i violència contra els drets sexuals i reproductius de les dones)..

Tot i que el concepte i l'abast siguin amplis, i sense treure importància a cap d'elles, té especial rellevància la violència masclista en l'àmbit de la parella per les peculiaritats de la mateixa, la invisibilitat que ha tingut durant segles, la dificultat que té tant d'identificació per part de la dona que la pateix per la manera subtil en la que es va gestant, com la dificultat en la sortida per la dependència i manipulació emocional que s'hi conforma (el conegut cicle de la violència). Si bé en els últims anys, la violència masclista ha deixat de ser un fet amagat i ocult i malgrat s'està fent molta feina en els diferents àmbits (prevenció, formació, sensibilització, atenció..), malauradament les xifres de víctimes mortals no es redueixen tot el que voldríem i les denúncies i dones ateses als diferents serveis, segueixen presents i a l'alça.

No entraré en revisar la causes de la violència masclista. Actualment hi ha molts materials (4) (5) i referències al respecte que es poden consultar per entendre les bases de la mateixa, el patró de conducta de l'agressor i la "naturalització" de la societat durant segles. També hi ha molt escrit sobre els mites de la violència, mites que encara costen de trencar.

Revisant les dades de la última "*macroencuesta de violencia contra la mujer 2015*" (6) realitzada a nivell estatal, he cregut oportú fer algunes reflexions.

Segons la macro enquesta, ha augmentat el numero de dones que han aconseguit sortir de la violència, respecte la del 2011. Potser en relació a que també reflexa que quasi 9 de cada 10 dones ha explicat a algú o han parlat amb algú d'aquesta violència, prenent així consciència del problema i fent-lo visible. Però encara hi ha dones que no trenquen el silenci per por, per vergonya o per no concedir suficient importància al maltractament. En aquest sentit, voldria esmentar la dificultat d'identificar la violència masclista per part de la dona que la pateix, sovint perquè aquesta violència inicial, és subtil, més psicològica i comença ja en els inicis de la relació de parella, com mostra també la macro enquesta en quan a la incidència de violència psicològica en forma de control, sent molt més alta en dones joves entre 16 i 19 anys (fins 25%) que la mitjana del conjunt de dones de totes les edats (9,6%). De fet, revisant articles i estudis, crida l'atenció que un tant per cent no menyspreable de les adolescents vegin com una mostra d'amor, el fet que la seva parella vulgui controlar i saber tot el que fa i en tot moment, amb qui va, com vesteix, etc.. D'aquí la importància de treballar aquesta problemàtica amb els i les adolescents, per tal de poder identificar aquelles situacions que podrien ser l'inici d'una situació de desigualtat en les relacions de parella, de domini i poder de l'home i, d'inferioritat i submissió de la dona, trencant així estereotips de gènere que durant temps ens han vingut imposats i socialment acceptats.

És ben sabut també, l'impacte o les conseqüències que té la violència masclista sobre la salut de les dones, tan en l'àmbit físic, psíquic com social, tan de forma immediata com diferida. I tan o més importants que aquests efectes, són els efectes indirectes de la violència que poden persistir durant molts anys després de finalitzada (estrès crònic, somatitzacions, disminució d'auto cura, manca o excés d'utilització de serveis sanitaris, disminució del suport social...). De fet, segons la macro enquesta, el 42% de les dones que han patit violència, han patit lesions (moderades en un 34,4% i greus en un 7,6%) i en general, la dona que pateix violència té pitjor percepció del seu estat de salut respecte les que no en pateixen i els símptomes que predominen són ansietat o angoixa, tristor per sentiments d'inutilitat, ganes de plorar sense motius i irritabilitat. Segur que amb aquesta fotografia ens venen al cap dones que hem atès i si tenim en compte que un 45% de les dones que han patit violència, han acudit a algun servei sanitari, legal o social per demanar ajuda l'últim any (29% a un psicòleg, 22% centres de salut, 15% serveix legals o jurídics,12% serveis socials), ens podríem preguntar si fem prou per detectar aquesta problemàtica de salut. Amb tot, les dones donen una nota alta pel que fa al grau de satisfacció quan han demanat ajuda als diferents serveis, especialment amb l'assistència rebuda en els serveis de salut o en els centres sanitaris.

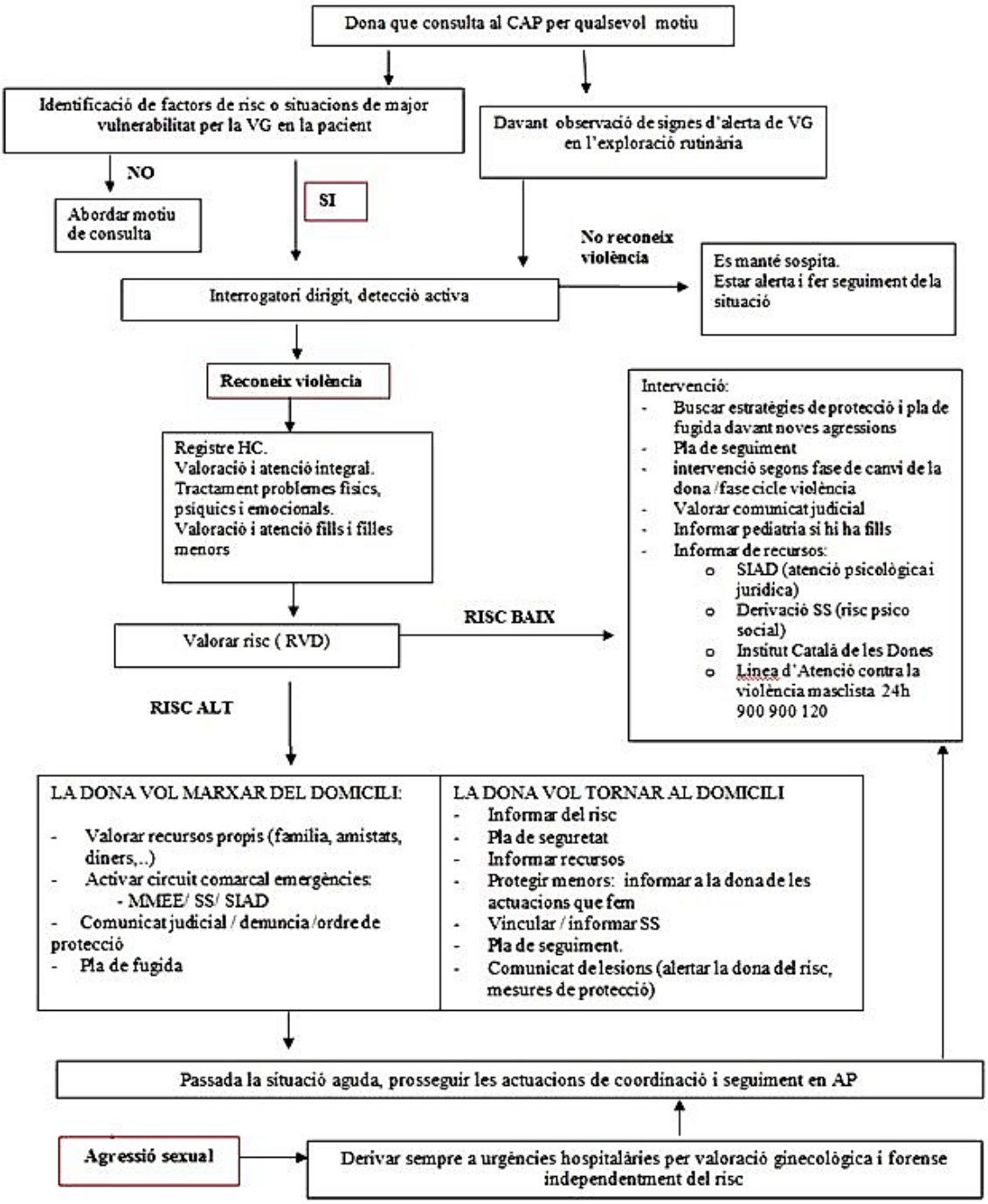
Una altra part afectada en aquest espiral de violència, directe o indirectament, són els fills i filles de les dones que pateixen violència. Segons la macro enquesta, de les dones que pateixen o ha patit violència masclista i que tenien fills i filles en el moment que es va produir l'episodi de violència, el 63,6% afirmen que aquests van presenciar o escoltar els episodis de violència i el 64,2% d'aquestes dones afirmen que

els seus fills i filles van patir alhora, violència. En el 92% dels casos, es confirma que els fills i filles eren menors de 18 anys. Són dades flagrants que no podem passar per alt. La O.M.S. al 2002 ja va posar de manifest els efectes nocius sobre la salut, la supervivència, el desenvolupament i la dignitat que causa la violència masclista en l'àmbit familiar en els fills i filles. No són nomes espectadors silenciosos sinó que són víctimes que viuen en la violència. Les conseqüències per a la salut dels fills i filles depenen tant de l'existència d'una violència directe (física, psicològics o sexual) com del fet de ser testimonis de la violència contra la mare així com el fet de poder ser utilitzats per l'agressor per danyar, amenaçar, controlar i sotmetre a la dona. Poden mostrar símptomes inespecífics d'estancament o retard en el desenvolupament o bé de psicopatologia emocional o conductual. A més, hi ha un augment del risc d'utilització de la violència per resoldre els conflictes i un major risc de reproducció dels rols de víctima o agressor en les seves pròpies relacions de parella (violència transgeneracional) (7).

Voldria fer també especial esment en un col·lectiu de dones que no queda reflectit en les dades per quedar encara força ocult. Em refereixo al col·lectiu de dones grans. Molts estudis han revelat que ser dona i gran, multiplica el risc de poder patir maltractaments, tant per part de la parella com d'algun altre familiar. De fet, un dels factors de risc de patir maltractament en les persones grans és ser dona i tenir mes de 75 anys. Hi ha diferents estudis sobre maltractament a gent gran que xifren el perfil de les víctimes en un 70-80% dones i 20% homes sent el tipus de maltractament rebut, més habitual, el psicològic. En les dones grans poden confluir molts factors que augmenten la vulnerabilitat a la violència de gènere, alhora que també porten a una major dependència i en dificulten la possibilitat de posar fi a una relació de maltractament (8). Poden ser dones que han patit maltractament durant anys sense ser-ne del tot conscients, havent desenvolupat sentiments d'indefensió, incapacitat i impotència que fa que no es plantegin alternatives a la seva situació. Això agreujat per altres factors com el passar més temps amb la parella arribada la jubilació i el control que pot fer aquest sobre la dona, la dependència econòmica per pensions baixes, no comptar amb el recolzament dels fills o ser culpabilitzades pels mateixos, haver de fer-se càrrec de néts i netes per ajudar als fills sobrecarregant les tasques domèstiques de les dones i no donant opció a plantejar-se canvis, haver de cuidar a la parella de la qual havia rebut i/o pot seguir rebent maltractaments i que ara es troba en situació de dependència i/o malaltia crònica o que la dona arribi a la vellesa amb un estat de salut deteriorat o amb alguna discapacitat que disminueixi la seva autonomia personal, fan que augmenti el risc de maltractament a les dones grans i disminueixen les possibilitats de posar-hi fi.

El paper de l'Atenció Primària de Salut en la detecció i atenció de les dones que pateixen o estan en risc de patir violència de gènere és primordial. Som una porta d'entrada important per l'accessibilitat, freqüentació, confiança, continuïtat,.. però les dones no sempre acudeixen a la consulta explicant que són víctimes de maltractament i som nosaltres que hem de ser capaços i capaces de detectar-la o sospitar-la tant si s'està patint com si s'està en risc de patir-la. De vegades la dona no relaciona el patiment pel qual consulta amb el maltractament que està patint o ha patit, i de vegades nosaltres tampoc. Es per això que ens calen eines i guies per ajudar-nos en la detecció, atenció i abordatge general de la violència masclista.

Aquest seria un esquema de l'algoritme a seguir en la consulta:



Abans de deixar marxar la dona de la consulta, sempre s'ha de fer una valoració del risc. Mai hem de subestimar el risc. Hi ha diverses escales per valorar el perill per a la dona, tenint en compte el tipus d'agressió o amenaça, el consum de tòxics, l'accés a armes, etc. Cap d'aquestes escales no substitueix el criteri professional i sobretot, la percepció de perill per part de la dona. Si la dona se sent en risc, està en risc. Recentment disposem d'una altra eina de valoració del risc que a curt termini es produeixin actes violents greus per part de la seva parella o ex parella, elaborada pel Circuit Barcelona contra la violència vers les dones (10) i que s'està incorporant a tots els serveis implicats en l'atenció de les dones que pateixen violència.

Us recomano revisar el "Protocol per l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya" i en concret l'apartat d'actuació en els serveis sanitaris (9), el quadern elaborat pel grup de Violència de gènere i Atenció Primària de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria: "Violència de gènere i Atenció Primària de Salut: una visió des de la consulta" (5) on trobareu pautes per l'entrevista clínica, indicadors d'ajuda a la detecció, valoració del risc, atenció, intervenció i recuperació de la dona que pateix violència així com el Protocol de valoració del risc de violència de parella contra la dona (10).

BIBLIOGRAFIA

(1) Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993.

(2) Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contrla Violencia de Género.

(3) Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista.

(4) Vincula't. Material per treballar amb dones maltractades. Barcelona. Diputació de Barcelona, 2000. Elaborat per l'equip interdisciplinari de Tamaia, Associació de Dones contra la Violència familiar. http://jovecat.gencat.cat/ca/temes/conviure-inclusio_social/genere/

(5) Violència de gènere i Atenció Primària de Salut: una visió des de la consulta. Elaborat pel grup "violència de gènere i Atenció Primària" de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC). 2012.

(6) Macroencuesta de violència contra la mujer 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales i igualdad. Gobierno de España. 2015. Disponible a violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/home.htm

(7) Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Centre d'Estudis Col·legials. L'abordatge mèdic de la violència vers les dones i llurs fills i filles. Quaderns de la Bona Praxi nº 31. Desembre 2012. Disponible a: https://www.comb.cat/cat/actualitat/publicacions/bonapraxi/home.htm

(8) Ministerio de Sanidad, Servicios sociales i igualdad.Conceptos generales. 5: mujeres en situacion de especial vulnerabilidad. Protocolo comun para la actuación sanitaria ante la violència de genero. 2012

(9) Protocol per l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document Marc. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2009.

(10) Protocol de valoració del risc de violència de parella conta la dona per part de la seva parella o ex-parella. RVD-BCN. Elaborat pel Circuit Barcelona contra la violència vers les dones. 2011. Disponible en: icag.cat/sites/default/files/adjunts/2011_questionari_RVD.pdf

Citació
Autora: Font, Neus.
Títol article: Violència masclista: reflexions i recomanacions des de l'Atenció Primària
Revista: APSalut. Volum 5. Número 2. Article 88
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl191/apsalut/temes-clinics/id93/violencia-masclista-reflexions-i-recomanacions-des-de-l-atencio-primaria.htm
Data: 10 d'abril de 2017

Tema Clínic

Malalties rares i Atenció Primària

Daniel Planchuelo Calatayud. Metge de família i tutor EAP Dreta de l'Eixample-CAP Roger de Flor

L'atenció d'una persona amb una malaltia minoritària o rara (MR) a la consulta d'atenció primària, moltes vegades, representa un repte per al professional. És important que el metge de família no se senti sobrepassat, tot i que molts cops els coneixements que es puguin tenir d'aquella malaltia siguin limitats.

A la Unió Europea, es consideren MR aquelles malalties cròniques que afecten a menys de 5 de cada 10.000 habitants (1). D'aquesta manera, es podria calcular que entre la població mitjana assignada a un metge de família (entre 1.500 i 2.000 pacients) hi hauria entre 15 i 20 pacients amb MR (2) aproximadament.

Segons la OMS, es coneixen unes 9000 MR, moltes d'aquestes malalties es caracteritzen per tenir un origen genètic i tenen en comú una elevada taxa de morbiditat, generen un grau elevat de discapacitat i, moltes d'elles, una mortalitat precoç. Totes aquestes característiques fan que es tracti de malalties d'una gran complexitat.

Ja fa molts anys que als països anglosaxons, professionals i associacions de pacients van veure que la millor manera d'afrontar aquesta complexitat, era amb la creació d'unitats multidisciplinàries que oferissin una atenció aquests pacients des de les seves diferents vessants donant un suport òptim, que millorés la seva qualitat de vida i proporcionés eines per a la recerca de futurs tractaments.

Els responsables de la política sanitària al nostre país han entès aquesta necessitat i des dels diferents nivells de l'administració pública s'han dissenyat diversos programes per intentar donar-hi resposta.

