

ESCOLA UNIVERSITÀRIA D'INFERMERIA SANTA MADRONA
de la Fundació "la Caixa"

VALORACIÓ DE LA SATISFACCIÓ DELS PARTICIPANTS
EN EL PROGRAMA SALUT I ESCOLA DE DOS INSTITUTS
D'ENSENYAMENT SECUNDARI DE GRANOLLERS

AUTORS: Montserrat Molas Puigvila
Mari Luz Talavera Pérez
Gemma Llorens Vázquez
Clàudia Cardoner Bastardes

Treball presentat al curs per l'obtenció del Màster
d'Administració i Gestió de cures d'infermeria.
17a edició, curs 2005-2007.

Treball dirigit pel professor: Esteve Pont

Comissió Avaluadora:

Montserrat Teixidor	Presidenta
Esteve Pont	Secretari
Concepció Ferrer	Vocal
Marisol Rodríguez	Vocal
José Tejada	Vocal

Presentat a data: 2 d'octubre de 2007

Acceptat a data:

Queda prohibida qualsevol reproducció total o parcial d'aquest treball sense l'autorització expressa per part dels autors.

ÍNDEX

1	INTRODUCCIÓ GENERAL.....	4
1.1	JUSTIFICACIÓ	4
1.2	OBJECTIUS.....	6
2	PROMOCIÓ, PREVENCIÓ DE LA SALUT, ATENCIÓ PRIMÀRIA	8
2.1	L'EVIDÈNCIA DE L'EFICÀCIA DE LA PROMOCIÓ DE LA SALUT	10
3	SALUT I ADOLESCÈNCIA.....	32
3.1	PLA DE SALUT I LLIBRE BLANC	32
3.1.1	<i>Llibre Blanc:</i>	34
3.1.2	<i>Pla de Salut:</i>	49
3.2	EL PROGRAMA "SALUT I ESCOLA.....	66
4	L'AVALUACIÓ DE PROGRAMES.....	69
4.1	AVALUACIÓ DE PROGRAMES, EL PROCÉS D'AVALUACIÓ	69
4.2	L'AVALUACIÓ DE PROCÉS. MODELS D'AVALUACIÓ.....	70
4.3	L'AVALUACIÓ DE SATISFACCIÓ	71
4.3.1	<i>Servei infermer:</i>	73
4.3.2	<i>Qualitat assistencial</i>	74
4.3.3	<i>Satisfacció de l'usuari</i>	75
5	DISSENY DE L'ESTUDI.....	78
5.1	OBJECTIU	78
5.2	METODOLOGIA	78
5.3	POBLACIÓ I MOSTRA.....	79
5.3.1	<i>Escola A:</i>	81
5.3.2	<i>Institut d'Estudis Secundaris B:</i>	82
6	RESULTATS.....	84
6.1	INTRODUCCIÓ GENERAL	84
6.2	CARACTERITZACIÓ DE LA MOSTRA DELS ALUMNES	85
6.2.1	<i>Informació del PSiE:</i>	87
6.2.2	<i>Accessibilitat</i>	90
6.2.3	<i>Assistència a la consulta d'infermeria</i>	91
6.2.4	<i>Satisfacció de l'atenció rebuda:</i>	94
6.2.5	<i>Comparació per gèneres:</i>	97
6.2.6	<i>Comparació entre centres: Escola A i Escola B</i>	98
6.2.7	<i>Comparació entre cursos</i>	104
6.2.8	<i>Relació entre la informació rebuda i la pregunta "has anat a la consulta?"</i>	105
6.2.9	<i>Relació entre la informació rebuda i la satisfacció a la consulta</i> ..	108
6.3	CARACTERITZACIÓ DE LA MOSTRA DE PROFESSORS I RESULTATS	109
6.4	RESULTATS DE LES INFERMERES	116
7	CONCLUSIONS.....	121
7.1	- ALUMNES:	121
7.2	INFERMERES:	123
7.3	PROFESSORS - TUTORS:.....	125
8	PROPOSTES DE MILLORA.....	127
8.1	- ALUMNES:	127
8.2	INFERMERES:	128
8.3	PROFESSORS:.....	128
8.4	PROGRAMA SALUT I ESCOLA:.....	129
	BIBLIOGRAFIA	131

1 INTRODUCCIÓ GENERAL

1.1 Justificació

L'adolescència és una etapa de canvis on es consoliden els valors, les actituds i els estils de vida, tots ells molt importants per a la salut actual i futura. També cal tenir en compte que la població adolescent és especialment vulnerable a condicionants externs de la nostra societat com les perspectives laborals, competitivitat, individualisme, violència televisiva, publicitat, consum, culte al cos, nous patrons d'oci... Aquesta és una etapa complexa on el fracàs escolar està directament relacionat amb alteracions de la conducta i el comportament.

Els últims indicadors de salut ens avisen de l'inici, cada cop més precoç en els adolescents, del consum de drogues, de l'increment dels embarassos no desitjats, de malalties de transmissió sexual, de l'alta prevalença d'alteracions alimentàries, com anorèxia, bulímia, obesitat i de problemes de salut mental. Aquests problemes són d'etiologia multifactorial i, per tant, precisen d'una intervenció coordinada de professionals de diferents àmbits.

Segons el Programa Salut i Escola, els adolescents, en canvi, segueixen presentant una baixa freqüentació dels serveis sanitaris i això provoca un seguiment irregular dels problemes

de salut i un abordatge poc estructurat. Els motius d'aquesta baixa freqüentació són diversos: presència majoritària de malaltia aguda i poc greu; escassa sensibilització sobre salut i malaltia i baixa consciència del risc i la prevenció; problemes d'accessibilitat als serveis; dependència i problemes de relació i comunicació amb els pares; i que alguns problemes de salut amb alta prevalença entre els joves (hàbits tòxics, conductes sexuals de risc, trastorns mentals) requereixen un entorn de confidencialitat.

En aquest context, s'inicia el Programa Salut i Escola (PSiE) l'any 2004. Des de l'inici del Programa, el paper d'infermeria ha estat clau ja que ha estat la persona de referència de l'àmbit sanitari dins els Instituts d'Educació Secundària.

La **satisfacció** dels participants en el PSiE es considera un indicador de qualitat molt important i és clau per aconseguir els efectes desitjats del PSiE, en definitiva, per aconseguir els objectius pels quals es va dissenyar.

Esbrinar el grau de satisfacció dels participants en un programa de salut és un dels instruments més generalment usats per la valoració i gestió del funcionament dels serveis sanitaris.

Aquesta ha estat la idea que ens ha portat a realitzar aquesta investigació.

1.2 Objectius

Dins del marc que presenta el Pla de Salut 2002-2005, l'any 2004 es presenta el Programa Salut i Escola, la població diana del qual són els nois i noies de 3r i 4t curs d'ESO dels centres públics i concertats de Catalunya ($\cong$ 125.000 alumnes a Catalunya).