- A nivell català, des del Catsalut, s'ha iniciat la implementació del pla d'atenció a les MR amb la creació de les Unitats d'Expertesa Clínica (UEC), coordinades en xarxes (XUEC) de les diverses MR. Actualment, el disseny i la formació de les UEC i les XUEC es troba en una fase molt inicial i només s'ha creat, fa pocs mesos, una XUEC, concretament en malalties cognitivoconductuals a l'edat pediàtrica (3).

- A nivell estatal, al 2006 es va apostar per la creació dels *Centros, Servicios y Unidades de Referencia en el Sistema Nacional de Salud* (CSUR,) per intentar concentrar en pocs centres l'abordatge multidisciplinari de diverses patologies, entre elles, les MR, i dotar-los d'una major especialització i concentrar-hi els recursos (4).

- A nivell europeu, recentment, la Unió Europea també ha creat les *European Reference Networks* (ERN) per garantir l'atenció de tots els ciutadans europeus amb MR i establir vincles entre els diferents centres de referència a Europa en benefici del pacient (1).

El funcionament de les xarxes hauria de permetre l'intercanvi d'informació de forma virtual com les consultes telemàtiques entre els diferents centres participants. D'altra banda, les diverses xarxes tenen com un dels seus objectius principals garantir la formació continuada dels especialistes que en formen part.

I en tot aquest context d'unitats multidisciplinàries, xarxes nacionals i europees, **quin és el paper del metge de família?**

El més important és la responsabilitat i l'obligació del propi professional de conèixer i estar actualitzat en MR, especialment en aquelles que presentin els seus pacients. Tot i això, l'abordatge d'aquestes malalties és complex i el metge de família, moltes vegades, no acaba de trobar el seu lloc.

La majoria d'estudis en què es valoren les necessitats dels pacients amb MR conclouen, principalment, la necessitat, per una banda, d'una bona coordinació entre nivells assistencials i per l'altra, de la necessitat d'acompanyament i escolta activa per part dels professionals, un paper que clarament es podria exercir des de l'atenció primària (2).

Per tal d'acomplir aquesta tasca, des de la Societat Espanyola de Medicina de Família i Comunitària (SEMFYC) amb la col·laboració del Instituto de Salud Carlos III es va apostar per la creació d'un protocol que proporcioni al metge de família suport en quatre aspectes fonamentals (2):

- La identificació dels pacients amb el diagnòstic de la malaltia o bé que estan en estudi de poder-la tenir.
- La informació per proporcionar als pacients i/o familiars de suport sobre la malaltia i les seves complicacions.
- La coordinació amb altres nivells assistencials.
- L'epidemiologia amb l'objectiu de registrar les malalties al registre nacional i així proporcionar una informació adequada que millorin la recerca vers aquestes.

Aquest protocol s'anomena DICE – APER (de les inicials en castellà de Diagnóstico, Información, Coordinación, Epidemiología – Atención Primaria Enfermedades Raras), i podeu consultar-lo al següent enllaç: http://dice-aper.semfyc.es/web/index.php

Avui per avui, però, la realitat és que el paper dels equips d'atenció primària en el camp de les MR encara queda lluny del que hauria de ser. Repassant, tant els diversos models ideats des de les diverses

administracions, com les conferències que realitzen els professionals de nivell supraespecialitzat, l'atenció primària, tot i que sempre hi està present en totes les diapositives, sempre està buida de contingut i hi manca més visibilitat pel que fa al seu potencial, tant de cara als pacients i familiars, com als professionals d'altres nivells assistencials.

Molts dels pacients amb MR, un cop inicien el seguiment a les unitats especialitzades, fan d'aquestes unitats "els seus metges de capçalera", consultant fins hi tot, patologies de baixa complexitat que podrien ser ateses perfectament al centre d'atenció primària.

Optimitzar la comunicació entre l'atenció primària i les unitats hospitalàries, amb canals estables, validats i confidencials seria clau per millorar el paper de l'atenció primària en aquestes patologies. Complementant-se amb aquestes unitats, la qualitat de l'atenció al pacient amb MR milloraria.

És feina de tots posar en valor els beneficis que l'atenció primària pot oferir en l'abordatge d'aquestes malalties i reclamar els seu paper per tal d'aconseguir una millor qualitat assistencial, en totes les seves vessants, per al pacient.

Bibliografia

(1) Evangelista et al. The context for the thematic grouping of rare diseases to facilitate the establishment of European Reference Networks. Orphanet Journal of Rare Diseases (2016) 11:17.

(2) García Ribes M, Verde González MP, Suerio Justel J, Rosado Bartolomé A, Sorlí Guerola JV. "Abordando las Enfermedades Raras desde la consulta de Atención Primaria: si se quiere, se puede". Rev Clín Med Fam 2013; 6 (1): 32-36.

(3) Generalitat de Catalunya. Departament de Salut: Unitats d'expertesa clínica (UEC) en malalties minoritàries (MM); [consultat el 10 de juny de 2017]. Disponible a: http://catsalut.gencat.cat/ca/proveidors-professionals/unitats-expertesa-clinica-malalties-minoritaries-UEC/

(4) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Centros, Servicios y Unidades de Referencia en el Sistema Nacional de Salud; [consultat el 10 de juny de 2017].Disponible a : https://www.msssi.gob.es/profesionales/CentrosDeReferencia/home.htm

Citació
Autor: Planchuelo Calatayud, Daniel
Títol article: Malalties rares i atenció primària
Revista: APSalut. Volum 5. Número 4. Article 99
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl191/apsalut/temes-clinics/id104/malalties-rares-i-atencio-primaria.htm
Data: 25 de setembre de 2017

@daniplanchuelo @caprogerflor

Cas Clínic

Anèmia hemolítica per Omeprazol

Berta Muntadas i Esther Campillo. Metgesses residents EAP Vic. Marta Serrarols Soldevila. Metgessa adjunta EAP Vic

INTRODUCCIÓ

Des de l'Atenció Primària som els responsables d'una part important de la prescripció de fàrmacs. Alguns d'ells, com l'Omeprazol, són habituals: aquest és un dels principis actius més àmpliament utilitzats (6.2% dels envasos del total de medicaments) segons l'Informe Anual del SNS de 2015.

Voldríem posar de manifest la necessitat d'una prescripció responsable i del coneixement dels possible efectes adversos dels fàrmacs que prescrivim.

DESCRIPCIÓ DEL CAS

- **Antecedents personals i patològics**
  Home de 75 anys, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, amb els antecedents destacats d'HTA i polimiàlgia reumàtica per la qual cosa va inciar tractament amb Corticoids i Omeprazol des de fa 2 mesos.

- **Malaltia actual**
  Consulta per dolor toràcic opressiu durant els esforços lleus de 2 setmanes d'evolució, sense irradiació, que cedeix amb el repòs. També refereix astènia, pèrdua de pes (8kg) no intencionada i deposicions groguenques des de fa 2 mesos que relaciona amb l'inici de la presa

de la medicació. En l'exploració física només destaca icterícia mucocutània.

- **Proves complementàries**
  Analítica: Hemoglobina 6,7g/dL, VMC 90,4 fL, HCM 31,6 pg, Creatinina 1,38mg/dL, Filtrat glomerular 50mL/min, Bilirrubina no esterificada 3,2mg/dL, LDH 665UI/L i disminución de l'haptoglobina (<30mg/dl) amb Coombs directe negatiu.
  Screening anemia hemolítica no autoinmune: Normal.
  ECG i TAC abdominal: sense troballes destacables.
  JUDICI CLÍNIC: Donat que l'inici de la simptomatologia coincideix amb la introducció de la nova medicació, després d'una recerca bibliográfica, s'atribueix possiblement a anèmia hemolítica amb angor hemodinàmic deguda a Omeprazol. Les proves complementàries -amb resultats dintre de la normalitat- ajuden a descartar altres diagnòstics.

- **Tractament**
  Transfussió d'hematies i retirada de l'Omeprazol.

- **Evolució**
  Posteriorment a la retirada del medicament el pacient no presenta nova simptomatologia i manté Hb de 13g/dl en analítiques posteriors de control.

DISCUSSIÓ

1. L'anèmia hemolítica per Omeprazol és un efecte advers infreqüent però descrit.
2. Com a metges/ses de família, hem de ser conscients dels possibles efectes adversos dels fàrmacs que prescrivim, tenint cura de fer una prescripció responsable.
3. Davant d'un pacient amb simptomatologia d'inici en relació a la introducció recent d'un medicament, hauríem de sospitar aquest com a causant i realitzar un estudi complert i retirar el tractament, si fos necessari.

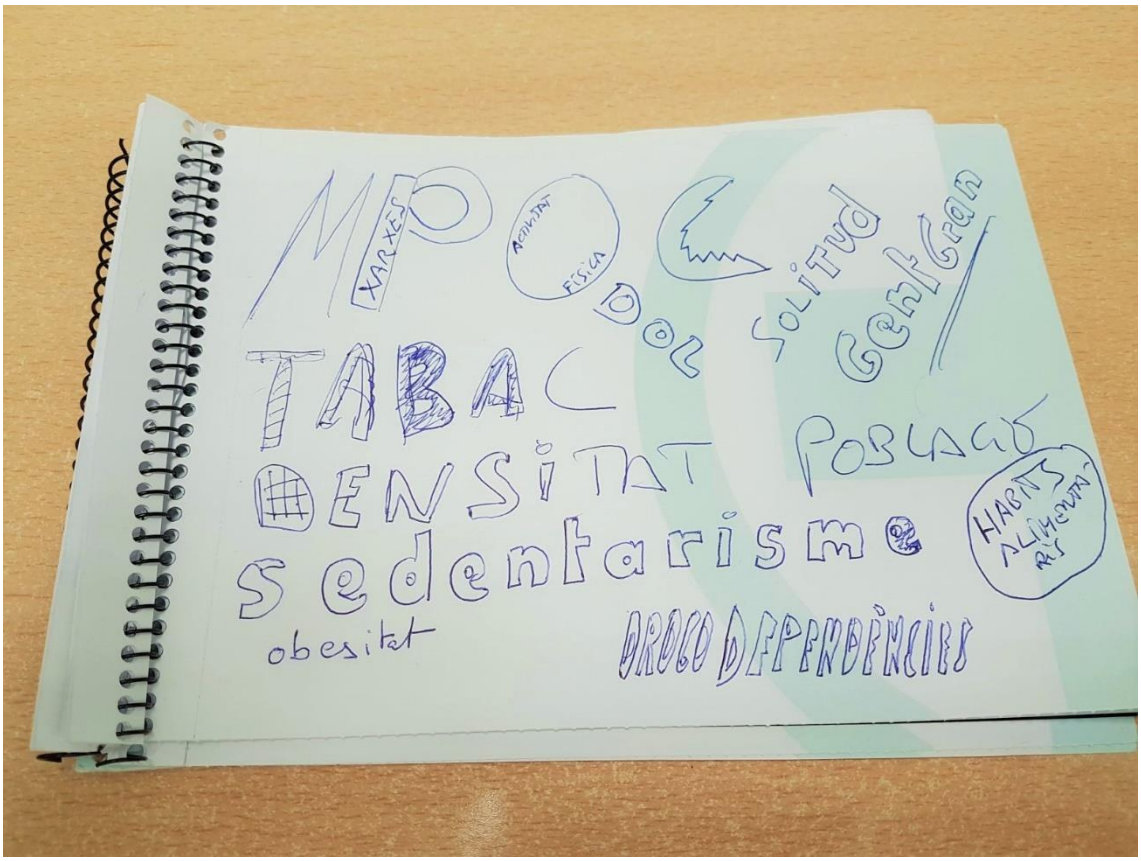
BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2015 Disponible a www.msssi.gob.es
2. Publicación del Posicionamiento de la SEPD ante la seguridad y eficacia a largo plazo de los IBP. Sociedad Española de Patología Digestiva. 2016. Disponible a www.sepd.es
3. Hemolytic anemia associated with the use of omeprazole. Marks DR1, Joy JV, Bonheim NA. Am J Gastroenterol. 1991 Feb;86(2):217-8.
4. Autoimmune haemolytic anaemia due to Omeprazole. Butt MI1, Sajid S, Sobolewski S. Ir Med J. 2007 Feb;100(2):372.

Citació
Autores: Muntadas Molet, Berta. Campillo Casado, Esther. Serrarols Soldevila, Marta.
Títol article: Anèmia hemolítica per Omeprazol
Revista: APSalut. Volum 5. Número 4. Article 98
http://www.udaceba.cat/ca/pl207/apsalut/casos-clinics-apsalut/id103/anemia-hemolitica-per-omeprazol.htm
ISSN 2385-4901
Data: 25 de setembre de 2017

@EAPVIC

Salut Comunitària



Coneixent la nostra població

Marta Coderch, MFiC adjunta EAP Sardenya, Albert Casasa, MFIC coord docent EAP Sardenya, Helena Serrano, MFiC i tutora EAP Sardenya; David Ginesta, infermer EAP Dreta Eixample; Marta Dachs, infermera EAP Vic; Anna Blasi, infermera EAP Sagrada Família

Introducció

El grup de treball **Fem Salut al Barri** de la Unitat Docent ACEBA, durant el seu primer any de trajectòria ha realitzat vàries activitats en Salut Comunitària.

https://femsalutalbarri.wordpress.com

Es tracta d'un grup multiprofessional (Infermeria, Medicina, tutors i residents, Treball Social, Administratius, Antropologia) i multicèntric que treballa sobre Salut Comunitària en el marc de la docència.

Des de les primeres reunions, vam arribar a un clar consens sobre quin punt de partida havien de tenir les nostres futures activitats i intervencions. “Tot el que fem no ha de partir de les necessitats dels professionals sinó que ha de partir veritablement de les necessitats particulars de les persones i comunitats amb les que treballem diàriament”.

Vam dissenyar un qüestionari per conèixer la nostra població.

Objectiu

Ampliar el nostre coneixement sobre les comunitats amb les que treballem, les particularitats de cadascuna d'elles així com detectar dianes per futures intervencions.

Metodologia

Estudi descriptiu multicèntric.

Van participar sis centres de salut: EAP Sardenya, EAP Sagrada Família i EAP Dreta de l'Eixample, tots ells de Barcelona, i també EAP El Remei, EAP Osona Sud-Alt Congost, i CAPI Baix-a-Mar de Vilanova i la Geltrú.

Es va dissenyar una enquesta especialment per a l'estudi. Havia de ser autocumplimentada dins de la consulta pels 5 primers pacients programats en les agendes de medicina i infermeria durant un període de dues setmanes.

L'enquesta recollia informació sobre:

- Dades sociodemogràfiques: any de naixement, sexe, lloc de naixement, estat civil, nivell d'estudis, situació laboral, anys de vida al barri.
- Accés a internet i Smartphone.
- Autopercepció de salut.
- Coneixement sobre Salut Comunitària.
- Hàbits socioculturals: com l'assistència a xerrades, passejades, exposicions, festes populars, participació en voluntariats, pertànyer a alguna entitat religiosa, cultural, esportiva que impliquin algun tipus de convivència amb altres persones.
- Font principal d'informació sobre salut: amics o família, metge o infermera, farmacèutic, internet, llibres o revistes, etc.
- Existeix algun tema de salut o malaltia sobre el que li agradaria saber-ne més?
- Activitat física.

Finalment es va realitzar una anàlisi estadísitica global i comparativa entre centres.

Resultats:

Es van reunir 700 enquestes.

- EAP Dreta de l'Eixample (Barcelona): 132
- EAP Sagrada Família (Barcelona): 68
- EAP Osona Sud-Alt Congost (Hostalets de Balenyà): 103
- EAP El Remei (Vic): 147
- CAPI Baix-a-Mar (Vilanova i la Geltrú): 113
- EAP Sardenya: 137

L'edad mitjana de la població és de 58.2 anys (DE 18.38, mín 16, máx 99). El 58.7% són dones.

Respecte l'estat civil, el 60.14% està casat o conviu en parella, el 8.29% divorciat o separat, el 19.29 solter i el 11.43 és vidu. Hi ha més persones casades en les poblacions de fora de Barcelona (p=0.042)

Globalment porten uns 30 anys de mitjana (DE 20.6, mín. 0, máx 90) vivint al mateix barri o comunitat. Porten més anys al mateix barri als centres de Barcelona (>30 anys) que als altres (< 30 anys).