Els objectius del PSiE són:

1. Millorar la coordinació entre l'escola i els serveis de salut per tal de donar resposta a les necessitats dels adolescents.
2. Apropar els serveis de salut als centres docents i als adolescents, per facilitar:
 - la promoció d'actituds i hàbits saludables (factors protectors)
 - reduir els comportaments que poden afectar negativament a la salut (factors de risc)
 - detecció precoç dels problemes de salut, a fi d'intervenir-hi el més aviat possible
3. Elaborar un mapa territorial conjunt de serveis sanitaris i educatius, amb l'objectiu de donar una resposta territorial integrada.

Per altra banda, el que es pretén amb el present estudi és fer una part de l'avaluació d'aquest programa:

Objectiu general:

- Conèixer el grau de satisfacció d'algunes de les persones implicades en el PSiE.

Objectius secundaris:

- Valorar els punts forts i punts dèbils del PSiE
- Aproximar-nos a l'impacte del programa
- Fer propostes de millora en la coordinació entre l'escola i els serveis de salut per tal de donar resposta a les necessitats dels adolescents.

2 PROMOCIÓ, PREVENCIÓ DE LA SALUT, ATENCIÓ PRIMÀRIA

La promoció de salut es defineix l'any 1986 a la "Carta d'Ottawa per la Promoció de la Salut" com "El procés que permet a les persones incrementar el seu control sobre els determinants de la salut i, en conseqüència, millorar-la". Determinants de salut són el conjunt de factor personals, socials, econòmics i ambientals que condicionen l'estat de salut dels individus o poblacions.

La Promoció de la Salut va més enllà de la transmissió de continguts i incorpora els objectius d'enfortir habilitats i capacitats dels individus i de modificar les condicions socials, ambientals i econòmiques per tal de reduir l'impacte negatiu sobre la salut individual i de la comunitat. La clau és la participació de la persona a la presa de decisions respecte el seu procés de salut i una eina per aconseguir-ho és l'Educació per la Salut: processos i experiències que pretenen influir positivament en la salut., facilitant els canvis de comportament cap a conductes saludables i eliminar factors de risc.

La prevenció de salut és qualsevol intervenció dirigida a reduir la probabilitat que una malaltia o trastorn afecti un individu o que interrompi o alenteixi el seu progrés. Segons a quin nivell s'actui, la prevenció pot ser primària: dirigida als individus

sans per tal de prevenir l'inici d'un determinat trastorn (per ex. vacunacions). Prevenció secundària: dirigida a identificar i tractar les persones asimptomàtiques que ja han desenvolupat una malaltia preclínica (per ex. cribatge de càncer de mama). I prevenció terciària, que és part del tractament d'una persona amb una malaltia clínica (per ex. reducció del colesterol a una persona amb antecedents d'infart agut de miocardi).

La diferència entre totes dues és que la prevenció es dirigeix a les persones que estan en risc d'emmalaltir (probabilitat) i la promoció es dirigeix a la població en general.

Cal dir també que la bibliografia està d'acord en dir que l'atenció primària és el nivell assistencial millor ubicat per assumir la major part de les activitats preventives. Per una banda, es tracta del nivell assistencial més accessible. A Espanya l'assistència és universal i gratuïta, i pràcticament tota la població té assignat un metge de família i una infermera, que són la seva porta d'entrada al sistema sanitari. S'ha calculat que el 95% de la població consulta almenys una vegada cada cinc anys els serveis d'atenció primària. Aquestes visites són ideals per aprofitar-les i proporcionar atenció preventiva.

A més, els professionals sanitaris d'aquest nivell coneixen les característiques demogràfiques i socials de la població assignada i això facilita el procés de priorització d'activitats preventives.

Els professionals d'atenció primària poden tenir una important influència sobre els seus pacients en matèria d'estils de vida i

hàbits saludables. Els consells sobre aquests temes es poden donar en un context de salut o de malaltia i tenen l'avantatge de ser personalitzats, el que fa que augmenti la seva efectivitat.

Per altra banda, en aquest nivell assistencial s'atenen les malalties en els seus inicis i, per tant, quan són més susceptibles de curació. A més, el mateix equip que detecta les malalties o factors de risc és l'encarregat de tractar-los i controlar-los.

Finalment, cap altre nivell assistencial pot valorar millor l'estat de salut de l'individu en la seva globalitat, de manera que es puguin decidir les mesures prioritàries per cada moment.

2.1 L'evidència de l'eficàcia de la Promoció de la Salut

L'any 1999 (versió original ECSC-EC-EAEC. Brussel·les-Luxemburg, 1999) es fa l'informe "l'Evidència de l'eficàcia de la Promoció de la Salut", un informe de la Unió Internacional de Promoció de la Salut i Educació per la Salut per la Comissió Europea.

Després de 20 anys d'activitat professional en el camp de la promoció de la salut, i d'evolució de la seva acceptació internacional i infraestructura de suport, aquest informe tracta de reunir l'evidència de la seva eficàcia, i de formular el seu significat de cara a la superació dels desafiaments per a la salut d'Europa. Engloba l'evidència dels impactes sanitaris, socials i econòmics i polítics de la promoció de la salut i adjunta recomanacions per l'acció.

Després d'aquests 20 anys, s'ofereix un conjunt d'evidències d'ampli abast que dona suport a l'argument que la promoció de la salut és eficaç i ha de tenir el seu lloc confirmat com un aspecte integral de la varietat de polítiques de salut pública. Segons això, doncs, la resposta política racional ha de consistir a dedicar recursos financers i humans adequats a la promoció de la salut i als processos de prevenció de la malaltia.

Què s'entén per Eficàcia?

La carta d'Ottawa defineix la promoció de la salut de la manera següent: "El procés que permet que les persones exerceixin control sobre els determinants de la salut, millorant així la seva salut".

La promoció de la salut es descriu com un procés, l'objecte del qual consisteix a enfortir les habilitats i capacitats de la persona per a emprendre una acció, i la capacitat dels grups o les comunitats per a actuar col·lectivament amb la finalitat d'exercir control sobre els determinants de la salut.

Segons això, una promoció de la salut eficaç condueix a canvis en els determinants de la salut. Aquests determinants de la salut inclouen aquells que estan sota el control de l'individu, com les conductes individuals orientades a la salut i l'ús dels serveis sanitaris i altres que estan fora del control de la persona i inclouen les condicions socials, econòmiques i de l'entorn, així com la prestació de serveis sanitaris. Tenim llavors que les accions que donen suport a les persones perquè adoptin i mantinguin estils de vida saludables, i que afavoreixen les condicions de vida (entorns) que donen suport

a la salut, constitueixen elements clau d'una promoció de la salut eficaç.

En conseqüència, a l'establir l'evidència 'de l'eficàcia de la promoció', existeix actualment un ampli espectre de mètodes i mesures que s'utilitzen en l'avaluació. Aquesta variació reflecteix no solament les diferents perspectives de la qüestió esmentada, sinó també les importants diferències d'estructura i punt de partida de les intervencions. Per exemple, per a valorar l'eficàcia de l'assessorament que un metge imparteix a un pacient artrític, es necessiten mètodes i mesures diferents dels que es farien servir per a valorar els efectes d'una campanya mediàtica destinada a promoure la immunització. Els mètodes i mesures d'intervenció seran també diferents quan es realitza una avaluació d'un programa multidimensional destinat a promoure la salut en un escenari específic, com un centre d'ensenyament o un lloc de treball; i diferents també quan s'avalua un programa dirigit a millorar la salut d'un grup ètnic minoritari en una població.

En primer lloc, existeix la necessitat de saber que la promoció de la salut fa un ús raonable, segur i eficient dels recursos públics. En segon lloc, existeix la necessitat de saber que la promoció de la salut genera una salut millor per a les persones i una millor qualitat de vida.

La mesura de l'eficàcia de la promoció de la salut no és una activitat que s'assembli a la presa de la temperatura d'un pacient. La medició de l'eficàcia de la promoció de la salut s'assembla més a esperar que els cultius de primavera creixin després de preparar la terra a la tardor i l'hivern. Sempre ha de transcórrer un temps abans que els efectes d'un entramat

d'estratègies i processos de promoció de la salut coherents i relacionats comencin a mostrar resultats que es puguin amidar.

Don Nutbeam, Professor de Salut Pública de la Universitat de Sidney, i autoritat internacional en el camp de l'eficàcia de la promoció de la salut, insta a les audiències polítiques i expertes que llegeixin aquest llibre i vegin més enllà dels assajos clínics aleatoris. "A curt termini, el resultat reeixit de la cirurgia de bypass coronari és diferent al resultat que es pot esperar de la aplicació d'un programa educatiu destinat a ajudar a una persona a millorar el seu coneixement i habilitats per a adoptar un estil de vida saludable. A llarg termini, ambdós tenen per objecte reduir l'impacte de la malaltia cardíaca coronària", diu. Per això, part del que presenta El Llibre d'Evidència pot no semblar-nos tan "pur" com els hi agradaria a alguns científics, ni tan "científic" com els hi agradaria a alguns puristes.

En un moment en el qual els pressupostos d'atenció sanitària són sotmesos a un meticulós examen, i en el qual s'estan buscant mitjans políticament acceptables que permetin reduir els percentatges pressupostaris dedicats a l'atenció sanitària, es necessiten arguments sòlids que justifiquin l'assignació d'una quantitat major de recursos a la promoció de la salut. A grans trets, els protagonistes (inclosos alguns en la comunitat mèdica) defensen que 100 Euros invertits en nous medicaments produiran un major impacte polític i sanitari que una quantitat similar invertida en assessorament dietètic a la tercera edat, i serà realment fàcil arribar a un compromís polític (forçat per la pressió electoral) donant suport a aquest plantejament. Això explica que aquest informe no plantegi

demandes extravagants de nous recursos. No obstant això, demana una comprensió molt més bona, i una visió més àmplia dels impactes que exerceix en les persones i en els seus entorns, l'entramat d'activitats interrelacionades de la promoció de la salut. Aquesta comprensió vindrà acompanyada d'una apreciació de com, en termes sanitaris, la promoció de la salut pot amb freqüència inclinar la balança cap a l'assoliment tant d'una millor qualitat de vida, com d'una disponibilitat de recursos humans més saludables i productius, que potenciïn el benestar de la societat i desenvolupin un paper social i polític decisiu en la eliminació de les desigualtats de la societat.

La salut és un dret humà fonamental. La promoció de la salut no és llavors la resposta a les peticions de retallades pressupostàries. Els diners que es gasten per aquest concepte recorren un llarg camí durant molt temps. És una despesa de baix risc i uns diners ben emprats.

Els impactes sanitaris

1- Europa s'enfronta a desafiaments sanitaris mai vistos des de la Segona Guerra Mundial. L'èmfasi que es necessita per a superar aquests desafiaments s'ha de posar en la salut, i no en la malaltia. Es necessiten serveis sanitaris eficaços, no solament serveis de reparació.

2- L'evidència demostra que la promoció de la salut constitueix un element essencial de la prestació de serveis sanitaris. Una sòlida experiència, suportada per un ferm marc de suport a tots els nivells, permet que la promoció de la salut ofereixi resultats que es poden medir.

3- El debat reconeix, fonamentalment, que la promoció de la salut és clínicament segura i èticament no perjudicial. Es reconeix, així mateix, que la promoció de la salut eficaç actua sobre els determinants de la salut, és a dir, sobre les causes, i no solament sobre els efectes. Es tracta d'un entramat d'accions i reaccions, però totes orientades a oferir una qualitat de vida millor, i a sostenir el benestar de les persones com membres productius i contributius de la societat. Les persones tenen la responsabilitat de triar millors opcions de salut, però la societat té la responsabilitat d'ajudar-les a fer-lo proporcionant-los recursos adequats, oportuns i ben orientats per mitjà d'una promoció de la salut ben finançada.

9- Hi ha evidència creixent en tot el món, i aquesta evidència segueix creixent, de la necessitat que la promoció de la salut desenvolupi un paper cada vegada més important en el conjunt de polítiques de salut pública. Els promotors de la salut van ser vehements a l'hora de subratllar que no era necessari demanar massa: l'estratègia de promoció de la salut no és la única resposta a les qüestions prioritàries. No obstant això, després de 20 anys d'experiència, mereix una prioritat major que aquella que els governs i els responsables de la presa de decisions li concedeixen actualment.

Temes

Es va demanar a l'equip d'investigació que estudiés els desafiaments polítics importants de la Nova Europa: l'envelliment, la salut mental, i el desafiament de plantar cara a les necessitats dels grups situats fora del sistema, com la joventut fora de l'àmbit escolar. Es demana també a uns altres que estudiïn temes de salut importants, com la salut cardíaca i l'impacte del tabac, l'alcohol i la drogoaddicció.

S'investiguen les àrees on la promoció de la salut ha adquirit considerable notorietat pública, com la nutrició i els temes de seguretat. S'examinen dos escenaris clau on l'activitat de promoció de la salut exerceix un impacte social i econòmic especialment important: el lloc de treball i els centres educatius. Se sol·licita un historial de la salut oral, qüestió sovint ignorada a molts països, però on s'han obtingut grans millores sanitàries. I es va preguntar per la promoció de la salut en el propi sector d'atenció sanitària: Quin paper poden tenir els metges, les infermeres i altres professionals del sector sanitari en la promoció d'una salut millor? Per a acabar, també es fa un cop d'ull a la debatuda qüestió de l'equitat.

Aquí hem inclòs tant sols els que tenen relació amb el Programa Salut i Escola.