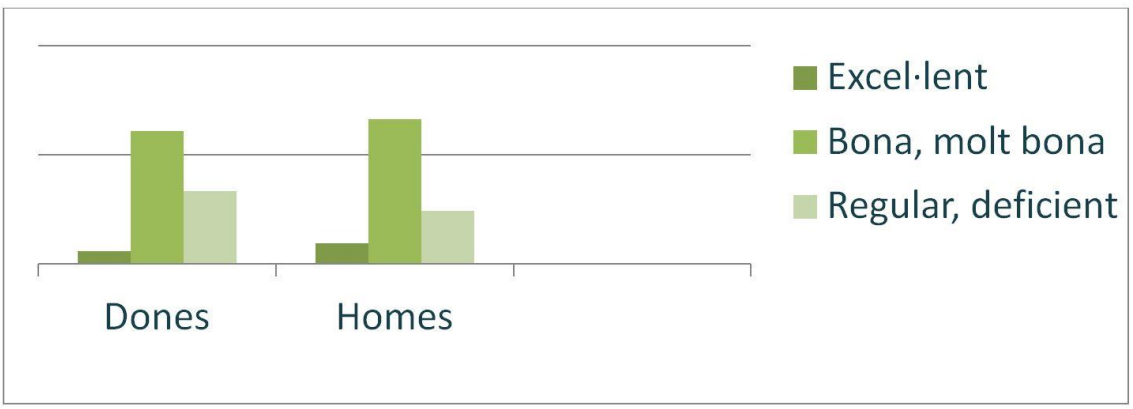
Més d'un 60% de la població enquestada, té accés a internet i/o Smartphone.

El 46% de la població enquestada té un nivell d'estudis de primària, el 10.14% de FP1 o grau mig, el 9.29% FP2 o Grau Superior, el 26.14 universitaris i el 7.71% no té estudis.

Respecte la situació laboral, destaca que el 43.71% dels enquestats està actualment jubilat.

El 25.86% treballa actualment a temps complert, a diferència del 7.14% que ho fa a temps parcial, el 5.14% són autònoms. Hi ha un 7.57% que es dediquen a les tasques de casa. El 8.29% està a l'atur (4.43% menys d'un any i 3.86% més d'un any).

Sobre l'Autopercepció de Salut:



El 67.7% desconeix què és la Salut Comunitària (SC) i més del 75% no asisteixen a cap activitat que impliqui convivència amb altres persones.

Malgrat això, més del 70% tenen la percepció de que la Salut Comunitària pot millorar la seva salut.

Hi ha diferències estadísticament significatives entre els centres estudiats respecte:

- L'assistència a xerrades, conferències i col.loquis (24% EAP Sardenya, 16% CAPI i 14.5% EAP Dreta de l'Eixample).
- L'assistència a passejades, sortides, excursions que van des d'un 39.58% dels enquestats d'Hostalets a un 17% dels de Vic (aquí les diferències no corresponen a urbà/no urbà).
- L'assistència a ioga, pilates, gimnàstica (33% EAP Sardenya, 11.56% Vic).
- Similar en l'assitència a exposicions (més en els centres urbans que en els no urbans).
- En els centres no urbans és superior l'assistència a festes populars, balls, actuacions, etc. on destaca clarament Hostalets de Balenyà. Tot i així a l'EAP Sardenya hi ha un % similar al de CAPI.

El 44.7% desitjaria saber més sobre algun aspecte de salut.

El 69.57% realitza activitat física, és a dir, que a part del treball, realitzen durant la setmana algun tipus d'exercici o activitat física que dura mitja hora com a mínim. El 45.38% dels quals repon que ho fa amb una freqüència inferior a 3 dies a la setmana.

La gran majoria, el 81.57% contacta amb el personal sanitari del EAP (medicina i infermeria) com a font principal d'informació de salut, el 22% ho fa amb familiars i/o amics, el 13.57% al farmacèutic, el 14.14% consulten llibres o revistes i el 22% fa servir internet com a font d'informació.

Conclusions

L'avaluació de les necessitats de la població així com la detecció de les seves particularitats i preferències, aporta rigorositat científica a la nostra activitat i ens ha ajudat en el mapeig i en la detecció d'actius en salut de les diferents poblacions estudiades, fet que esdevé clau per planificar les futures intervencions.

Creiem que una bona part de les diferències objectivades entre centres poden argumentar-se des de les diferències existents en condicions de vida i treball, així com de l'entorn entre les persones que viuen a grans ciutats com Barcelona i els nuclis urbans més petits.

Encara existeix molt camí per donar a conèixer la Salut Comunitària en la nostra població, i això val la pena viure-ho com una font de motivació pels diferents equips que formem Fem Salut al Barri.

Citació
Autors: Coderch Marta, Casasa Albert, Serrano Helena, Ginesta David, Dachs Marta, Blasi Anna.
Títol article: Salut Comunitària. Coneixent la nostra població
Revista: APSalut. Volum 5. Número 1. Article 85
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl214/apsalut/salut-comunitaria/id90/salut-comunitaria-coneixent-la-nostra-poblacio.htm
Data: 17 de gener de 2017

Salut Comunitària

Drets, feminisme i model biogràfic, vèrtex d'un triangle per a l'atenció en salut sexual a la joventut

Jordi Baroja. Director CJAS. Georgina Picas. Llevadora CJAS

Per treballar en l'àmbit de la sexualitat és imprescindible realitzar un treball previ que ens faci repensar el nostre posicionament professional i, sobretot, personal al respecte. I això passa per reflexionar de manera honesta sobre la nostra biografia sexual. Què se m' ha ensenyat (i silenciat) amb paraules o amb actituds del que és correcte i del que no, quines experiències he tingut i com les valoro, quina relació tinc amb meu cos i l'exploració del plaer, quina va ser la darrera vegada que no em vaig protegir davant d'un embaràs o ITS i perquè, quan va ser la darrera vegada que vaig mantenir relacions sexuals quan no em venia de gust per complaure la parella, quines experiències negatives he pogut patir fruit de la vergonya, la pressió de grup o la violència, quins missatges he rebut a l'hora de socialitzar-me com a "nen" o com a "nena"... i quines implicacions ha tingut això en la meva vida.

Depenent de les respostes i del grau de profunditat, cada persona arribarà a unes conclusions diferents però probablement amb un comú denominador: que cadascuna de nosaltres ha anat escrivint la nostra biografia sexual com ha pogut i ha sabut amb les eines que teníem… res massa diferent del que han fet i fan els i les joves de totes les generacions.

Aquest exercici constant de reflexió sobre la nostra pròpia sexualitat ens aportarà clars beneficis des del punt de vista personal però a nivell professional és del tot clau per poder encetar un treball honest, empàtic i respectuós amb la persona que atenem.

Però com a professionals necessitem més eines per oferir un acompanyament fructífer a la població jove. Des del Centre Jove d'Atenció a les Sexualitats, el CJAS, hem anat construint amb el temps un marc conceptual que atravessa tant les intervencions educatives grupals com les individuals. És un marc que beu, principalment de la filosofia des primers centres de "planning" nascuts a l'estat espanyol els anys 70

-origen de la nostra associació- i que es triangula en aquests eixos: (i) els Drets Sexuals, (ii) el model biogràfic i (iii) la perspectiva feminista.

Els Drets Sexuals

Partir dels Drets Sexuals és un concepte que, bàsicament, vol dir virar des d'un model enfocat en les "necessitats" vers la idea que les persones tenen drets que han de poder gaudir i exercir. Per tant és fàcil endevinar que és quelcom més vinculat al principi de l'apoderament de les persones, tant de les usuàries com de les professionals.

Per a nosaltres parlar de Drets sexuals inclou també aquells reproductius malgrat a l'agenda internacional se separen bàsicament per disposar de més cartes de negociació en les sempre complexes partides d'escacs per assolir acords supraestatals.

Però quins són aquests drets? Doncs el llistat és llarg però bàsicament venen a dir que cada persona és lliure de viure la seva sexualitat com li plagui i que té dret a que se li garanteixin les eines bàsiques per la vivència d'una sexualitat saludable i lliure. És a dir, dret a l'educació sexual, dret a la informació i dret a l'assistència lliure de discriminacions de cap tipus.

Aquests drets han estat ampliament debatuts i ratificats a nivell internacional, nacional i local. Estem doncs, i sobre el paper, en un model de Drets. Però el seu abordatge planteja el curiós efecte de generar consensos en la teoria però actituds defensives en el moment en què es volen traduir a la pràctica. I és que el nostre model habitual no és el dels drets. Els programes tradicionals - i la pràctica professional habitual – tendeix a veure les poblacions vulnerables des d'una mirada de necessitats no tenint massa en compte les seves capacitats, drets i estratègies, elements claus de l'apoderament.

A més, dins l'abordatge de Drets no hi té cabuda, sota cap concepte, ni el judici moral, ni la bronca, ni la imposició, ni el missatge de la por… Per a tothom que treballa dins aquest marc hi ha dos mantres principals: *"Els drets no es negocien"* i *"Si no garantim els drets els estem vulnerant*". I, uff, fa de mal pair que com a sistema, i també com a pràctica professional individual, puguem estar vulnerant drets quotidianament. Tenim dret a sol·licitar -i que se'ns doni- la postcoital o la realització d'unes proves d'ITS –per exemple- sense necessitat d'explicar la nostra vida, si no es desitja i sense frases culpabilitzadores i moralistes. Tenim dret a marcar els propis límits de com volem viure la nostra sexualitat i de com voler gestionar els riscos. Tenim dret que se'ns informi de tots els mètodes contraceptius sense que entri el biaix professional de pensar "el que millor li convé a la usuària perquè és així o aixà…". Tenim dret a què no es pressuposi la nostra heterosexualitat per defecte. Quanta violència institucional no continuem generant pel fet de seguir una inèrcia heterocentrada que situa en situació d'exclusió qualsevol altre sexualitat no normativa… Pensem sinó en els registres que omplim cada dia, en les preguntes que fem d'entrada, en els cartells i la simbologia que projectem des dels nostres centres… I pensem en si estem, com a professionals, preparades per obrir una mirada a les diferents maneres de viure la sexualitat. Perquè no podrem mai conectar amb la sexualitat de les altres persones sinó som capaces d'entendre-les, també des de la lògica del plaer.

Tenim dret a rebre educació sexual… i en aquest punt la pifiem com a societat d'una manera escandalosa perquè seguim sense garantir-la i continuem amb un dèficit estructural que, per molt que fem xerrades de dues hores o visites de 15 minuts, no serem capaces de contrarestar de manera eficient.

Si començavem aquest article plantejant la obligatorietat de cada persona que es dedica professionalment a l'àmbit de la sexualtitat a fer-se determinades preguntes sobre la pròpia vivència, també és exigible tant a institucions com a professionals que ens responem la següent pregunta: "Conec bé els drets?" "En quin model em situo jo?", "Quins són els drets que jo o la meva institució vulnerem quotidianament fins el punt que ja ni ens n'adonem?"

El model biogràfic

Aquest model encaixa força, com no podia ser d'una altra manera, amb un enfocament de drets i té molt a veure amb el posicionament professional i tot allò que s'ensenya a les facultats de quin ha de ser el nostre rol.

A mitjans del segle XX, després de la segona guerra mundial, es va iniciar la necessitat d'abordar la salut sexual i va néixer el model biomèdic, altrament dit de riscos o preventiu. Es tracta d'un model que volia donar resposta a la necessitat d'"evitar els riscos" que l'activitat sexual comporta, bàsicament les ITS i els embarassos no desitjats. Es basava en el marc conceptual que la salut és l'absència de la malaltia. Aquest model ha fet que s'hagi associat el concepte de sexualitat amb perill, projectant una idea negativa i no vinculada a la satisfacció o al plaer. També ha provocat una medicalització de la sexualitat i del propi cos.

D'altra banda teníem -i tenim vigent d'alguna manera- el model moral, que naixia com una reacció per part dels grups conservadors a totes aquelles propostes més liberals sobre la sexualitat. Es basa en un abordatge doctrinari on només hi té cabuda una manera de viure la sexualitat, en parella heteromonògama i per finalitats reproductives. Per tant en confrontació directa amb tot allò que quedi fora d'aquests estrets marges: incloent el plaer, les diversitats sexuals o la interrupció de l'embaràs. Atorga la responsabilitat de l'educació sexual als progenitors principalment, però també a parts iguals a l'escola i l'església.

En oposició frontal als dos models anteriors va aparèixer el revolucionari -o emancipador o sociopolític- que va néixer en el sí de l'esquerra freudiana com una síntesis del pensament entre Marx i Freud. Vol crear una revolució sexual i social i incloïa conceptes com la perspectiva de gènere, l'educació sexual com un dret i la recerca d'una vida sexual satisfactòria.

I finalment neix el model biogràfic i personal en el que entitats com el CJAS ens volem situar. Es tracta d'un model d'origen suec que neix als anys 50 i tracta la sexualitat des d'una mirada positiva i fonamentada en el saber científic. Incorpora algunes idees claus dels models citats anteriorment: Del biomèdic, incorpora la idea del coneixement científic com a base de treball; del moral prèn la idea de la importància de l'ètica relacional, però en el sentit més ampli i lliberal de la paraula; i del revolucionari pren la idea del dret a la sexualitat i la perspectiva de gènere. Es fonamenta en el concepte de salut de l'OMS centrat en el benestar i la promoció de qualitat de vida de l'individu i que reconeix la sexualitat com quelcom positiu i un factor clau pel benestar.

A la pràctica implica també considerar que cada persona prendrà les seves decisions ajustades a la seva biografia, a partir de les seves experiències, desitjos, expectatives i emocions. I que cal partir d'aquests elements pel treball, centrant-se més en els factors protectors com són l'autoestima i l'autoconeixement que no pas els riscos.

Però potser el més important de cara a la pràctica diària és que aquest model situa a la professional en un rol de facilitador/mediador, que es limita a acompanyar i donar eines a la persona usuària perquè pugui decidir com anar construint la seva biografia sexual.

I cal admetre que les professionals que ens dediquem a això ens genera vertigen que les persones –ja a partir de l'adolescència- prenguin les seves pròpies decisions, especialment si no coincideixen amb les que nosaltres considerem com a correctes. Ens resulta molt més còmode refugiar-nos en missatges simples basats en riscos. La població no té relacions sexuals per prevenir embarassos no desitjats o ITS, sinó que tenen relacions sexuals per diverses raons com l'obtenció de plaer, l'amor, la curiositat, la pressió o raons econòmiques.

La mirada feminista, el tercer vèrtex del triangle

La mirada feminista és el tercer element del triangle i, com els altres, ha d'atravessar totes les intervencions. De nou en aquest cas cal revisar la nostra pròpia socialització i els prejudicis que es puguin tenir en relació al concepte del feminisme.

Un grup de dones de Boston quan van fer el llibre "Els nostres cossos, les nostres vides" cap allà l'any 1969 ho tenien claríssim: *"També volem aclarir que el sistema mèdic s'ha d'utilitzar amb cura, reconeixent que la nostra bona salut no comença amb la medicina sinó amb la qualitat de les nostres vides i relacions".*

Som persones amb emocions, imperfectes, que aprenenem amb l'experiència i els errors, i que ens movem principalment dins d'una societat capitalista i heteropatriarcal. És a dir que se'ns socialitza per comportar-nos d'una determinada manera i s'espera de nosaltres que ens moguem segons determinats paràmetres. Això serveix per tot tipus de relacions socials, laborals... però també en relació a la nostra sexualitat.

Des que naixem anem rebent missatges molt potents –amb major o menor subtilesa- que construeixen el nostre gènere i la nostra vivència de la sexualitat. Segons haguem nascut amb penis o vulva els missatges rebuts sobre com hem de viure i gaudir del nostre cos i del sexe i de com ens hem de relacionar amb "l'altre sexe" seran diferents. Bé, no només diferents sinó desiguals, donant més rellevància social als valors considerats masculins en detriment dels seus "oposats", els femenins. Així, es construeix la idea que vincula un sexe biològic amb un gènere determinat i, de retruc, una orientació del desig determinada. En altres paraules si tens penis, s'espera de tu que adoptis comportaments masculins i que et sentis atret per les dones.

Ser conscients de quins són aquests missatges i de quin pes tenen ens pot ajudar a entendre el perquè de determinades reaccions. Potser entenem l'impacte que té l'ideal de l'amor romàntic, o perquè l'exposició al risc forma part dels rituals de pas de la masculinitat. També entendrem el valor que se li dóna a les primeres relacions sexuals, i al fet que a les noies se les socialitzi per complaure i adoptin un rol més submís en les relacions…

La perspectiva feminista hauria de permetre graduar la nostra mirada amb les famoses ulleres liles i veure coses que ens passaven imperceptibles. Un cop posades ja no ens hauria de semblar tan fàcil animar a les noies, per exemple, a que negociin el preservatiu amb les parelles sense valorar les dinàmiques relacionals –o de poder, o de privilegis..- que es mouen en aquest marc de normes socials.

Aconseguir serveis més "amigables" i adaptats

Atendre de manera que s'incorporin els tres eixos –o mirades- esmentats ajudaria notablement, però no és garantia d'èxit si, com a societat, no ens esforcem en disposar de serveis més accessibles i adaptats per a joves.