Desafiament polític 2: Eliminant les ombres de la malaltia mental

1- La malaltia mental és un dels problemes més greus que afronten les societats de tota Europa. Moltes de les més importants causes de morbiditat a Europa, i en el món, s'associen a una precària salut mental. Aquesta abasta des de formes lleus de depressió fins a desordres psiquiàtrics complexos. L'evidència demostra que entre el 15% i el 20% dels adults sofreixen alguna forma de desordre mental. Entre el 17% i el 22% dels adolescents menors de 18 anys pateixen problemes de desenvolupament, emocionals i de conducta, i menys d'un de cada cinc d'aquests joves reben actualment tractament adequat.

2- Les conseqüències d'una precària salut mental es poden veure en l'abús de l'alcohol i les drogues, la violència interpersonal i les autolesions, inclòs el suïcidi. Les ombres que la salut mental i les seves conseqüències projecten sobre la societat s'entenen i reconeixen millor ara. La gestió d'aquesta qüestió farà necessària una millora en la detecció i el tractament dels problemes més greus, però la promoció de la salut mental ha demostrat que pot tenir un paper important en la reducció dels costos personals, socials i econòmics de la mala salut mental. La salut mental hauria de rebre més ajuda per poder desenvolupar aquest paper més àmpliament.

3- Hi ha evidència considerable que demostra que les estratègies de promoció de la salut mental han reduït la depressió, les taxes de suïcidis i els problemes de conducta. Les intervencions dirigides a ajudar a la família s'han traduït en un número menor d'agressions domèstiques i problemes d'aprenentatge dels nens petits i, en general, en entorns més positius on créixer i assumir una ciutadania activa i responsable. Existeix evidència que han tingut lloc reduccions considerables tant de l'abús de menors (de fins al 50%), com del número de casos inscrits per a la protecció de menors (41%). Altres programes de promoció de la salut mental han demostrat que existeixen també beneficis socials i sanitaris complementaris, inclosos descensos dels embarassos entre les adolescents, del contagi del VIH i la SIDA i d'altres malalties de transmissió sexual (MTS). També s'han registrat impactes clínics. Els projectes prenatals han tingut com a resultat reduccions de fins al 75% dels parts prematurs, i disminucions del número de nens nascuts amb poc pes i de nens nascuts amb lesions cerebrals.

5- El suïcidi és un resultat corrent de la malaltia mental. Constitueix una font de desesperació per a les famílies, els companys i els col·legues del suïcida, i un desaprofitament tràgic de potencial humà. Les estratègies de promoció de la salut han resultat ser eficaces. El Programa Educatiu Suec (Swedish Educational Programme) (els països nòrdics exhibeixen un rècord bastant positiu i progressiu de promoció de la salut encertada en moltes àrees) va reduir les taxes de suïcidi de 19,7 casos per 100.000 habitants, a 7,1 casos en tres anys. Un efecte secundari econòmic important resideix que aquest programa va reduir el número de dies d'hospitalització destinats a tractar als suïcides en un 70%, mentre que altres programes han reduït la quantitat de tranquil·litzants i antidepressius prescrits.

6- Els responsables d'elaborar les polítiques són segurament conscients dels alts costos de tractament de la malaltia mental. Aquests costos estan en alça, i es preveu que segueixin pujant vertiginosament, atès que els països s'adonen que moltes de les polítiques que aplicaven la dècada passada, inclosa l'atenció comunitària, no han estat suficientment holístiques per als pacients, o suficientment segures per a la resta de la comunitat. Tampoc s'hauria de subestimar la dinàmica social implicada en la salut mental, existint evidència que indica que els programes dirigits a grups específics de la comunitat són eficaços.

7- Els programes escolars de promoció d'una millor salut mental mostren una evidència clara de l'assoliment de majors nivells d'alfabetització i reduccions de les taxes d'abandó dels estudis; existeixen beneficis sanitaris addicionals medita amb

èxits en l'abandó del tabac i en la reducció de l'abús de substàncies que produeixen addicció i de les conseqüències de l'embaràs entre les adolescents i de les pràctiques sexuals insegures. Els programes de salut mental basats en el treball mostren també un èxit que es pot medir.

8- Els programes eficaços de promoció de la salut mental han de propagar-se per tota Europa, i han d'establir-se directrius que permetin la seva gestió eficaç.

IMPACTE SANITARI: Està clar que les intervencions destinades a plantar cara a l'epidèmia dels problemes de salut mental, disminueixen la depressió, el suïcidi, l'estrès i l'ansietat. L'evidència demostra reduccions de l'abús i la desatenció, les dificultats de l'aprenentatge i altres problemes de conducta. Els programes mostren que existeixen possibilitats d'incrementar la satisfacció vital i la satisfacció sexual, al mateix temps que s'arriba a un funcionament òptim en el camp psicològic.

Alguns projectes ajuden a les persones a reincorporar-se a un lloc de treball amb major rapidesa després de patir el trauma de l'atur; uns altres poden mostrar els beneficis d'un menor número d'embarassos entre les adolescents i reduccions importants dels parts prematurs.

Les autores de l'estudi sobre salut mental: "El treball de la promoció de la salut per a enfrontar-se a una crisi creixent – 'una epidèmia' – de malaltia mental" dedueixen el següent:

1- L'epidèmia de malaltia mental requereix una inversió important en promoció de la salut mental.

- 2- La promoció de la salut mental ha demostrat ser eficaç i rendible.
- 3- Les intervencions realitzades en la primera infància i en l'adolescència han de ser prioritàries.
- 4- Hauria de potenciar-se la difusió i implantació d'intervencions basades en evidència.
- 5 Hauria d'identificar-se directrius de gestió eficaç que permetin millorar els impactes tant sanitaris com socials.

Desafiament Sanitari 2: "Fumar mata": tabac, alcohol i drogues

1- Entre els factors de risc més importants a tenir en compte en la malaltia cardiovascular i altres malalties, com les malalties respiratòries, el càncer de pulmó i alguns altres càncers, està el tabac. L'examen d'aquest tema es pot considerar també com l'estudi d'un cas particular relatiu a l'eficàcia d'un enfocament exhaustiu basat en múltiples línies de promoció de la salut i prevenció de la malaltia: ¿Deixa un fumador el tabac perquè el preu puja, perquè en el treball li han prohibit fumar, perquè en un diari llegeix un article o perquè el seu metge l'informa sobre les conseqüències de no deixar-lo? En realitat, pot ser que ho deixi per totes aquestes raons. La millor promoció de la salut té lloc quan es reuneixen diverses línies que transmeten un únic missatge.

2- El Banc Mundial estima que la càrrega econòmica del tabac, inclosos els costos sanitaris i la pèrdua de capacitat productiva per discapacitat o mort, se situa entorn dels 200.000 milions de dòlars anuals. La OMS indica que 3 milions de persones moren anualment a causa del tabac. El

cinquanta per cent de tots els fumadors regulars de cigarrets moriran per aquesta causa, la meitat d'ells en la mitjana edat, produint-se una pèrdua mitja de 20 anys en l'esperança de vida. Els fumadors caven la seva pròpia tomba i, el que és pitjor, estan contribuint a la malaltia dels membres de la seva pròpia família al contaminar l'atmosfera de les seves llars i els llocs públics.

3- Existeix evidència que un increment del 10% del preu dels cigarrets (per mitjà dels impostos) condueix en terme mitjà a una disminució del 5% de la quantitat de cigarrets fumats per tota la població i a un descens de fins al 15% de la quantitat de cigarrets fumats pels joves.

4- Les restriccions legislatives imposades sobre el consum de tabac en el lloc de treball a Finlàndia van conduir que el 2,4% dels fumadors deixessin el tabac, el 2,6% deixessin de fumar durant el treball i el 14,3% reduïssin el consum de tabac.

5- Des dels setanta, els centres d'ensenyament han estat escenari de programes de lluita contra el tabac. Alguns programes, principalment aquells que impliquen grups d'iguals, apunten a una reducció del 30-50% del número de fumadors inclosos en els grups d'intervenció en comparació amb els controls. No obstant això, existeix així mateix evidència que demostra que aquestes taxes no es mantenen sense un seguiment determinat amb línies d'acció múltiple.

6- Els professionals sanitaris contribueixen eficaçment als programes d'abandó del tabac. Existeix evidència que, durant el període de 20 anys que ens ocupa, de les persones que van rebre assessorament mèdic per a deixar de fumar, el 13% tenia menys probabilitats de morir de malaltia cardíaca

coronària (MCC), mentre que el 11% tenia menys probabilitats de morir de càncer de pulmons, com a conseqüència de deixar de fumar. Onze assajos en els quals van participar dones embarassades van mostrar majors taxes d'abandó del tabac (de fins a un 50%), reduint el risc de baix pes al néixer dels nens i els resultats obstètrics adversos.

7- Els programes d'abandó del tabac formen part de pràcticament totes les iniciatives de promoció de la salut o prevenció de la malaltia en el lloc de treball, en el sector juvenil que ha abandonat els estudis i en la tercera edat. L'any passat, es va iniciar a Espanya una comparació d'una gamma d'intervencions destinades a reduir la MCV. L'abandó del tabac ha estat la més rendible. El cost per any de vida guanyat com a conseqüència d'aquests programes oscil·la entre 2.600 i 5.700 dòlars, mentre que els costos per any de vida guanyat com a conseqüència del tractament d'una hipertensió moderada se situa en els 86.000 dòlars. Els costos amb un tractament farmacològic usual, per any de vida guanyat arriben a més del doble.

La política relativa al tabac i a l'alcohol està carregada d'interessos creats: polítics i econòmics. El comerç i ús de drogues il·lícites s'està cobrant les seves víctimes. L'autor d'aquest capítol addueix el següent:

1- El cinquanta per cent de tots els fumadors regulars morirà a causa dels cigarrets, la meitat d'ells a mitjana edat, el període econòmicament més actiu de la vida. A part del trauma sanitari, això és un balafament econòmic i social

2- Existeix una relació directa entre el volum d'alcohol consumit i determinades malalties, succeint el mateix amb el consum de les drogues il·lícites. Existeix evidència clara que les estratègies de promoció de la salut redueixen amb eficàcia el perjudici per a la salut derivat de l'ús d'aquestes substàncies.

3- Una estratègia clau resideix a regular el mercat per mitjà de la política fiscal, a restringir la disponibilitat i a controlar la comercialització i el producte.

4- Les intervencions en el lloc de treball, en els centres d'ensenyament, en les llars i per part dels proveïdors d'atenció primària són eficaces. Per exemple, deixar el tabac a qualsevol edat és beneficiós, però deixar-lo abans d'arribar a la mitjana edat redueix gairebé tot l'excés de risc.

5- El Banc Mundial estima que solament els productes a força de tabac creen una càrrega econòmica global de com mínim 200.000 milions de dòlars a l'any. Els costos de l'alcohol representen entre el 2% i el 5% del PNB. És necessària una resposta política d'ample abast per a abordar aquesta pèrdua.

*Desafiament social 1: Alimentant a les nostres famílies.
"l'impacte de la nutrició" Promoció de la salut per mitjà de la
nutrició.*

1- S'ha demostrat que l'impacte del control dietètic adequat en la tercera edat – especialment en la salut cardíaca - és enorme. Aquesta qüestió toca, com és de suposar, la fibra sensible dels polítics: Podem viure en una democràcia i que ens diguin, o fins i tot que ens recomanin, què hem de

menjar? Un paper clau de la promoció de la salut consisteix a incrementar, per mitjà de la informació i altres mitjans, la comprensió dels temes sanitaris, i ajudar en la mesura del possible que les persones realitzin eleccions positives per a la salut. La nutrició és un d'aquests temes.

2- En els últims anys, les dietes de la majoria dels països europeus han augmentat el seu contingut de proteïna animal i greixos saturats, mentre que el consum de proteïna vegetal, carbohidrats complexos i fibra dietètica ha disminuït. Existeix evidència clara que associa l'increment de la incidència de la MCC, la diabetis tipus 2 i alguns tipus de càncer a aquests canvis dietètics. Existeix així mateix una relació causal entre la dieta, l'obesitat i els problemes de desenvolupament ossi.

3- Un parell d'experts del Fons Mundial de Investigació Oncològica ha arribat a la conclusió que seguir la pauta recomanada de cinc racions de fruita i verdura cada dia podria reduir les taxes de càncer en més d'un 20%. Aquests experts informen així mateix que el seguiment de les recomanacions dietètiques i d'activitat física, a més del manteniment d'un pes corporal saludable, podria reduir el risc de càncer en un 30-40%. Existeix abundant evidència que corrobora els beneficiosos efectes de les dietes riques en vegetals i relativament baixes en alcohol i aliments d'origen animal.

4- Una vegada i una altra, les revisions de la promoció de la salut eficaç apunten amb claredat cap a la desigualtat que existeix en la prestació dels serveis sanitaris. Els pobres són sempre els més perjudicats. Està estadísticament provat que pateixen taxes de mortalitat superiors i una discapacitat major que les persones amb una posició socioeconòmica més alta.

5- Pel que fa a la dieta, per exemple, les famílies més pobres reben un aport energètic més barat a partir d'aliments com la carn, els greixos, els sucres, les conserves les patates, però tenen una ingesta relativament escassa de verdures, fruita i pa integral de blat. La relació entre això i la prevalença de la MCV en els grups de menors ingressos és directa.