Els contactes de la població adolescent i jove amb el sistema de salut és tremendament valuosa, per escasa i puntual, però això cal posar tots els mitjans per mirar d'aprofitar-los. Normalment és un contacte provocat per un problema urgent a solucionar com una postcoital, prova d'embaràs, ITS o problema amb mètode contraceptiu. Però ja està bé que sigui així, perquè amb confiança i respecte pot generar-se un molt bon punt de partida per a treballar –si la persona ho desitja- sobre altres aspectes com són el plaer en les relacions sexuals, l'autoconeixement o les relacions abusives per esmentar-ne alguns. Cal fer l'esforç, amb el poc temps disponible de la visita, d'anar més enllà i no limitar-se a resoldre el motiu de consulta principal i això només és possible amb una mirada integral i allunyada de prejudicis i de la mera cobertura de necessitats expressades.

Adolescents i joves es mouen còmodes en dinàmiques de "deixar-se caure" en el moment de sentir la necessitat i ser assistits/des amb rapidesa. Insisteixen en la importància de la privadesa i la confidencialitat i deixar de banda tot allò que impliqui haver de comunicar-ho als pares i mares. Volen que el personal els tracti amb respecte i no els jutgi, a més de poder generar un vincle amb la mateixa professional.

Així, si les professionals tenim l'obligació de repensar-nos per poder connectar millor amb la vivència de la sexualitat d'adolescents i joves, també tenim el deure de valorar què poden fer les nostres institucions i els nostres serveis perquè siguin més amigables per a la població jove i capaces de fer front a les necessitats i dinàmiques especifiques de la població jove. Definitivament encara ens queda molta feina a fer també en aquest sentit.

El CJAS, Centre Jove d'Atenció a les Sexualitats, és el programa jove de l'Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears

Bibliografia

- Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España**.** APFCiB et al 2016
- Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. WHO 2006
- Fallas, M. A., Artavia, C. y Gamboa, A. (2012). Educación sexual: Orientadores y orientadoras desde el modelo biográfico y profesional. Revista Electrónica Educare, 16 (Especial),53-71.
- Nuestros Cuerpos,Nuestras Vidas. Boston Women Health Book Colle (Autor) Barcelona, 2000. Plaza & Janés Editores
- Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services. Geneva. WHO 2012 http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adolescent_friendly_services/en/
- Provide: Strengthening youth friendly services. International Planned Parenthood Federation 2008 http://www.ippf.org/resource/provide-strengthening-youth-friendly-services
- Drets sexuals: http://www.ippf.org/resource/sexual-rights-ippf-declaration
- L'educació afectiva i sexual: un dret, una prioritat. APFCiB et al. 2016. https://agendessexuals.files.wordpress.com/2015/01/investigacion-afectivo-y-sexual_web.pdf

Citació

Autors: Baroja, Jordi. Picas, Georgina

Títol article: Drets, feminisme i model biogràfic, vèrtex d'un triangle per a l'atenció en salut sexual a la joventut

Revista: APSalut. Volum 5. Número 4. Article 100

ISSN 2385-4901

http://www.udaceba.cat/ca/pl214/apsalut/salut-comunitaria/id105/drets-feminisme-i-model-biografic-vertex-d-un-triangle-per-a-l-atencio-en-salut-sexual-a-la-joventut.htm

Data: 6 d'octubre de 2017

@CJAS_Barcelona

Docència

XIX Jornada Residents CAMFiC. L'especialitat és FAMÍLIA

Vocalia de Residents de la CAMFiC 2016-2017

Des de la Vocalia de Residents ens agradaria convidar-vos a participar a la **XIX Jornada de Residents de la CAMFiC**, que tindrà lloc el proper **10 de març de 2017**, a la seu de la CAMFiC, a la ciutat de Barcelona.

El programa d'aquesta Jornada és fruit de l'esforç de companys/es residents, amb l'objectiu de crear un espai de reflexió i aprenentatge científic. Durant el matí, gaudirem d'una ponència sobre el Moviment Vasco da Gamma i les oportunitats que existeixen a l'estranger. A més, parlarem d'ètica al final de la vida amb Eva Peguero. I el Grup de Salut Mental de la CAMFiC, ens donarà les claus per gestionar les nostres emocions i evitar el burn-out.

A la tarda, oferirem tallers d'habilitats pràctiques. Enguany, haureu d'escollir entre Cirurgia menor, Dermatoscòpia, Ecografia i Urgències*.

A més, comptarem amb un convidat especial i moltes sorpreses més!

Aprofitem per recordar-vos que podeu participar enviant comunicacions (casos clínics, treballs d'investigació...) fins el dia 10 de febrer.

El nostre Comitè Científic, escollirà els treballs més destacats, que seran presentats de manera oral al llarg del matí. Animeu-vos a participar, que els millors opten a premi!

Com cada any, compartirem aquesta Jornada amb preMIRs per tal d'ampliar el coneixement de la nostra especialitat i de les diferents possibilitats que aquesta ens ofereix.

I si el que us preocupa és el portafoli, heu de saber que sol·licitarem l'acreditació per part de la Comissió de Formació Continuada perquè la vostra participació tingui valor curricular i professional afegit.

Per tant, no hi ha excuses per no formar part de la XIX Jornada de Residents de la CAMFiC. T'hi esperem, perquè **l'especialitat és Família**!

Estigues atent a les novetats del programa i la normativa d'enviament de comunicacions a www.camfic.cat i a les nostres xarxes socials (Facebook: Vocalia de Residents CAMFiC; Twitter: @residentscamfic).

**Programa provisional (desembre 2016).*

Amb la col·laboració de Sara Davies, Felipe Villacís, Miriam Rey, Anna Fernández.

Citació
Autors: Davies Sara, Villacís Felipe, Rey Miriam, Fernández Anna.
Títol article: XIX Jornada Residents CAMFiC. L'especialitat és FAMÍLIA
Revista: APSalut. Volum 5. Número 1. Article 86
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl209/apsalut/articles-de-docencia/id89/xix-jornada-residents-camfic-l-especialitat-es-familia.htm
Data: 22 de gener de 2017

@residentscamfic

Docència

La meva experiència Hippokrates en terres escoceses

Mariona Alarcón, MIR Sagrada família

Des de sempre he tingut curiositat per poder conèixer la sanitat i la manera de viure la salut a diferents cultures i països, per això des del primer moment que vaig saber de l'existència del programa d'intercanvi *Hippokrates*, dirigit a metges/esses joves i metges/esses residents de medicina de família i comunitària, vaig estar interessada en poder realitzar un intercanvi.

Com que treballo en una àrea urbana, vaig pensar que podria ser interessant conèixer un lloc completament diferent al meu, motiu pel qual vaig començar a buscar llocs rurals de països de parla anglesa. Tot i que l'idioma dels intercanvis *Hippokrates* és l'anglès a tots (o quasi tots) els països, no volia haver de necessitar traducció del que digués el/la pacient. Finalment, vaig poder realitzar l'intercanvi a una zona rural i molt remota del nord oest d'Escòcia.

Vaig estar a *Scourie, Kinlochbervie & Durness Medical Practice*, que es tracta de tres dispensaris que treballen conjuntament per cobrir una àmplia zona de territori del nord-oest d'Escòcia (40 km de nord a sud i 56 km d'est a oest per carretera), amb una població resident d'aproximadament 900 habitants, però que augmenta lleugerament amb residents temporals durant l'estiu.

L'horari d'aquests dispensaris és de 9-13h i de 15-18h, però a part, i degut a la localització tant remota a la qual es troben, ja que l'hospital més proper està a més unes 3h de distància per carretera, els metges/esses de família que hi treballen han d'estar localitzables durant les hores que estiguin tancats (nits i caps de setmana). A la regió, hi ha una ambulància amb base a Kinlochbervie amb dos tècnics sanitaris, però en múltiples ocasions les emergències es deriven en helicòpter a Inverness o a les Illes Hèbrides Exteriors, en funció de la meteorologia en aquell moment.

El dia de la meva arribada, em van passar el meu horari laboral. Faria l'horari de la Dra. Berrie, compaginant assistència als tres dispensaris i atenció domiciliària. També em van facilitar un telèfon mòbil per poder localitzar-me en cas d'emergència, però durant la meva estada de 15 dies, no hi va haver cap servei d'urgència durant la nit.

Com us podeu imaginar, la meva experiència com a metgessa de família en una zona tant rural i remota va ser molt diferent a l'experiència que he tingut, fins ara, treballant a Barcelona, en un CAP amb una població de 21.900 persones aproximadament.

La principal diferència que em va cridar l'atenció, ve donada per la gran diferència d'accés als recursos dels respectius sistemes sanitaris (CAP, urgències d'hospitals/CUAP, serveis de diagnòstic per la imatge, consultes externes hospitalàries...). A l'àrea rural d'Escòcia on vaig estar, l'accés a aquests es veia molt limitat, significant que per a la realització de proves complementàries, el pacient havia de desplaçar-se per carretera 2h com a mínim. Això es veia clarament reflectit a la pràctica diària, on el pacient acudia a la consulta amb l'expectativa que el metge/essa de família que l'atengués, li confirmés que era una patologia menor que no requeria d'altres proves que l'exploració física realitzada a la consulta. En canvi, en múltiples ocasions, m'he trobat a la meva consulta a Barcelona, amb pacients que consideren que l'exploració física no és suficient per al diagnòstic de la seva patologia i es senten que no estan rebent l'atenció mèdica adequada si no es realitzen proves complementàries (radiografies, analítiques) ...

Una altra diferència important era que els dispensaris de la zona d'Escòcia que vaig visitar, dispensaven ells mateixos la medicació per als pacients. Això significa que totes les prescripcions es preparaven i entregaven als pacients d'acord amb el que se'ls hi havia prescrit, amb el número exacte de comprimits necessaris pel tractament a realitzar. Em va agradar molt aquest mètode de prescriure i donar la medicació als pacients, en comparació amb el que sovint passa al nostre àmbit, on els pacients reben una caixa sencera de medicació independentment de la durada del tractament que han de realitzar, causant acumulació de medicaments als domicilis dels nostres pacients.

De totes maneres, allò que més em va marcar del que vaig aprendre durant la meva estada, i que actualment procuro aplicar en el meu dia a dia, va venir donat de les diferències culturals entre els anglesos i nosaltres. Em va cridar especialment l'atenció com demanaven de forma molt marcada permís i buscaven acord amb el pacient en tot moment durant la consulta (per explorar-lo, per prescriure medicació/proves complementàries...). Quelcom que crec mai hem d'oblidar.

En resum, un intercanvi *Hippokrates* és una experiència molt enriquidora que recomanaria a tothom que estigués interessat en conèixer el funcionament de l'atenció primària a altres països. Sens dubte, una experiència única.

Citació
Autora: Alarcón, Mariona.
Títol article: La meva experiència Hippokrates en terres escoseses
Revista: APSalut. Volum 5. Número 2. Article 89
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl209/apsalut/articles-de-docencia/id94/la-meva-experiencia-hippokrates.htm
Data: 14 d'abril de 2017

Humanitats

El discurs de la biomedicina sobre la sexualitat femenina: elements per a la seva deconstrucció

Araceli Bergillos. Llicenciada en Antropologia Social i Cultural

Introducció

El present article pretén aportar algunes reflexions sobre la visió de la biomedicina envers la sexualitat femenina des d'una perspectiva històrica i deconstructivista. La deconstrucció és una eina útil per analitzar i descomposar el concepte de sexualitat de les dones i així ser conscients de la gran quantitat de judicis de valor, prejudicis i estereotips heretats del segle XIX i que encara són vigents en la societat, inclosa la medicina.

Es presenten alguns apunts sobre la sexologia i sexualitat femenina als segles XIX i XX i els valors relacionats, posant de manifest que la medicina, concebuda en moltes ocasions com una ciència absoluta i objectiva, és també un reflex de tendències ideològiques, socials i culturals de l'època en la què s'expressa. Tanmateix s'exposen idees recurrents sobre la dona i la seva sexualitat que han contribuït a mantenir una visió esbiaixada d'aquesta, com per exemple, la invisibilitat de la sexualitat femenina; la patologització de la sexualitat en front d'una sexualitat normativa; i la tendència a considerar el penis com a única forma de sexualitat possible i "normal", fruit d'una societat patriarcal que perdura fins l'actualitat.

Apunts sobre biomedicina i sexualitat femenina

"La sexualidad de las mujeres ha permanecido oculta durante siglos para ellas mismas y, por descontado, para el mundo de hombres y de científicos que pretendían conocerla, "explicarla", "estimularla" y ponerle normas para "adecuarla" a la sexualidad masculina". Carme Valls (2008:81).

Aquesta frase de l'endocrinòloga Carme Valls, sintetitza molt bé la història de la sexualitat femenina des de la biomedicina, sobretot perquè no només posa de manifest la seva invisibilitat, també perquè la sexualitat de les dones (i la dona en general) ha estat concebuda històricament com l'"altre", sent definida des d'una visió androcèntrica, des de la concepció de la dona com "no-home" (1) (2011:280).

Una primera aproximació a la sexologia com a ciència mèdica apareix al segle XIX (2), a l'època Victoriana caracteritzada pel seu puritanisme, de la mà de Richard von Kraft-Ebing (1840-1902), un metge forense i psiquiatra alemany que introdueix dos aspectes fonamentals: l'estudi de la sexualitat des de la patologia i la psicopatologia i la teoria de la degeneració relacionada amb l'evolucionisme, que considera que l'evolució humana segueix una línia ascendent (3), que els homes degenerats s'han desviat de l'home que va crear Déu i que aquesta degeneració produeix una malaltia física i psíquica. Tanmateix, el seu pensament es dirigeix a la consideració de la vida sexual (masculina) com una faceta vital de la vida diària.

Les diverses patologies (considerades així a l'època Victoriana) de les que parla Kraft-Ebing són: sadisme, masoquisme, fetitxisme, exhibicionisme, homosexualitat, pedofília, zoofília, gerontofília i autoerotisme (Moreno-Jiménez, 1990:98). La sexualitat en aquest moment es comença a contemplar des de la seva vessant patològica, però en cap cas tracta específicament sobre la sexualitat de la dona, tenint en compte la seva invisibilitat social de l'època, relegada com estava a l'àmbit privat de la casa. Les consideracions "científiques" de Kraft-Ebing, per tant, es creuen amb observacions morals i religioses imperants a l'època i mostren, per la seva absència, l'oblit de la dona.

Un altre metge de finals del segle XIX és Iwan Bloch (1872-1922), metge dermatòleg, en lluita perquè les relacions homosexuals entre homes no fosin considerades un delicte, serà el primer que utilitzi específicament el terme "sexologia" valorant que, no només la biologia, també l'antropologia i l'etnografia són disciplines vàlides per tractar la sexualitat. En aquest cas, nega que les perversions siguin malalties, més aviat creu que cada cultura posseeix unes determinades formes d'expressar la sexualitat sense que es pugui diagnosticar als seus practicants com a malalts o desviats. És un dels primers metges que li atorga importància al sistema endocrí en el desenvolupament de la sexualitat i com a origen de certes conductes sexuals, com per exemple, certs tipus d'homosexualitat (1990:103). Tampoc en aquest cas, però, aquest parla de la sexualitat femenina, reforçant el seu caràcter invisible.

Respecte al context en el què es desenvolupen aquests discursos, no s'ha d'oblidar que durant el segle XIX encara existia l'idea de que la dona era inferior a l'home i que aquesta estava lligada irremissiblement al seu caràcter maternal. Un dels representants de l'època és William Acton (1813-1875), metge anglès, que considera que les dones comparteixen la mateixa innocència que els nens en quant a sexualitat fins que arriben al matrimoni, i que, a no ser que siguin depravades, no sentiran mai cap interès pel sexe (1990:90).

Podem comprovar com, per una banda, ja es menciona la dona als estudis sobre sexualitat, però aquesta és considerada infantil i asexuada, amb totes les connotacions que aquesta idea suggereix: cap capacitat de decisió i necessitat de tutela.

Igualment, els homes tampoc no es troben exempts d'una ciència emergent que patologitza i condemna algunes pràctiques sexuals, especialment la masturbació. En aquesta època s'editen nombroses obres de metges que la condemnen per jutjar que és una pràctica depravada i que debilita la salut (1990:92-93).

D'aquesta manera, tot allò que se'n surt de la "normalitat" es converteix en una patologia, controlant així les conductes de la població (homes i dones) envers la sexualitat.

Michel Foucault, historiador i filòsof del segle XX (1926-1984) que va plasmar la història de la sexualitat en tres grans volums, considera que pensar en aquesta època Victoriana com un període de repressió és una lectura moderna. Més aviat s'ha de pensar que els discursos de negació del sexe no són més que una indicació de que realment existia un interès. El que preocupa a aquest autor és qui emet el discurs i amb quin objecte:

"De ahí el hecho de que el punto esencial (al menos en primera instancia) no sea saber si al sexo se le dice sí o no, si se formulan prohibiciones o autorizaciones, si se afirma su importancia o si se niegan sus efectos, si se castigan o no las palabras que lo designan; el punto esencial es tomar en consideración el hecho de qué se habla de él, quiénes lo hacen, los lugares y puntos de vista desde donde se habla, las instituciones que a tal cosa incitan y que almacenan y difunden lo que se dice, en una palabra, el "hecho discursivo" global, la "puesta en discurso" del sexo" (1998:10).