6- A Holanda, la campanya "Fat Watch" (Vigila la Grassa), llançada en associació amb els supermercats i altres aliats del sector privat, va produir canvis favorables en el consum dels greixos saturats (des del 16,4% al 14,1% d'ingesta d'energia durant un període de cinc anys). Degut principalment a aquests canvis en la ingesta de greix la prevalença de la hipercolesterolèmia va disminuir en un 6%. La reducció de l'1% del colesterol sèric assolida gràcies al coneixement dietètic es traduiria en una reducció del 2-3% de la MCC.

Al llarg d'aquest segle, hem estat testimonis de canvis importants en els estils de vida, els patrons d'edat de les nostres comunitats i els requeriments nutricionals. Existeix evidència que aquests canvis dietètics estan associats a un increment de la malaltia cardíaca coronària, la diabetis tipus 2 i alguns tipus de càncer. Els autors d'aquest capítol addueixen el següent:

1- Existeix un volum creixent d'evidència que indica que la promoció de la salut en la nutrició condueix a guanys de salut a un cost molt més baixos que el tractament mèdic de qualsevol dels grups d'alt risc.

2- La majoria dels programes d'intervenció dirigits a la nutrició es tradueixen en efectes positius sobre la morbiditat i la

mortalitat per mitjà de reduccions dels factors de risc cardiovasculars.

3- L'enfocament de salut pública de la prevenció de les malalties no hauria de concentrar-se exclusivament en l'educació relativa a la conducta de risc i el desenvolupament d'habilitats conductuals; hauria d'incorporar una comprensió de les barreres que impedeixen el canvi dietètic.

4- Les intervencions de promoció de la salut dirigides als grups social i econòmicament menys afavorits exerceixen un impacte de gran potencial en la reducció de les diferències soci-econòmiques en matèria de salut.

5- Les intervencions comunitàries són més eficaces quan l'educació ve acompanyada de mesures estructurals que faciliten i reforcen canvis sostenibles de la conducta dietètica.

Escenari 2: Promoció de la de la salut eficaç en els centres educatius

1- Existeix un volum considerable d'evidència que demostra que la mala salut inhibeix l'aprenentatge. Addicionalment, els estudis han arribat a la conclusió que existeix una estreta relació entre la conducta orientada cap a la salut i els resultats educatius, les conductes educatives (assistència a classe, qüestions disciplinàries) i les actituds dels estudiants.

2- Les intervencions de promoció de la salut en els centres educatius poden ser eficaces al transmetre coneixement, desenvolupar habilitats i donar suport a la realització d'eleccions positives per a la salut. Amb tot, l'evidència indica

que s'aconsegueix un major grau d'eficiència quan els programes són de màxim abast i holístics relacionant els centres escolars amb els organismes públics i els sectors encarregats de la salut, i quan es desenvolupen durant diversos anys. Cal prestar atenció especial a la formació dels professors en promoció de la salut.

3- El concepte de “Escola promotora de salut” ha emergit en la última dècada a Europa, propagant-se a la resta del món com a mecanisme que combina una varietat d'elements, amb la finalitat d'arribar a l'èxit màxim en la búsqueda de resultats educatius i de salut. Està clar que el centre educatiu, juntament amb la família, és un dels llocs clau on té lloc el desenvolupament individual i social.

4- Els centres educatius han demostrat ser llocs rendibles per a les intervencions de promoció de la salut. L'eficàcia i sostenibilitat de les intervencions de salut en aquests centres es regeixen per la seva estreta relació tant amb les intervencions de promoció de la salut, com amb la tasca principal d'aquests centres, en el desenvolupament de les habilitats educatives i coneixements de base en els joves. L'evidència demostra que aquests programes haurien d'estar orientats principalment a l'assoliment de resultats cognitius i socials, en lloc de concentrar-se a arribar a resultats específics de conducta.

5- La Xarxa Europea d'Escoles Promotores de Salut opera a 38 països. Si bé el seu potencial és magnífic com a model de desenvolupament de programes, existeix evidència que indica clarament que no es pot esperar que els centres educatius solucionin els problemes sanitaris i socials de forma aïllada,

sense tenir en compte altres formes d'actuació en el camp de la salut pública.

Tradicionalment, els centres d'ensenyament han estat escenaris que han reunit el suport polític, social i econòmic a favor de la promoció de la salut. Els autors addueixen el següent:

1- Els centres d'ensenyament són llocs rendibles per a les intervencions de promoció de la salut dirigides a millorar la salut dels nens i els adolescents. No obstant això, no es pot esperar que els centres d'ensenyament solucionin els problemes sanitaris i socials de forma aïllada, sense tenir en compte altres formes d'acció de salut pública.

2- L'eficàcia i sostenibilitat de les intervencions de salut basades en els centres d'ensenyament depenen de la mesura que les intervencions de promoció de la salut estiguin relacionades amb l'activitat essencial d'aquests centres d'ensenyament en el desenvolupament d'habilitats educatives i coneixements de base en els joves.

3- Una promoció de la salut eficaç en els centres d'ensenyament haurà de ser d'ampli abast en el seu concepte i contingut, i estar adequadament dotada de recursos. En general, suposarà el desenvolupament de polítiques i pràctiques escolars que enforteixin l'ensenyament orientat a la salut en el pla d'estudis. És necessari establir fortes connexions amb els pares i els serveis sanitaris, alhora que es crea un entorn físic i psicosocial de suport.

4- Els centres d'ensenyament proporcionen un escenari potencial que permet adoptar una acció destinada a reduir les desigualtats en salut.

5- La Xarxa Europea d'Escoles Promotores de Salut podria servir de vehicle útil per a l'aplicació de programes de salut eficaces i sostenibles en el futur basats en els centres d'ensenyament.

Escenari 3: Promoció de la salut eficaç en el sector de l'atenció sanitària

1- Quina paper pot tenir el sector de l'atenció sanitària en la promoció de la salut? És un ambaixador eficaç de la promoció de la salut? Els governs han de desviar recursos cap al sector de l'atenció sanitària i esperar que els seus professionals puguin complir la comesa de promotors de la salut?

2- L'evidència demostra l'èxit del sector sanitari en les seves intervencions destinades a promoure l'abandó del tabac i a abordar els problemes d'abús de l'alcohol. Una altra evidència és poc concloent en relació amb l'eficàcia de l'equip d'atenció sanitària en la provisió de programes i missatges de promoció de la salut. No obstant això, segons reconeixen l'OMS i la seva Declaració de Djakarta, és evident que el sector de l'atenció sanitària és un col·laborador essencial en la creació de condicions sanitàries correctes a la societat i té un important paper de lideratge en aquesta societat.

3- Aquest paper de lideratge es pot exercir oferint exemples d'allò que es pot fer per a aconseguir un entorn saludable, com a defensor de polítiques públiques saludables o com a

font d'assessorament individual a les persones en relació amb conductes saludables.

4- En general, es reconeix que el sector sanitari sol no pot aportar grans canvis a les conductes orientades a la salut, i depèn de l'acció coordinada amb altres sectors.

5- Això suposa que una política de promoció de la salut que depengui d'una reforma del sector de l'atenció sanitària per arribar a les seves metes no funciona.