En funció de la reflexió de Foucault, hem de veure que a finals del segle XIX i sobretot del XX és la ciència mèdica qui emet el discurs sobre una sexualitat "normal" i una altra "depravada", amb excepcions d'altres metges que lluiten per dotar de connotacions culturals la sexualitat (i per tant, despatologitzar conductes no normatives). En tot cas, és la medicina la que garanteix la moralitat de la conducta "correcta", excloent tot allò que se'n surti.

Tot i així, a finals del segle XIX i principis del segle XX comencen a sorgir amb força moviments feministes que reclamen un major protagonisme de les dones en la societat. Una de les tendències de la medicina de l'època és la medicina social, que manté que les condicions econòmiques i socials repercuteixen directament en la salut dels individus (Rosen, 1985:81). De tal manera que la salut i la malaltia deixen d'estar al terreny privat per convertir-se en públic i de caràcter social (Aresti, 2001: 73).

Aquesta concepció de que la medicina ha d'arribar a totes les facetes de l'individu, inclosa la seva sexualitat, és fonamental ja que l'Estat intenta realitzar un control més exhaustiu de la comunitat: mesures d'higiene, control de la natalitat, de les malalties venèries, etc. Totes aquestes mesures estatals proporcionen per una banda una millora de la salut en la comunitat, però per l'altra, un augment del control sobre l'individu.

Metges i biòlegs comencen a revisar de forma més crítica les explicacions "científiques" sobre la inferioritat de les dones, sobretot a partir de la Primera Guerra Mundial, època en què aquestes demostren la seva vàlua a les cadenes de producció i en la pròpia societat, desenvolupant tasques que fins el moment estaven destinades als homes.

En tot cas, s'observa com la conjuntura social activa la classe mèdica i com les estructures de pensament que semblaven inamovibles fins al moment (sobretot en la consideració de la dona com un ésser dèbil i inferior per naturalesa), comencen a ser qüestionades per alguns professionals de la medicina. És també durant aquest període que els metges apareixen com aquells que poden garantir la salut de la comunitat, deixant de banda les visions religioses que, en el que respecta a la salut, passaran a un segon terme. El discurs de la classe mèdica, per tant, experimenta un increment de credibilitat en la societat, considerant-lo com el discurs legítim front la religiositat o altres concepcions de la salut rebutjades per la medicina i la ciència com supersticions o curanderisme (2001:81).

En aquest context de la medicina social es pot trobar al reputat endocrí Gregorio Marañón (1887-1960), qui malgrat va signar l'acta fundacional de l'Institut de Medicina Social, on expressava que les reivindicacions del feminisme eren positives pel futur de la humanitat, comenta per altra banda:

"La mujer es, psicológicamente, una 'hermana menor del hombre', porque ello es necesario para el auge de las cualidades psicológicas y propicias a la maternidad – hipersensibilidad, ternura, espíritu de sacrificio, atención exquisita a los problemas prácticos, tendencia conservadora -; y su libido es poco intensa, y su erotismo embotado, porque la maternidad exige utilizarlos como simples medios de acceso para el fin reproductor, y no como objetivos terminales" (Moreno-Jiménez, 1990:109).

Aquest paràgraf resumeix el sentir d'una època on coexisteixen discursos en favor de la igualtat de la dona i alhora sobre la seva naturalesa asexual. El discurs de la funció reproductora de la dona, l'atribució de característiques com la tendresa i la sensibilitat, la negació de la libido, la negació de la seva expressió fora de la reproducció i la comparació amb l'home en termes d'inferioritat (germana menor de l'home), resumeixen molt bé els valors associats a la dona a l'Espanya dels anys 1930. Però el que també s'aprecia són els biaixos de la ciència ja que aquesta no es pot desfer dels judicis de valor i de les consideracions morals de l'època: la dona no disposa de sexualitat més que per procrear.

Respecte a la libido femenina, Gregorio Marañón, comenta:

(…) es normalmente pasiva, un centro de atención para la libido del hombre, y esto no sólo en la especie humana, sino en toda la escala animal e incluso en la atracción unicelular, donde la vida se engendra, ya que es siempre el óvulo el que atrae al espermatozoide" (1990:109).

De nou la sexualitat de la dona se centra en la reproducció i sobretot, en el seu caràcter de receptacle, d'ésser passiu que té per objectiu l'atracció de la libido masculina i, en tot cas, de que la naturalesa de la dona és aquesta, reforçant el caràcter inamovible de la seva condició. Com es pot veure, la ciència potencia el discurs de la sexualitat femenina sempre vista des de l'"altre", des de l'home, pres aquest com a exemple normatiu. De fet, l'atribució de qualitats "naturals" a les dones, contribueix a reforçar els estereotips sobre elles que perduren fins l'actualitat.

Fins ara totes les referències que s'han realitzat han vingut de la mà de la medicina i la filosofia, encara que la psicologia o el psicoanàlisi també han contribuït de forma decisiva a tractar la sexualitat. Un dels autors més significatius és Freud (1856-1939) i encara que en el camp de la sexologia es va dedicar de forma més indirecta, va contribuir a generalitzar opinions que en algunes ocasions havia pres d'altres autors però que ell va popularitzar, com la importància de la libido, l'estudi de les perversions sexuals (marcant una línia difusa entre allò que era normal i allò pervers) i la importància de la sexualitat tant pel que respecta a les patologies com per la psicologia de la persona (1990:197).

Per a Valls, Freud va contribuir de forma decisiva a la sexologia quan va argumentar que l'únic orgasme "madur" que una dona podia tenir era l'orgasme vaginal o que l'enveja del penis es trobava sota els conflictes inconscients de totes les dones. Aquestes teories psicològiques dominants van omplir les consultes de dones angoixades per no tenir orgasmes només amb la penetració. A través de la sexualitat es va exercir un control sobre la dona: la dona "madura" havia d'obtenir plaer d'una manera determinada, si no ho feia de la manera "normal" hi havia un problema darrera. Per aquesta autora, *"La sexualidad*

femenina entró en el camino de la invisibilidad por medio de la psicopatologización o psiquiatrización de las sensaciones y de los sentimientos de las mujeres" (2008:85).

La ciència, per tant, posa en funcionament una sèrie de discursos considerats veritat, constituint-se en una màquina de producció de la veritat i que està associada al saber i al coneixement (Foucault; 1998:42).

Però un dels metges que marca la tendència dins de la sexologia actual, trencant amb les idees predominants de l'època Victoriana va ser Havelock Ellis, (1859-1939). Aquest sexòleg, que va estudiar les dones a l'Espanya de finals del segle XIX, aborda la importància del relativisme cultural dins de la variabilitat de les conductes sexuals, sense necessitat que siguin conductes patològiques. S'integra en moviments socialistes i feministes i un dels seus temes d'estudi serà la sexualitat femenina considerant-la com una sexualitat àmplia, afirmant la multiplicitat de zones erògenes del cos femení i la importància de la sexualitat en la vida de les dones, que a més, no ha d'estar lligada a la funció reproductora. Tot i així, considera que la sexualitat femenina és essencialment passiva i que aquest aspecte es manifesta en una menor agressivitat que l'home en l'esfera social. Tanmateix diferencia les dones espanyoles de les dones angleses feministes catalogades com masculines.

Malgrat planteja que la sexualitat i la reproducció són aspectes diferents, Ellis manté que les dones havien de ser mares i que per aquest motiu tenien atributs de sensibilitat, maternitat, empatia, etc. propis tots ells de la condició femenina.

Un altre tema inèdit de la seva època i tractat per Ellis és l'homosexualitat femenina sobre la que afirmava que les dones lesbianes tendien a tenir conductes més masculines (Aresti, 2001:48).

La importància d'aquest metge radica en què, si bé anteriorment s'havia tractat l'homosexualitat masculina, la femenina havia estat relegada a l'oblit. Ellis la mostra des del relativisme cultural, encara que associant-la a conductes més pròpies de l'home que de la dona. Tanmateix, és una figura cabdal perquè fa visible la sexualitat femenina, li treu el seu caràcter de ser només reproductor i sexualitza el cos de la dona.

Per al ginecòleg espanyol José Botella (1912-2002), deixeble de Gregorio Marañón, la dona es caracteritza per la seva naturalesa frígida, afirmant que només les que tenien problemes endocrins (com l'augment de la testosterona) aconseguien tenir plaer, precisament perquè la testosterona era una hormona masculina. Com afirma taxativament Valls, la ciència contribuïa de forma decisiva amb aquestes afirmacions a la invisibilitat i al desconeixement de la sexualitat femenina (Valls, 2008:85).

Però si les dones eren per naturalesa frígides, aquelles que sí tenien desitjos de mantenir relacions sexuals ja fos amb persones del mateix sexe ja fos amb persones de l'altre sexe, eren considerades com a putes. Les dones que tenien desig se'n sortien de la norma, de la norma establerta per preceptes morals i socials de l'època (2008: 86).

La contínua manipulació de la sexualitat només ha contribuït al desconeixement, a generar més pors i conflictes, i a l'acceptació abnegada de la sexualitat de l'"altre-masculí" abans que la pròpia sexualitat femenina per part de les mateixes dones. De tal manera que fins i tot, el model de sexualitat de les dones predominant continua sent el masculí.

Seguint amb els girs que concebien la dona des d'un punt de vista sexuat, van resultar de gran utilitat els treballs d'Alfred Charles Kinsey (1894-1956), que va realitzar els primers estudis quantitatius (4) sobre la sexualitat i els estudis realitzats als anys 1960 per William H. Masters y Virginia Johnson, en els que per primera vegada la sexologia s'introdueix en un laboratori.

Kinsey, biòleg de professió, va realitzar entrevistes a milers de persones interrogant-les sobre la seva sexualitat, tant homes com dones. Un dels seus primers llibres va versar sobre el comportament sexual de l'home (1948) i cinc anys més tard va editar un llibre anàleg sobre la dona. Aquest darrer va ser criticat i es va sol·licitar la seva destrucció per un congressista dels Estats Units que considerava que el llibre era

un insult per les dones de qualsevol família. En aquesta obra sobre la dona Kinsey aborda aspectes de la seva sexualitat no tinguts en compte fins el moment (però que sí que s'havien considerat als estudis de la sexualitat masculina), com la masturbació, l'orgasme, el coit, la frigidesa, etc. La dona interrogada és una dona sexual i sexuada i que obté plaer en les relacions sexuals. Tot i així, s'intenta explicar d'una manera científica la passivitat sexual de la dona, que s'atribueix a que aquestes responen més a estímuls físics i els homes a factors mentals (2008:213).

Finalment, uns dels referents principals en els estudis de sexualitat i encara referenciats a multitud de llibres i articles que parlen sobre la sexualitat contemporània són William H. Masters i Virginia Johnson, un matrimoni de sexòleg i ginecòloga, respectivament. Alguns estudis que els precedien versaven sobre les reaccions fisiològiques de la dona durant l'orgasme, el tractament amb vibradors elèctrics a dones amb problemes per tenir orgasmes, la mesura del ritme cardíac d'una parella durant el coit o la realització d'encefalogrames durant l'excitació sexual..., però ells van sistematitzar l'estudi de la sexualitat humana. El seu objectiu era l'estudi de les reaccions fisiològiques.

Un dels aspectes positius de Masters i Johnson respecte a la sexualitat de la dona va ser que aquesta no es va tractar com una equivalència masculina. Entre d'altres consideracions, està la de no equiparar el clítoris de la dona com l'equivalent del penis i el que anomenen "la fal·lària fàl·lica", és a dir, pensar que el penis és el centre de la sexualitat (també de la femenina) (2008:237).

Amb aquest plantejament diferent, entre molts altres, la concepció de la sexualitat de la dona fa un gir important. La ciència accepta que la sexualitat femenina és diferent a la masculina i els seus òrgans ja no són un equivalent dels de l'home sinó que tenen característiques pròpies.

La ciència mèdica va avançant alhora que ho fa la societat, traient a la sexualitat de la dona algunes de les connotacions morals que es vestien de teories científiques.

(1) Valls fa referència a aquest concepte en relació al *reduccionisme de les diferències* en la ciència, (la medicina i la psicologia, principalment), en no incloure les dones ni als estudis ni als treballs d'investigació, contribuint a fer-la més invisible. Tanmateix, la no inclusió d'aspectes específics relacionats amb elles (en aspectes referents a la vida quotidiana, condicions laborals, tasques domèstiques, salaris, etc.) introdueixen un biaix en els estudis que no contemplen les diferències de gènere ni a nivell biològic ni a nivell social).

(2) Foucault considera que la societat contemporània ha heretat la concepció de la sexualitat del segle XVIII, una societat industrial, capitalista i burgesa que no nega la sexualitat sinó que la regula i la normativitza, precisament perquè té un interès cap a ella (1998:42).

(3) Es pren com el cim de l'evolució l'home blanc burgés de l'Anglaterra del segle XIX.

(4) Anteriorment s'havien utilitzat altres metodologies qualitatives, com l'observació, l'experiència personal o la etnologia (Íbidem:203).

Conclusions

La utilització de la deconstrucció des de la perspectiva històrica ens ajuda a veure la importància de desfer el concepte de sexualitat femenina, mostrant quins elements i connotacions hi formen part. Quan parlem del sexe de les dones, encara molts d'aquests punts de vista expressats més amunt, s'hi troben i la condicionen, conformant molts dels actuals prejudicis i estereotips sobre la sexualitat femenina, tant d'homes com de dones.

Les dones han estat vistes des de la ciència com l'"altre", com el no-home, atorgant-les característiques naturals, i per tant, no modificables, a aspectes que eren merament culturals i morals. Tot això ha contribuït a que moltes dones desconeguin la seva pròpia sexualitat, encaminant-les cap al plaer normatiu o "correcte", atribuint patologia a certes conductes que eren jutjades des d'una perspectiva moral i no mèdica i negant-se i negant-les la possibilitat del plaer.

4. Bibliografía

- Aresti Esteban, N. (2001). Médicos, Donjuanes y mujeres modernas. Los ideales de la feminidad y la masculinidad en el primer tercio del siglo XX. Bilbao: Universidad del País Vasco, Historia Contemporánea, 23.
- Foucault, M. (2008). Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones. Madrid: Alianza Editorial.
- Foucault, M. (1998). Historia de la Sexualidad I. La voluntad de saber. Madrid: Siglo XXI.
- Moreno-Jiménez, B. (1990). La sexualidad humana: estudio y perspectiva histórica. Madrid: UNED.
- Rosen, G. (1985). De la policía médica a la medicina social. México: Siglo XXI.
- Valls-Llobet, C. (2008). Mujeres invisibles. Barcelona: De Bolsillo.
- Valls-Llobet, C. (2011). Mujeres, salud y poder. Madrid: Ediciones Cátedra.

Citació

Autora: Bergillos Muñoz, Araceli

Títol article: El discurs de la biomedicina sobre la sexualitat femenina: elements per a la seva deconstrucció

Revista: APSalut. Volum 5. Número 2. Article 90

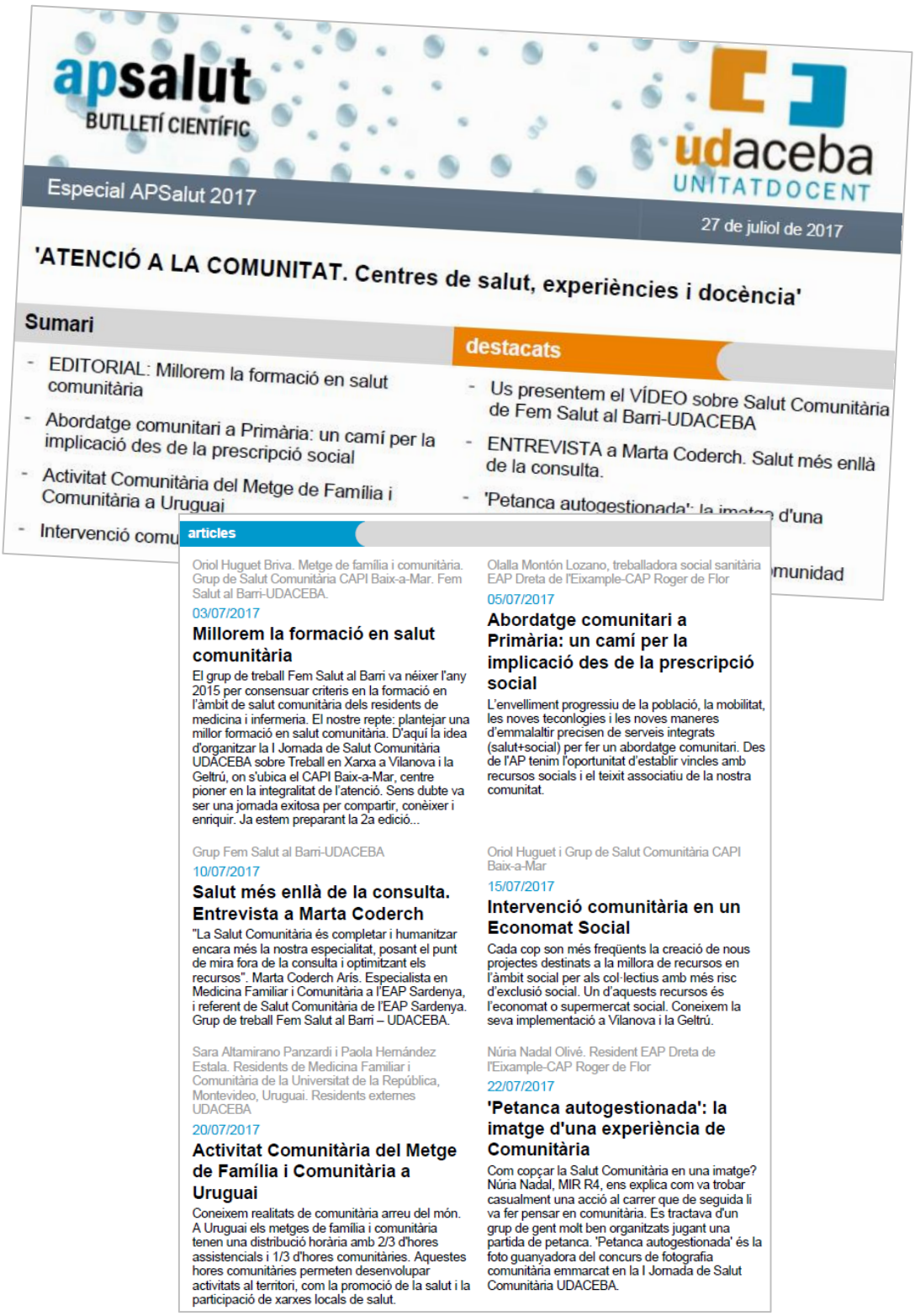
ISSN 2385-4901

http://www.udaceba.cat/ca/pl216/apsalut/humanitats/id95/el-discurs-de-la-biomedicina-sobre-la-sexualitat-femenina-elements-per-a-la-seva-deconstruccio.htm

Data: 21 d'abril de 2017

Especial APSalut 2017

'ATENCIÓ A LA COMUNITAT.
Centres de salut, experiències i docència'



apsalut
BUTLLETÍ CIENTÍFIC

udaceba
UNITAT DOCENT

Especial APSalut 2017

27 de juliol de 2017

'ATENCIÓ A LA COMUNITAT. Centres de salut, experiències i docència'

Sumari

- EDITORIAL: Millorem la formació en salut comunitària
- Abordatge comunitari a Primària: un camí per la implicació des de la prescripció social
- Activitat Comunitària del Metge de Família i Comunitària a Uruguai
- Intervenció comu

destacats

- Us presentem el VÍDEO sobre Salut Comunitària de Fem Salut al Barri-UDACEBA
- ENTREVISTA a Marta Coderch. Salut més enllà de la consulta.
- 'Petanca autogestionada': la imatge d'una

mmunidad

articles

Oriol Huguet Briva. Metge de família i comunitària. Grup de Salut Comunitària CAPI Baix-a-Mar. Fem Salut al Barri-UDACEBA.

03/07/2017

Millorem la formació en salut comunitària

El grup de treball Fem Salut al Barri va néixer l'any 2015 per consensuar criteris en la formació en l'àmbit de salut comunitària dels residents de medicina i infermeria. El nostre repte: plantejar una millor formació en salut comunitària. D'aquí la idea d'organitzar la I Jornada de Salut Comunitària UDACEBA sobre Treball en Xarxa a Vilanova i la Geltrú, on s'ubica el CAPI Baix-a-Mar, centre pioner en la integralitat de l'atenció. Sens dubte va ser una jornada exitosa per compartir, conèixer i enriquir. Ja estem preparant la 2a edició...

Olalla Montón Lozano, treballadora social sanitària EAP Dreta de l'Eixample-CAP Roger de Flor

05/07/2017

Abordatge comunitari a Primària: un camí per la implicació des de la prescripció social

L'envelliment progressiu de la població, la mobilitat, les noves teconologies i les noves maneres d'emmalaltir precisen de serveis integrats (salut+social) per fer un abordatge comunitari. Des de l'AP tenim l'oportunitat d'establir vincles amb recursos socials i el teixit associatiu de la nostra comunitat.

Grup Fem Salut al Barri-UDACEBA

10/07/2017

Salut més enllà de la consulta. Entrevista a Marta Coderch

"La Salut Comunitària és completar i humanitzar encara més la nostra especialitat, posant el punt de mira fora de la consulta i optimitzant els recursos". Marta Coderch Arís. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària a l'EAP Sardenya, i referent de Salut Comunitària de l'EAP Sardenya. Grup de treball Fem Salut al Barri – UDACEBA.

Oriol Huguet i Grup de Salut Comunitària CAPI Baix-a-Mar

15/07/2017

Intervenció comunitària en un Economat Social

Cada cop son més freqüents la creació de nous projectes destinats a la millora de recursos en l'àmbit social per als col·lectius amb més risc d'exclusió social. Un d'aquests recursos és l'economat o supermercat social. Coneixem la seva implementació a Vilanova i la Geltrú.

Sara Altamirano Panzardi i Paola Hernández Estala. Residents de Medicina Familiar i Comunitària de la Universitat de la República, Montevideo, Uruguai. Residents externes UDACEBA

20/07/2017

Activitat Comunitària del Metge de Família i Comunitària a Uruguai

Coneixem realitats de comunitària arreu del món. A Uruguai els metges de família i comunitària tenen una distribució horària amb 2/3 d'hores assistencials i 1/3 d'hores comunitàries. Aquestes hores comunitàries permeten desenvolupar activitats al territori, com la promoció de la salut i la participació de xarxes locals de salut.

Núria Nadal Olivé. Resident EAP Dreta de l'Eixample-CAP Roger de Flor

22/07/2017

'Petanca autogestionada': la imatge d'una experiència de Comunitària

Com copçar la Salut Comunitària en una imatge? Núria Nadal, MIR R4, ens explica com va trobar casualment una acció al carrer que de seguida li va fer pensar en comunitària. Es tractava d'un grup de gent molt ben organitzats jugant una partida de petanca. 'Petanca autogestionada' és la foto guanyadora del concurs de fotografia comunitària emmarcat en la I Jornada de Salut Comunitària UDACEBA.

APSalut. Volum 5. Número 3

Editorial

Millorem la formació en salut comunitària

Oriol Huguet Briva. Metge de família i comunitària. Grup de Salut Comunitària CAPI Baix-a-Mar. Fem Salut al Barri-UDACEBA

Fa encara no dos anys es va formar un grup de treball dins de la Unitat Docent UDACEBA per consensuar criteris en la formació en l'àmbit de salut comunitària dels residents de medicina i infermeria. A la crida es van sumar centres ja docents com l'EAP Sardenya, l'EAP Vic, l'EAP Eixample Dreta, el CAP Sagrada Família i d'altres com el CAPI Baix-a-Mar, pendents d'acreditar com a docents, i posteriorment d'altres com l'EAP Albera Salut.

Fem salut al barri

Aquest grup de treball es va batejar amb el nom de "Fem Salut al Barri", i va establir unes línies bàsiques de treball per poder afrontar el repte de plantejar una millor formació en salut comunitària.

Per un costat es va reformular el model de curs presencial en salut comunitària amb els inputs rebuts de les diferents enquestes de satisfacció i adaptant el contingut i distribució temporal en funció dels mateixos. També es va obrir la possibilitat de que els residents de diferents centres

es puguin moure dins de la Unitat Docent per poder conèixer intervencions de comunitària fora del seu centre de treball habitual.

D'altra banda es van plantejar dues accions més innovadores com a eines docents. Es va crear un blog (femsalutalbarri.wordpress.com) on tant professionals com residents poden escriure sobre intervencions comunitàries, reflexions i demés temes que estiguin relacionats en l'àmbit comunitari. L'altra acció que vàrem plantejar va ser fer una "Jornada de Salut Comunitària".

El repte era important. Fer una jornada destinada bàsicament a residents, on al nostre entendre, podia participar qualsevol professional de l'àmbit de la salut i social, per poder captar l'essència de la salut comunitària i poder fer difusió de projectes i idees en un ambient relaxat allunyat de les jornades clàssiques i convencionals. El títol de la jornada el teníem clar: "Treball en Xarxa"; és com s'havia constituït el grup de Fem Salut al Barri i com estàvem treballant.

Es va decidir que aquesta jornada es realitzés a Vilanova i la Geltrú, ja que per un costat, els residents tenien l'oportunitat de conèixer els diferents centres de la unitat docent, malgrat que el CAPI estigués pendent d'acreditació. També perquè com a ambulatori, el CAPI Baix-a-Mar té un model de treball diferent als centres d'atenció primària habituals, ja que és pioner en la integralitat de l'atenció. Aquesta integralitat es basa en la presència de serveis socials municipals al mateix centre i la possibilitat de treball conjunt dels casos que dóna una visió integral tant des del punt de vista de salut com social del pacient.

La jornada inicialment es va plantejar per a residents i professionals de la unitat docent, però ràpidament ens vàrem adonar que seria més enriquidor obrir-ho a tots els residents i professionals dels centres de salut de Catalunya per tenir una visió oberta i plural. La ubicació triada va ser el centre cívic de la Geltrú, un lloc poc habitual per plantejar una jornada de salut, on creiem que representava l'esperit integrador de la mateixa.

La jornada va començar amb un mural elaborat pel mateix grup, on els participants, mentre rebien la documentació de la jornada, podien anar escrivint les diferents activitats que es realitzaven al seu centre i que pretenia ser un punt d'intercanvi informal d'experiències. Un cop dins i donada per inaugurada la jornada, l'Alba Cabellos, va plantejar una dinàmica per poder

“despertar-nos” una mica, fent volar idees que ens fessin sentir bé; van volar moltes idees i sentiments que ens van fer entrar en la part més docent de la jornada.

La Cinta Daufí, coordinadora de la “Xarxa AUPA”, va inaugurar la taula de “Salut en Xarxa” parlant sobre com s’engloben les diferents activitats comunitàries que s’estan duent a terme en els diferents Centres d’Atenció Primària. Desprès, la Gemma Torrell, metgessa de família va explicar el model CAPI Baix-a-Mar, que tal com comentava abans integra l’atenció social i sanitària. I per acabar la Dolors Ruiz, metgessa de família, i membre del grup “Salut 2.0” del CoMB, va parlar sobre diferents aspectes de salut i la xarxa web.

Durant l’esmorzar, es va habilitar un espai on per un costat es podien agafar forces per a la resta de la jornada i on també es podien veure diferents pòsters que s’havien presentat a la jornada així com xafardejar les diferents fotografies enviades al concurs i que inundaven les parets de la sala del centre cívic.

Un cops esmorzats, va començar un altre bloc de treball en grup. Es va distribuir els assistents en diferents grups, que van voler ser el més heterogenis possibles, i es van repartir pels diferents espais del centre cívic, així com a la gran plaça que hi havia davant del mateix. L’objectiu era poder parlar de les dificultats que ens trobem dia a dia per dur a terme activitats comunitàries dins dels nostres centres de treball i quines solucions els hi podíem donar. Un cop acabat el temps es van posar en comú les conclusions, on es van reflexar els problemes crònics que arrossega la part de comunitària: temps i recursos.

Per acabar es van presentar diferents comunicacions en format PowerPoint i format vídeo. Es van poder veure un total de 13 intervencions comunitàries i propostes que s’estan duent a terme en diferents parts del nostre territori. Propostes de mapeig, grups de promoció i educació per la salut, treballs en grup, experiències i projectes. Un cop presentades les comunicacions es va presentar la fotografia guanyadora, que va ser la de la Núria Nadal Olivé titulada “Petanca Solidària”.

Veient en perspectiva la jornada, salvant errors d’una “organització novata”, crec que va ser una eina docent molt potent pels residents, ja que es van poder acostar diferents actius de salut i socials perquè coneguin de primera mà el que s’està fent, quines persones ho estan fent, com ho estan vivint i captar l’essència de la comunitària. També crec que va ser una experiència enriquidora pels professionals; poder conèixer activitats realitzades en altres llocs et permet plantejar si podria ser factible implantar-les en el territori on es viu o es treballa. Per acabar també crec que va ser un bon espai de confluència per conèixer professionals i establir aliances i xarxa per poder treballar de forma conjunta en un futur.

La propera Jornada de Salut Comunitària, serà el proper abril de 2018 a Vilanova i la Geltrú i estarà relacionada amb la prescripció social. Us esperem a tots i totes!

Citació
Autor: Huguet Briva, Oriol
Títol article: Millorem la formació en salut comunitària
Revista: APSalut. Volum 5. Número 3. Article 91
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl205/apsalut/editorials/id96/millorem-la-formacio-en-salut-comunitaria.htm
Data: 3 de juliol de 2017

Salut Comunitària

Abordatge comunitari a Primària: un camí per la implicació des de la prescripció social

Olalla Montón Lozano, treballadora social sanitària EAP Dreta de l'Eixample-CAP Roger de Flor

A l'Atenció Primària de salut tenim un camí d'oportunitats per continuar sent potencial de canvi i més que mai tenim necessitat de respostes efectives i eficients a la nostra població tenint en compte els contextos de necessitats sociosanitàries actuals.

Tenim l'oportunitat d'establir vincles amb recursos socials i el teixit associatiu de la nostra comunitat, doncs l'envelliment progressiu de la població, la mobilitat, les noves teconlogies i les noves maneres d'emmalaltir precisen de serveis integrats (salut+social) per fer un abordatge comunitari.

Quan parlem d'abordatge comunitari implica intrínsecament pensar en tots aquells professionals i entitats que treballem amb i per la comunitat. En conjunt, la presència i el treball en xarxa és essencial per actuar amb un enfocament comunitari. L'èxit d'aquest abordatge està relacionat amb uns determinats que hem de tenir en compte:

- **La implicació i participació dels professionals i la comunitat**. Aquest binomi és el protagonista en tot procés comunitari doncs no és possible la promoció de la salut sense la participació comunitària.

En el cas dels professionals sanitaris és imprescindible que la nostra intervenció sigui a través de l'abordatge biopsicosocial i l'empoderament de les persones que atenem. Cal conèixer els seus desitjos i motivacions tenint en compte els determinants socials que en moltes ocasions estan presents al context de la persona i/o comunitat i repercuteixen en el seu estat de salut. La identificació d'aquests determinants ajudarà a la nostra intervenció qualitativament. S'ha demostrat que molts dels problemes de salut més rellevants estan subjectes a la influència d'aquests determinants i de les condicions de vida de les persones. La Comissió de Determinants Socials de la Salut de l'OMS (1) va assenyalar que els danys a la salut col·lectiva i la generació de desigualtats en salut són el producte de la combinació d'aquests determinants.

Quan parlem de la participació comunitària es defineix com un *procés d'intervenció de la població en la presa de decisions per satisfer les seves necessitats de salut, el control dels processos i l'assumpció de les seves responsabilitats i obligacions derivades d'aquesta facultat de decisió (2).* Per una implicació de la comunitat és essencial que aquesta sigui coneixedora dels recursos de què disposa a l'abast i disposi d'uns canals accessibles i visibles que ho facin possible, sempre sota la premissa de possibilitat de la presa de decisions i capacitat d'influència.

En aquest procés de presa de decisions les persones i grups adquireixen autonomia i capacitat per actuar i millorar la seva salut (empoderament). S'ha demostrat que la participació en activitats socials, la capacitat de control/domini sobre circumstàncies de la vida i xarxa de suport qualitativa han estat positius i relacionats amb una millora de l'estat de salut (reducció de la prescripció d'antidepressius en depressions lleus) i una reducció de la fragilitat.

- Tota atenció orientada amb i per la comunitat està emmarcat sota un **procés lent i continu**. Es tracta d'una intervenció que implica temps, voluntat i dedicació basada en establir aliances, estratègies de suport i treball compartit amb altres serveis, recursos (teixit associatiu) i professionals, fer visible el paper que juga l'atenció primària de salut i la resta de dispositius del territori. L'èxit de la nostra intervenció comunitària està relacionat amb la bona relació i suport entre tots els actius del territori. Hem de tenir en compte que el protagonisme el té la comunitat i l'equip d'atenció primària és un recurs més juntament amb la resta de dispositius existents al territori.
- És necessari l'existència de la **identificació d'actius a cada territori**, és a dir, la creació d'un mapeig de recursos de la comunitat, amb una adequada actualització d'aquests per disposar d'un inventari que ens ajudarà a poder prescriure actius.