Si els professionals de l'atenció sanitària poden ser reorientats amb la finalitat de que es converteixin en advocats de la salut, en lloc de limitar-se a formar part d'un servei de reparació, podran arribar a convertir-se en poderosos aliats d'aquells l'objectiu dels quals consisteix a promoure la salut. No obstant això, les intervencions destinades a eradicar el consum de tabac són un exemple dels desafiaments que cal afrontar. Tot i la seva indubtable eficàcia, en contades ocasions recomanen els metges a un pacient que deixi de fumar. En alguns països, l'elevat número de metges fumadors redunda en perjudici d'aquest objectiu.

En el debat sobre com proporcionar millors sistemes sanitaris, alguns són partidaris d'atribuir una enorme responsabilitat al sector d'atenció sanitària en la transmissió dels missatges de promoció de la salut. No obstant això, aquí, l'autor del capítol addueix el següent:

1- Excepte unes quantes excepcions, l'evidència de l'eficàcia de la promoció de la salut en el sector d'atenció sanitària segueix sent limitada.

2- El sector d'atenció sanitària no pot per si sol introduir grans canvis en les conductes orientades a la salut, depenent els canvis d'una actuació coordinada al llarg d'una sèrie de sectors.

3- No obstant això, aquells que treballen en el sector d'atenció sanitària poden ocupar un paper important en la promoció de la salut, ja sigui oferint exemples de què es pot fer per a aconseguir un entorn saludable, utilitzant la seva autoritat per a actuar en qualitat de defensors de polítiques públiques saludables, o com font d'assessorament sobre conductes saludables a la persona.

4- L'assessorament breu ofert pels metges individualment és un mitjà rendible d'ajudar a les persones a deixar de fumar i a reduir el problema de la beguda.

5- És probable que una major orientació a una atenció sanitària basada en evidència condueixi a una major èmfasi en la promoció de la salut com a mitjà per reduir la càrrega de malaltia evitable.

3 SALUT I ADOLESCÈNCIA

3.1 *Pla de Salut i Llibre Blanc*

Durant el segle XX, a mesura que les accions dels governs per millorar la salut de la població es fan més complexes, es fa evident la necessitat de planificació en l'àmbit sanitari. El pioner en el camp hospitalari va ser Donabedian Pinault ho va traslladar al camp de la salut comunitària i va escriure el llibre Pinault *Planification de la Santé*. Però van ser les actuacions del director del primer Pla de Salut dels EEUU a mitjans dels anys vuitanta, McGinnis, quan es van establir les bases de la planificació de les polítiques de promoció de la salut a desenvolupar pels governs: establir objectius de salut a llarg termini (uns deu anys) i uns objectius operacionals a mig termini (uns cinc anys). Els primers fan referència a la situació de salut (mortalitat, morbiditat, discapacitats) que cal modificar o als factors de risc per a la salut, la prevalença dels quals cal disminuir. Els segons estan vinculats a les activitats a desenvolupar per assolir els objectius. La definició de les activitats a desenvolupar i dels recursos a mobilitzar són tasques que han de fer els serveis de salut responsables de l'execució dels programes sanitaris (com el Programa Salut i Escola). Finalment, en la quarta etapa, cal preveure

l'avaluació dels resultats de les intervencions realitzades; és a dir, la consecució o no tant dels objectius operacionals com dels de salut i de disminució de risc que s'hagin establert.

El Govern de la Generalitat de Catalunya va rebre les competències de salut l'any 1979. I juntament amb el Regne Unit i Quebec, va ser un dels primers en adoptar la planificació sanitària per objectius i elaborar un pla de salut en la línia del elaborat pels EEUU la segona meitat dels anys vuitanta. Així doncs, es va publicar el primer Pla de Salut de Catalunya l'any 1991.

El Pla de Salut és una eina del govern de la Generalitat de Catalunya que defineix les polítiques de salut i de serveis i té un caràcter intersectorial. El pla formula propostes dirigides a promoure una millor salut i qualitat de vida dels ciutadans de Catalunya, valorar l'eficiència i la qualitat dels serveis i la satisfacció dels usuaris. És un procés cíclic i dinàmic que es renova periòdicament. El seu primer pas és l'anàlisi de la salut, la detecció de problemes i els objectius a realitzar en cada cas. L'últim pas és l'avaluació de compliment dels objectius.

El Pla de Salut de Catalunya incideix de forma directa en les activitats preventives en l'atenció primària (detecció, seguiment, control i educació sanitària) en els problemes actuals de salut de la nostra població (hipertensió arterial, tabaquisme, colesterol alt, diabetis mellitus, alcoholisme i altres drogodependències), les vacunacions sistemàtiques, medicina preventiva en l'edat pediàtrica etc.

El Llibre Blanc sobre les Activitats Preventives de l'Edat Adulta l'edita el Departament de salut el novembre 2005. La Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (SCMFIC), l'Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFICC) i l'Associació Catalana d'Infermeria (ACI) han rebut, per part del Departament de Salut, l'encàrrec de fer la difusió a tots els Centres d'Atenció Primària de Catalunya.

Tant el en Pla de Salut de Catalunya 2002-2005 com en el Llibre Blanc, es prioritzen molts dels temes del **Programa Salut i Escola**:

- Salut afectivo-sexual,
- Salut mental,
- Consum de drogues, alcohol i tabac
- Salut alimentària.

3.1.1 Llibre Blanc:

a) Alimentació

Justificació

Els hàbits dietètics a societats desenvolupades com la nostra, han evolucionat des de la dieta mediterrània tradicional cap a patrons d'ingesta més propis de les societats del nord d'Europa amb una contribució més alta del greix animal al consum energètic total en perjudici dels hidrats de carboni complexos i de la fibra vegetal. A més, cada vegada és més freqüent el consum d'aliments precuinats en detriment dels frescos, així com l'hàbit de fer alguns àpats fora de la llar.

L'alimentació de la població catalana conserva encara alguns trets característics de la dieta mediterrània.. aquest patró dietètic, que s'associa a un risc menor de patir malalties cròniques i degeneratives.

Recomanacions

Nombrosos estudis han evidenciat que el seguiment d'una alimentació, suficient, equilibrada i ben variada, s'associa a una disminució de risc de patir malalties. En aquest sentit, el patró alimentari tradicional dels països de l'àrea mediterrània, es presenta com un prototip excel·lent d'alimentació saludable.

La combinació de les diferents racions recomanades constitueix la base de l'alimentació equilibrada. La mida i el número de racions de cada grup dependrà de les característiques i necessitats individuals.

b) Prevenció del consum de drogues no institucionalitzades

Justificació

En l'ús comú, el terme fa referència a aquelles substàncies que presenten efectes psicoactius i, inclús més específicament, a les drogues il·legals.