Aquest mecanisme de prescripció d'actius des de l'Atenció Primària cap a recursos no sanitaris existents al nostre territori per atendre problemes socioeconòmics, psicològics i malestars emocionals diversos és la **Prescripció Social.**

La Prescripció Social és un mecanisme que ens ajuda a vehiculitzar a pacients des de l'Atenció Primària de salut cap a recursos no sanitaris existents al territori de proximitat. No és receptar al pacient i enviar "a la deriva" sinó acompanyar-lo en el seu procés. En resum la PS és una mesura no sanitària ni medicalitzadora que té com a base no substituir cap teràpia convencional sinó el recolzament de les persones comptant amb el poder salutogènic de les relacions socials.

Entenem poder salutogènic com la concepció sobre l'origen de la salut i no de la malaltia de les persones que atenem. Cal tenir en compte i comprendre a l'ésser humà com un ésser no només físic sinó també anímic i espiritual i plantejar-nos la reflexió sobre què fa que unes persones prosperin i altres emmalalteixin en situacions similars.

Una adequada intervenció de l'AP orientada a la prescripció social implica:

- Augment de la confiança del pacient.
- Millora dels símptomes.
- Millora de la qualitat de vida.
- Retardar la presència de deteriorament funcional o cognitiu.

S'ha d'evolucionar cap a un nou concepte de salut i atenció sanitària emmarcat en els valors d'autonomia personal, xarxes comunitàries, solidaritat, equitat i el reconeixement de la diversitat dels determinants de la salut, amb la voluntat de millorar l'educació per a la salut de la població, desmedicalitzar la societat i contribuir a la sostenibilitat econòmica del sistema de salut (3).

Per últim, m'agradaria finalitzar aquest text amb unes paraules de Rafa Cofiño*: **La prescripció social o la prescripció de recursos o activitats comunitàries no ha de ser un exercici vertical, impositiu, sinó una eina per enfortir a les persones i a la comunitat.***

(1) CSDH. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health.* Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Ginebra: World Health Organization, 2008.
(2) Definició de la Organització Panamericana de Salut (OPS)
(3) Pla d'Innovació. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Citació
Autora: Montón, Olalla
Títol article: Abordatge comunitari a Primària: un camí per la implicació des de la prescripció social
Revista: APSalut. Volum 5. Número 3. Article 92
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl214/apsalut/salut-comunitaria/id97/abordatge-comunitari-a-primaria-un-cami-per-la-implicacio-des-de-la-prescripcio-social.htm
Data: 5 de juliol de 2017

Salut Comunitària

Intervenció comunitària en un Economat Social

Oriol Huguet i Grup de Salut Comunitària CAPI Baix-a-Mar

Cada cop son més freqüents la creació als municipis de nous projectes destinats a la millora de recursos en l'àmbit social d'aquells col·lectius amb més risc d'exclusió social.

Un d'aquests recursos és l'economat o supermercat social. En aquests, els usuaris, normalment persones en risc d'exclusió social reben de forma fixa o mitjançant l'ús de xecs, tiquets o d'altres sistemes, menjar i/o altres productes de primera necessitat pel domicili.

Al municipi de Vilanova i la Geltrú, de 65.000 habitants es va implementar un d'aquests recursos anomenat "Economat Social".

Des dels serveis socials municipals es pot incloure als usuaris en risc d'exclusió social al programa de l'economat, donant un número determinats de tiquets en funció de diferents paràmetres. Els usuaris amb aquests tiquets poden retirar productes fixats amb un valor determinat deixant a la seva lliure elecció la compra com si es tractés d'un supermercat. Per un costat aquest model tracta d'equiparar l'economat a un supermercat convencional, encara que des del CAPI de Baix-a-Mar teníem dubtes sobre si per baremar els diferents productes alimentaris que es podien retirar de l'economat s'havia seguit algun criteri nutricional.

Aquesta part creiem que era important, ja que el recurs de l'economat és temporal, i posteriorment l'usuari haurà de tornar a fer la compra en un supermercat convencional. Això feia que si aquesta persona havia agafat l'hàbit de retirar de l'economat un producte d'un baix valor nutricional perquè costava pocs tiquets, podia fer que reproduís aquest patró

posteriorment en un supermercat convencional sense valorar altres alternatives més saludables i/o econòmiques.

Els factors que influeixen en l'elecció d'aliments estan condicionats per factors socials, culturals i econòmics[1]. Creiem que guiar als usuaris en el procés de selecció dels aliments pot contribuir en millorar la qualitat de la dieta[2]

El plantejament de la intervenció que ens plantejàvem, va fer que mantinguéssim uns sèrie de debats interessants en el grup de salut comunitària. Per un costat, quin era el límit de competències que tenia el CAPI de Baix-a-Mar per intervenir en un recurs social. L'altre aspecte era el de no "saluditzar" en excés un recurs que volia assemblar-se el màxim possible a un supermercat. Es va plantejar l'ús de mesures biomètriques dels pacients (pes, tensió arterial) o adaptar la compra a patologies concretes.

Totes aquestes propostes poc a poc van anar derivant en donar formació als voluntaris, estructurar compra d'estoc i etiquetar productes i plantejar-nos en un futur si fos necessari intervenir en el grup d'usuaris. Ho vam plantejar així per evitar precisament aquesta percepció "saludització" pels usuaris i també per la temporalitat d'aquest recurs, cosa que feia impossible formar als usuaris.

Amb tot el que hem exposat anteriorment, creiem que hem adaptat les possibilitats d'intervenció que pot realitzar el grup de salut comunitària del CAPI Baix-a-Mar a un recurs com l'economat social, evitant aquesta "saludització" que ja hem comentat.

Objectiu de la intervenció:

- Que els usuaris realitzin una compra el més saludable possible adaptant-nos a les característiques específiques de l'economat social.
- Que els usuaris puguin extrapolar els coneixements i patrons de compra apresos a un supermercat convencional.

Intervenció:

Hem dissenyat 3 fases, algunes d'elles amb alguna sub-fase amb objectius a assolir dins de cadascuna d'elles. Les vàrem desglossar de la següent forma:

Fase 1: FORMAR ALS VOLUNTARIS DE L'ECONOMAT SOCIAL I MODIFICAR COMPRES DE L'ESTOC

Objectiu específic d'aquesta fase: Millorar els coneixements en l'àmbit nutricional dels voluntaris de l'economat social.

Dividim la FASE 1 en dues subfases:

1A: FORMACIÓ DE VOLUNTARIS

1B: MODIFICAR COMPRES D'ESTOC DE L'ECONOMAT

FASE 1A: FORMACIÓ DE VOLUNTARIS

Com ho farem?

Crearem grups de 15 voluntaris. Hi haurà 2 formadors per grup.

Es realitzarà una part comú teòrica d'introducció a l'alimentació equilibrada basada en la piràmide nutricional dels aliments i la periodicitat de consum. Aquesta formació teòrica tindrà una durada adaptada a la necessitat dl grup, i consistirà en una exposició en PowerPoint. Considerem que la durada òptima de la part teòrica hauria de ser entre 15 i 30 minuts.

Posteriorment es dividirà el grup en 2 subgrups per realitzar una part pràctica que consistirà en roll-play de casos preparats que puguin ser habituals a l'economat.

Es farà una prova pilot amb un grup de voluntaris per avaluar aquesta formació i valorar si cal introduir modificacions en la part teòrica i/o pràctica. Un cop realitzada aquesta avaluació s'implementarà la fase de formació als voluntaris.

Realitzarem una avaluació d'aquesta intervenció mitjançant:

- Enquestes de coneixements dels voluntaris pre i post-formació.
- Avaluació de compres en productes concrets d'alt i baix valor nutricional per part dels usuaris abans de formació i en 3,6 i 12 mesos posteriors a la formació.
- Enquesta de satisfacció post-formació.

1B: MODIFICAR COMPRES D'ESTOC DE L'ECONOMAT

Un cop s'implementi la fase 1A treballarem en la fase 1B, ja que entenem que el fet de que els voluntaris ens puguin conèixer i puguin també avaluar la compra d'estoc que estaven fent fins aquell moment pot fer que esdevingui per si sola.

Fase 2: CONÈIXER ELS ALIMENTS D'ALT/BAIX VALOR NUTRICIONAL MITJANÇANT ICONOGRAFIA

Objectiu: Millorar el coneixement en l'àmbit de la nutrició dels usuaris de l'economat social de forma intuïtiva[3]

Fase 3: AVALUACIÓ DE LA INTERVENCIÓ I NECESSITAT D'AMPLIAR LA INTERVENCIÓ

Objectiu: Avaluar la intervenció realitzada i valorar altres mesures d'intervenció que s'adreçarien als usuaris de l'economat social.

La planificació d'actuació és la d'implementar cada fase de forma anual.

Actualment ens trobem entre la Fase 1A i la 1B.

Citació
Autors: Huguet, Oriol i Grup de Salut Comunitària CAPI Baix-a-Mar
Títol article: Intervenció comunitària en un Economat Social
Revista: APSalut. Volum 5. Número 3. Article 94
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl214/apsalut/salut-comunitaria/id99/intervencio-comunitaria-en-un-economat-social.htm
Data: 15 de juliol de 2017

Especial APSalut 2017

Entrevista a la Dra. Marta Coderch

Salut més enllà de la consulta

"La Salut Comunitària és completar i humanitzar encara més la nostra especialitat, posant el punt de mira fora de la consulta i optimitzant els recursos".

Marta Coderch Arís.
Especialista en Medicina Familiar i Comunitària a l'EAP Sardenya.
Referent de Salut Comunitària de l'EAP Sardenya.
Grup Fem Salut al Barri – UDACEBA.

Què és allò de la salut comunitària que més et fascina i que penses que és el millor revulsiu perquè qualsevol persona s'animi a fer-ne.

No vull començar massa intensa, però la resposta seria, la força de l'amor col·lectiu. Ajudar als altres, a través de compartir motivació, idees, entusiasme i mitjans, és ajudar-nos a nosaltres mateixos. En la majoria d'ocasions ens sentim millor donant que rebent. Cap èsser humà és una illa, tots, encara que sigui de forma remota, estem lligats els uns als altres. De vegades, quan ens unim i compartim amb altres persones, podem veure reconeguts alguns dels nostres patiments en els altres, podem conèixer els seus recursos per posar-hi remei, podem deixar de sentir-nos sols.

Em fascina el concepte de deixar en segon pla les causes de les malalties i que ocupi el primer la cerca de tot allò que ens genera salut. I la vivència de pertànyer (a un grup, a una comunitat, a un barri, etc), indiscutiblement genera benestar i per tant salut.

I professionalment, em resulta motivador comptar amb una metodologia de treball que implica la multiprofessionalitat i la comunicació, la sortida de la consulta i la interacció amb la resta de professionals (pediatria, infermeria, treball social, atenció a l'usuari, etc.) i fins i tot la sortida del centre de treball i poder establir llaços amb altres agents de salut del barri i de la ciutat.

Sempre ha existit la salut comunitària i el tenir cura de les persones que t'envolten. Per què pren tanta força en els darrers anys?

Crec que principalment té relació amb la germana silenciosa de la famosa "crisi", la crisi de valors. Molts, sense distingir entre professionals i usuaris sentim la necessitat de recuperar-ne alguns d'ells.

Moltes de les situacions generadores de malestar que abans es gestionaven i ressolien entre veïns, família, amics, etc, ara acaben a les nostres consultes, en forma de consulta mèdica, de problema social, etc. I això probablement, sumat a altres aspectes, està formant part de la claudicació de part del nostre sistema sanitari, en el cas que ens ocupa, de l'Atenció Primària.

És en aquest context que la Salut Comunitària esdevé com a porta de sortida si més no, part important d'ella.

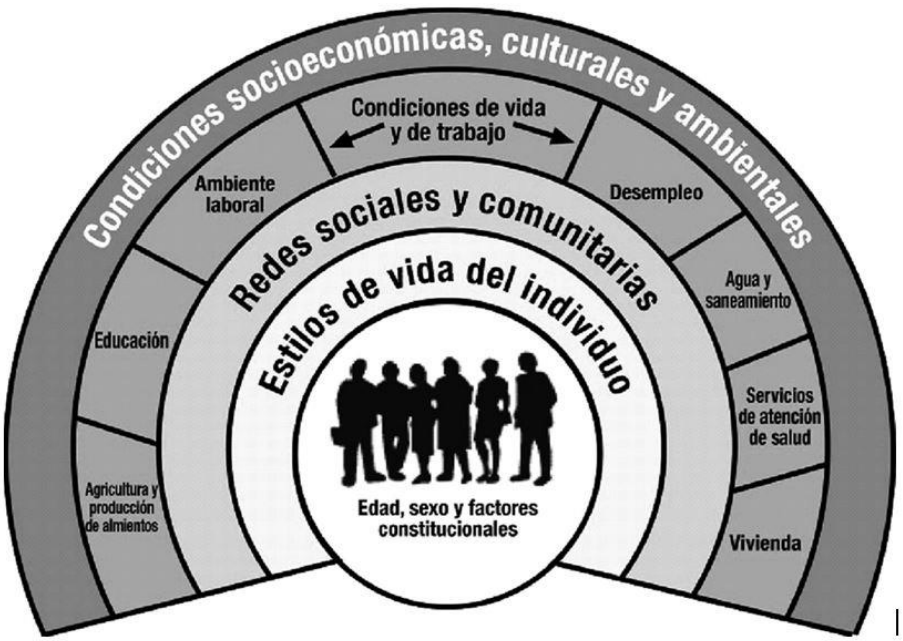
Necessitem noves maneres d'entendre l'èsser humà que ens consulta, nous punts de mira que ens permetin, sense deixar de banda la rigurositat científica de la nostra feina, apropar-nos més a la vessant humanística, social, antropològica, etc. de la persona, i el metge de familia i la resta de professionals de l'atenció primària, tenim una posició privilegiada per desenvolupar-ho.

Com a metge… Què és més fàcil, medicalitzar o receptar salut comunitària?

Depèn de la problemàtica que aporti la persona, depèn de la persona que consulta i evidentment també depèn del professional. Personalment, ja en un número significatiu d'ocasions m'està resultant més fàcil receptar salut comunitària. Un cop vaig començar, el reforç positiu del feed-back que em retornen les persones, ha fet que s'engegui una màquina difícil de frenar. De fet, potser la major dificultat que sento ara és el desig de poder disposar de molts més recusos comunitaris per receptar. I alhora, aquest és el repte!

Quin paper juga el metge en la salut comunitària?

Si ens fixem en el Model de determinants de la salut segons Dahlgren i Whitehead:



Veiem que des dels centres de salut ocupem un espai petit, al qual s'hi poden afegir factors polítics, així com les condicions socioeconòmiques, culturals i mediambientals, entre d'altres.

Quin és el nostre paper? Aprofitar aquest % de poder de modificació de l'expresió col·lectiva de salut i els seus determinants.

Com neix Fem Salut al Barri? D'on sorgeix la idea de crear aquest grup de treball?

Neix d'un dinar amb un company de feina, de reflexionar durant la sobretaula sobre un article del Rafa *Cofiño (Cofiño Fernández R,et al. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios?, Aten Primaria.2005;35(9):478-83)*, en el que parla de que l'especialitat de medicina familiar i comunitària manté, en masses ocasions i per diversos motius, una hipertròfia del seu nom (medicina) a costa d'una hipoatròfia del primer cognom (familiar) i una important atròfia del segon (comunitària).

La Unitat Docent UDACEBA, després de 10 anys de més que satisfactori recorregut, té l'empenta i la il·lusió per assumir el repte d'integrar la salut comunitària dins els seus objectius docents, afavorint la recerca i formació en aquest àmbit.

Quines són les principals necessitats que heu detectat al barri i quines accions feu al respecte.

Un dels primers projectes que vam realitzar als inicis del grup Fem Salut al Barri –UDACEBA amb l'objectiu de respondre just la qüestió plantejada va ser un estudi descriptiu multicèntric. Va ser presentat com a comunicació en el congrés del PACAP del 2016, amb el títol "Por dónde empezamos?". Vam participar 6 centres, recollint 700 enquestes que ens van aportar dades sociodemogràfiques, sobre l'accés de la població a internet i/o smartphone, autopercepció de salut, hàbits socioculturals, activitat física i coneixement sobre la Salut Comunitària. I aquesta informació recollida ha orientat en la planificació d'intervencions en l'àmbit als diferents grups de treball dels diferents centres participants.

Particularment en el barri on treballo, una de les principals necessitats detectades a través d'estudis recents realitzats en els que ha col·laborat l'Agència de Salut Pública de Barcelona (http://salutcomunitaria.com/mapes-de-salut/) és l'escassa activitat comunitària existent al barri, fet que hem confirmat en les diferents fases de mapeig que hem realitzat. I en aquesta línea van tots els nostres projectes. Estem desenvolupant diferents projectes i activitats que pretenen que tots, usuaris i professionals sentim i coneguem la "xarxa" i poc a poc anem aprenent a comptar amb ella. Estem obrint el centre a diferents institucions i professionals i establint aliances.

Com s'apodera al ciutadà de carrer de la pròpia salut? En quina fase estem de presa de consciència global en aquest àmbit?

Com en la resta, des de la necessitat, amb temps i ganes!

Amb moltes de les persones a les que visito, sobretot en els casos en els que el problema s'acompanya de certa cronicitat i de vàries visites que poden arribar a assemblar-se molt entre elles (lumbàlgies reaguditzades, diabètics mal controlats, la majoria de trastorns de l'estat d'ànim, etc.) arribem a un punt "sostre". Aquí sorgeix la necessitat. I amb temps i ganes hem d'ajudar, guiar i motivar a la persona a que pugui veure i sobretot tenir vivències del gran percentatge de millora que té a les seves mans, fet que implica prèviament haver d'assumir (ells i nosaltres) que el problema no es solucionarà amb una pastilla o amb una visita màgica d'un gran especialista.

No sé del tot en quina fase estem. En molts moments sóc optimista i crec que estem en un bon moment perquè som molts amb ganes de fer diferent, amb ganes d'eixamplar-nos. I veig al meu voltant dinàmiques socials molt interessants al respecte. Però malauradament per altra banda encara patim molta pressió silenciosa que ens allunya d'aquest empoderament.

Quin creus que és el futur de la salut comunitària? On arribarà i quins són els límits?

M'atreviria a dir que és el futur. Un futur en el que es distingeixi clarament quines necessitats es poden veure més afavorides d'una intervenció i atenció individual i quines pel contrari, obtindrien major benefici amb un abordatge comunitari. On la majoria d'intervencions en educació i promoció de la salut es realitzin a nivell grupal i poblacional, on el coneixement i recursos per fer front a moltes situacions es transmeti entre les persones (exemples serien el pacient expert, els grups de *whatsapp* que sorgeixen espontàniament en un grup de lactància, grups d'acompanyament al dol, etc.) i a la consulta tinguessin lloc les visites que precisen una atenció individual. Ho podria comparar amb molts circuits i rutes que s'estan realitzant entre especialistes de primària i hospitalaris, que vetllen perquè a les consultes hospitalàries només arribin els casos que realment les precisen i en poden obtenir un benefici raonable. No seria el primer cop que l'Atenció Primària es reinventa i reformula per adaptar-se als nous temps i necessitats.

Per suposat que un dels límits importants és la inversió de recursos, i així va quedar palès en el treball realitzat durant la I Jornada de Salut Comunitària d'UDACEBA el passat mes d'abril. Però el primer límit i el que tenim més a l'abast, és el límit mental de cada un de nosaltres.

Fora de la consulta, com practiques salut comunitària? Què fas?

Amb la resta del grup ens reunim cada 3 setmanes. Hem tingut entrevistes amb diferents agents i actius en salut del barri (el centre d'atenció i educació en sexualitat per a joves referent de Barcelona, l'equip d'atenció i informació a la dona de la nostra zona, amb vàries escoles del barri, amb farmacèutics comunitaris, etc.)

Vam iniciar una campanya a través de les xarxes socials, #salutactiva on a través de fotografies nostres fent algun hàbit saludable fora de la consulta llencem la pregunta "i tu com et cuides?" amb l'objectiu de fer un intercanvi de salut activa entre professionals i usuaris.

Estem desenvolupant vàries idees al voltant del mètode MBSR (reducció de l'estrés basat en mindfulness), una en el marc de l'autocura dels professionals que treballem al centre i una altra en l'àmbit de l'escola, amb una de les escoles de la nostra zona.

Així com enfortint la línea de prescripció d'activitat física i la prescripció social.

I la resta de temps, endinsant-nos en el camp de la Salut Comunitària i mirant d'impregnar i engrescar a la resta de companys del centre en l'assumpte, perquè "la cosa funciona quan és un sentiment d'equip", una frase escoltada en un congrés i esdevinguda objectiu.

Quina és la millor experiència que coneixes?

M'agraden vàries experiències, algunes d'elles presentades a la I Jornada de Salut Comunitària d'UDACEBA. Però potser em decanto per una que reuneix molts valors de la Salut Comunitària i que aconsegueix emocionar-me molt. Es tracta de Silencio Roto, de Balancin de Blancos (https://www.semfyc.es/elsilencio-roto/), un projecte d'intervenció en un grup d'homes en

situació d'atur. És preciós escoltar les seves reflexions i paraules al final, és esperançador sentir la força i empoderament generats i veure com s'organitzen per donar-li continuïtat en el temps.

Citació
Autora: Coderch Arís, Marta
Títol article: Salut més enllà de la consulta. Entrevista a Marta Coderch
Revista: APSalut. Volum 5. Número 3. Article 93
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl214/apsalut/salut-comunitaria/id100/salut-mes-enlla-de-la-consulta.htm
Data: 10 de juliol de 2017

Docència

Activitat Comunitària del Metge de Família i Comunitària a Uruguai

Sara Altamirano Panzardi i Paola Hernández Estala. Residents de Medicina Familiar i Comunitària de la Universitat de la República, Montevideo, Uruguai. Residents externes UDACEBA

Introducció

La medicina familiar i comunitària a Uruguai comença a desenvolupar-se des de la dècada del 70 amb experiències aïllades. A la dècada del 80, a tota Amèrica Llatina, amb l'impuls de l'OPS (Organització Panamericana de la Salut) es va implementar una experiència de Medicina Familiar orientada a resoldre l'emergència de les poblacions vulnerables. Aquest programa es va dur a terme únicament en el prestador públic MSP (Ministeri de Salut Pública) i principalment a Montevideo, els recursos humans van ser metges amb formació diversa en especialitats focals. La forma d'accedir a aquests càrrecs va ser la designació directa. Les tasques eren predominantment l'assistència de problemes de salut emergents, l'atenció de la demanda així com consultes programades en nens, embarassades i persones amb patologies cròniques no transmissibles.

L'any 1996 es va fer el primer cridat a residents i un any més tard van assumir els quatre primers, tots al prestador públic. En aquest moment no hi havia el postgrau aprovat a la Universitat de la

República (UdelaR), el qual va començar cinc anys després. Des de 1997 les places per a l'especialitat van augmentar de forma sostinguda arribant a estar entre les tres primeres especialitats amb més places per any, així com la incorporació progressiva de places en els prestadors privats. És a partir d'aquest moment que aquesta especialitat mèdica comença a tenir els seus propis espais d'acció dins el sistema de salut del nostre país. L'any 2008 es va dur a terme la reforma del Sistema de Salut de l'Uruguai, el qual prioritza l'atenció integral, la promoció de la salut i el reforçament del primer nivell d'atenció, de manera que es creen els càrrecs de Metge de Família i Comunitària dins de l'òrbita de ASSE (Administració dels Serveis de Salut de l'Estat) i d'alguns prestadors privats.

Aquests càrrecs de metge de família i comunitària tenen una distribució horària amb 2/3 d'hores assistencials i 1/3 d'hores comunitàries, amb 30 hores setmanals en total aproximadament. Aquestes hores anomenades comunitàries permeten al metge de família desenvolupar activitats a la seva zona d'intervenció territorial, com la promoció de la salut, articulació amb altres sectors, participació de xarxes de salut, visites domiciliàries, acordades i prioritzades en conjunt amb referents comunitaris així com amb altres integrants de l'equip de salut.

Treball intersectorial

S'entén com intersectorialitat la coordinació de diferents institucions estatals i civils per a la prevenció, diagnòstic i tractament de diferents problemes de salut, que té com a objectiu aportar diferents mirades a un mateix problema, sumar esforços i evitar superposicions. Citarem a continuació alguns exemples d'aquest treball.

"**Nodes de família**". Es tracta de reunions mensuals per abordar famílies problemàtiques, com poden ser en alt risc socioeconòmic, maltractament infantil, violència domèstica, discapacitat, etc. Hi participen institucions de la zona com són mestres, mestres comunitaris, directors de les escoles, treballadors socials de ETAF (Equips Territorials d'Atenció Familiar que depenen del Ministeri de Desenvolupament Social), metge de família i infermera de la policlínica zonal, educadors, psicòlegs i treballadors socials de CAIF (Centres d'Atenció a la Infància i la Família: que són una aliança entre l'Estat, Organitzacions de la Societat Civil, i Intendències Municipals), operadors socials del SOCAT (Servei d'Orientació, Consulta i Articulació Territorial dependent del Ministeri de Desenvolupament Social) i psicòlegs i treballadors socials de INAU (Institut del Nen i Adolescent de l'Uruguai).

"**Xarxa de Salut**". Consisteix a maximitzar l'aprofitament de les fortaleses de cada efecte de salut integrant, intercanviant i complementant serveis. Té com a objectiu treballar en forma articulada, institucionalment, implementant activitats de promoció i prevenció de la salut als llocs on les persones viuen, treballen i estudien.

Com a exemple citem la "Xarxa de Salut del Municipi G" de Montevideo, Uruguai. Es troba integrada per representants de les àrees socials dels Centres Comunals zonals (CCZ) número 12 i 13, dins de l'àrea salut assisteixen metges de família i auxiliars i llicenciats en infermeria d'institucions públiques i privades, regidors veïnals, agents comunitaris i veïns del municipi. Altres exemples de treball en xarxa també són la Xarxa de Primera Infància i la Xarxa d'Adolescència.

Educació per a la salut

L'educació per la salut és una part de l'estratègia de promoció de salut basada en el foment d'estils de vida saludables, que es representen en la conducta dels individus en la utilització de conceptes i procediments saludables i hàbits, valors i normes de vida que generin actituds favorables per a la salut (OMS).

Des de la nostra zona d'intervenció territorial com a residents de medicina familiar i comunitària vam participar de les següents activitats específiques, de les quals citarem algunes a tall d'exemple.

Tallers de sexualitat: A càrrec d'una metgessa i una resident de família i comunitària, i infermera de la Policlínica 25 de agost del Barri Pororó de Montevideo, per als nens de sisè any de l'Escola Núm.158 de la ciutat de Montevideo. Consta d'un cicle de cinc tallers que es desenvolupen anualment on s'aborden conceptes com adolescència, pubertat, canvis físics, psicològics i socials, mètodes anticonceptius, malalties de transmissió sexual i diversitat de gènere. Es realitza en modalitat taller prioritzant les estratègies participatives.

Altres tallers que es realitzen són: Taller sobre malalties prevalents de la infància per a pares de nens que concorren a CAIF, taller per a embarassades que es assisteixen a la policlínica, taller sobre bullying a l'escola, etc. Aquests tallers sorgeixen de les necessitats plantejades per les institucions.

Curs d'Agents Comunitaris: Sorgeix des de la Xarxa de Salut del Municipi G amb la direcció d'un equip multidisciplinari integrat per membres de la mateixa xarxa (una treballadora social, una mestra, una auxiliar d'infermeria, una metgessa i quatre residents de medicina familiar i comunitària). Es realitza cada dos anys canviant la seu on es fa en cada edició, tot i que sempre dins del territori del Municipi, per tal d'augmentar l'accessibilitat a aquest. Té una durada de tres mesos amb una freqüència setmanal i cada sessió dura tres hores. La modalitat utilitzada és tipus taller amb tècniques participatives. L'objectiu és formar agents comunitaris en el Municipi per contribuir a la formació de recursos humans capaços de vincular-se amb els veïns i les institucions locals de manera proactiva. Es treballen diferents temàtiques, com són: El paper de l'agent comunitari, els conceptes de comunitat i de salut, comunicació, etapes del cicle vital individual, sistema de salut del país, sexualitat i gènere, consums, violència, minories vulnerables i xarxes. A Uruguai els agents comunitaris no són reconeguts pel sistema de salut, el seu treball no és reconegut ni remunerat.

Hi ha excel·lents experiències d'implicació i participació en el procés d'atenció dels agents comunitaris que han estat capacitats i entrenats, però són experiències informals i aïllades.

Fira de Salut i Fira de Salut Cardiovascular: Són dues activitats que es realitzen de forma anual des de la Xarxa de Salut del Municipi G, amb rotació de la seu, que sol ser un espai públic que varia entre l'àrea del Centre Comunal Zonal 12 i 13. La primera és una activitat pròpia de la Xarxa i la segona s'emmarca en la celebració anual de la setmana del cor a casa nostra. Hi participen els diferents integrants de la Xarxa, cadascun plantejant una activitat particular però sota un lema comú que cada any es tria per a la jornada, realitzant activitats participatives de promoció de la salut en diferents estands i material promocional, durant un dia, on participen els veïns de la zona. A destacar que en l'any 2016 el "Premi Comissió Honoraria per a la Salut Cardiovascular" es va otorgar a la Xarxa de Salut del Municipi G per la realització de la Fira de Salut Cardiovascular 2016.

Dia del Nadó: És una activitat anual que es realitza des de la Xarxa de Primera Infància i on participen cada un dels seus membres integrants amb diferents propostes de promoció de la salut per a nens de zero a tres anys, sota una consigna anual comú i on assisteixen els diferents centres educatius, així com també famílies amb els seus fills que viuen allà. Cal esmentar que el 2016 aquesta activitat va ser declarada d'interès municipal per l'intendent de la ciutat de Montevideo.

Pàgines web d'interès

http://www.inau.gub.uy/index.php/ninerz/item/1831-programa-cercanias

http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/14069/2/innova.front/socat

http://www.inau.gub.uy

http://municipiog.montevideo.gub.uy/

http://www.semanadelcorazon.com.uy/2015/actividad/red-de-salud-del-municipio-g

Citació
Autores: Altamirano Panzardi, Sara i Hernández Estala, Paola.
Títol article: Activitat Comunitària del Metge de Família i Comunitària a Uruguai
Revista: APSalut. Volum 5. Número 3. Article 95
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl209/apsalut/articles-de-docencia/id101/activitat-comunitaria-del-metge-de-familia-i-comunitat-a-uruguai.htm
Data: 20 de juliol de 2017

'Petanca autogestionada': la imatge d'una experiència de Comunitària

Núria Nadal Olivé. Resident EAP Dreta de l'Eixample-CAP Roger de Flor

La vida atapeïda del resident sovint no deixa lloc a la **comunitària**, aquell cognom oblidat al que costa donar-li un significat entre tanta medicina familiar.

Però els que tenim la sort de formar part d'una unitat docent com UDACEBA, que aposta per superar-se dia a dia en la formació dels seus residents, se'ns va encarregar una feina que semblava molt senzilla: plasmar la comunitària en una imatge.

Durant vàries setmanes vaig estar observant al meu entorn i no feia més que veure medicina familiar, infermeria familiar, treball social, pacients, personal administratiu... tothom fent la seva feina i interpretant el seu paper, però no vaig veure res fora de l'habitual en un Centre d'Atenció Primària.

Va arribar el dia en què vaig sortir a fer un domicili i ja de tornada, baixant pel passeig de Sant Joan, vaig aixecar la vista i ho vaig tenir clar: la comunitària estava allà. Hi havia grups de gent gran asseguts al banc comentant la notícia del dia, cuidadors supervisant algun avi amb el seu caminador fent el passeig d'aquell matí, nens jugant al parc abans d'entrar a l'escola... i una mica més avall, a mà esquerra, em va cridar l'atenció un grup de gent que mirava cap un mateix lloc: una partida de petanca. Em vaig unir a ells per observar allò que semblava tant interessant i em va sorprendre el nivell d'organització: una persona s'encarregava de gestionar les partides, un parell de dones supervisaven els penjadors on tothom havia deixat les seves pertinences, hi havia com 4 o 5 partides simultànies i un grupet d'experts comentaven els resultats des del lloc més alt.

Veig treure el mòbil de la butxaca i vaig fer una fotografia: això sí que és comunitària.

Citació
Autora: Nadal Olivé, Núria
Títol article: Petanca autogestionada: la imatge d'una experiència de Comunitària
Revista: APSalut. Volum 5. Número 3. Article 96
ISSN 2385-4901
http://www.udaceba.cat/ca/pl214/apsalut/salut-comunitaria/id98/petanca-autogestionada.htm
Data: 22 de juliol de 2017

Seu central
UDACEBA, S.L.
Sardenya 466 - 08025 Barcelona

www.udaceba.cat
Twitter: @udaceba
YouTube UDACEBA