Hi ha diverses categories per classificar les drogues, la més utilitzada les divideix en: depressores del SNC (opiacis, hipnòtics o GHB), estimulants del SNC (cocaïna o amfetamines), cannabioides (haixís i marihuana), al·lucinògens (MDMA-èxtasi, LSD, mescalina o bolets), inhalats (coles i dissolvents) i d'altres (ketamines o PCP).

Les vies d'administració d'una droga poden ser múltiples, les característiques de la persona que les consumeix molt diferents i els contextos d'ús de la substància molt diversos, això fa que les problemes i riscos relacionats amb el seu consum tinguin una gran variabilitat: alguns coincideixen amb els de substàncies legals com l'alcohol (accidents de trànsit, dependència, problemes familiars, laborals o de parella) i d'altres poden ser diferents i estar associats al desconeixement, a la manca d'informació sobre els efectes, dosis o composició de la droga o al fet que es tracti de substàncies il·lícites.

En els últims anys, i tant a Catalunya com a la resta d'Espanya hi ha hagut canvis importants pel que respecta al consum de drogues no institucionalitzades. La disminució en el consum d'heroïna, s'ha acompanyat d'un augment en l'ús d'altres substàncies.

Magnitud del problema

El consum d'heroïna ha disminuït i durant l'última dècada s'ha millorat l'abordatge terapèutic i s'han reduït els problemes associats al seu consum (sobredosi, transmissió VHI i de hepatitis B i C, dones gestants, patologia dual, etc.) amb la generalització, a partir dels anys noranta, dels programes de manteniment amb metadona (PMM) i dels de reducció de danys (com per exemple, l'intercanvi de xeringues). Malgrat aquesta millora, el seu consum persisteix. Les demandes de tractament continuen i ens trobem davant d'una substància que afecta, sovint, una població marginal, molt vulnerable i necessitada que sovint queda fora dels estudis epidemiològics i dels serveis socio-sanitaris normalitzats.

Paral·lelament a aquesta reducció en l'ús de l'heroïna, s'ha diversificat el consum d'altres drogues. Si bé l'alcohol i el tabac continuen sent les substàncies tòxiques més consumides per la població jove.

Pel que fa al consum de substàncies entre la gent jove, resulta especialment rellevant el cas del cànnabis. Avui dia és la droga no institucionalitzada més consumida entre els joves, i una quarta part d'ells refereix consumir-la de forma habitual. Es tracta d'una substància en expansió en tots els àmbits de consum i la percepció dels riscos associats al seu ús entre els consumidors disminueix de forma progressiva.

A més, si analitzem els resultats per a Catalunya de les enquestes sobre drogues realitzades a la població escolar per part del Pla nacional sobre drogues i l'Òrgan Tècnic de Drogodependències, el consum de cocaïna durant els darrers trenta dies ha passat del 2,7% l'any 2002 al 3,4% l'any 2004, i aquestes prevalences són molt similars a l'observada entre els estudiants de la resta d'Espanya. Cal remarcar, també, que tant el nombre de reaccions agudes ateses a urgències i presons com el de morts relacionades amb el consum de cocaïna han augmentat en els últims anys. Un cas a part són les anomenades drogues de síntesi. Sembla que aquest dos últims anys ha disminuït lleument el consum.

Si ens centrem en l'evolució de demandes d'inici de tractament sol·licitades als Centres d'Atenció i Seguiment, podem observar el retrocés progressiu de l'heroïna i l'augment tant de l'alcohol com de la cocaïna. La coexistència de l'abús de drogues i la presència d'un trastorn psiquiàtric (patologia

dual) ha esdevingut, també, un problema cada vegada més rellevant.

Eficàcia i efectivitat de les proves i/o intervencions proposades

El consell hauria de formar part de les mesures preventives aplicades de manera sistemàtica des dels serveis sanitaris, participant, però, d'una estratègia de prevenció més global (sobre tot durant l'adolescència), que abastaria altres àmbits com l'educatiu (amb exemples com els programes de prevenció escolar-PPE), el familiar o el laboral. Els professionals han de ser especialment sensibles al cribratge en adolescents i pacients joves en general, ja que és la franja que va dels 15 als 25 anys en què es produeix el màxim consum.

Consum de drogues via endovenosa

El garantir un accés ràpid als PMM facilitant al màxim aquesta incorporació és un objectiu clau en el tractament de la dependència de l'heroïna. Aquest punt de partida també ha permès fer un abordatge més integral i complet (bio-psico-social) dels problemes derivats del consum.

Els pacients que mantinguin un consum d'opiacis, cocaïna o altres substàncies per via endovenosa s'han de poder beneficiar d'activitats i consells encaminats a evitar els problemes o danys associats al consum.

Consum no endovenós de substàncies

Si bé des d'àmbits com l'educatiu o el laboral s'està realitzant una tasca important d'avaluació de l'eficàcia i l'efectivitat de les activitats preventives dirigides a població jove (consumidora o no de drogues no institucionalitzades), hi ha

poca bibliografia que avaluï aquestes activitats des de l'àmbit estrictament sanitari. Les mesures d'actuació per part dels professionals de la salut haurien d'incorporar preguntes de cribratge dirigides a definir el consum per després dissenyar una estratègia el més òptima possible.

Recomanacions

Abans d'iniciar les recomanacions caldrà insistir en el fet que els professionals de la salut es formin en un camp que, sovint, els és poc conegut. Serà important la formació en el coneixement de les diferents substàncies (efectes, vies d'administració, patrons de consum, etc.), en la detecció d'aquest i en el desenvolupament d'habilitats relacionades amb el maneig de persones usuàries de drogues.

En aquest sentit, el consell sobre consum de drogues hauria de tenir en compte una sèrie d'actituds i conductes per part del professional: crear un clima de confiança i confidencialitat, evitar les actituds de judici moral, transmetre informació realista i objectiva i valorar, alhora de donar consell, les característiques personals, les del consum (si n'hi ha) i, també, les del context de l'individu en aquell moment.

En qualsevol cas, cal intentar potenciar el vincle establert i la idea de mostrar-nos com a referent. Així pot ser útil segons la situació on ens trobem, combinar intervencions breus com el consell mínim o el lliurament de material informatiu, amb l'implantació de xerrades, tallers o programes de reducció de danys.

c) Salut Mental

Justificació

L'abordatge dels problemes de salut en el context de l'atenció primària és fonamental, ja que constitueix la porta d'entrada al sistema sanitari. Aquest primer nivell representa la morbiditat psiquiàtrica existent en la comunitat.

La detecció i l'elaboració dels trastorns mentals lleus en la consulta poden evitar l'evolució cap a una major gravetat i cronificació i disminuir l'elevat consum de psicofàrmacs i l'automedicació. A Espanya, es calcula que el 21% dels usuaris d'atenció primària prenen psicofàrmacs. A Catalunya, l'informe de l'Institut Català de la Salut sobre els medicaments més prescrits pels metges d'atenció primària en l'any 2002, destaca un antidepressiu en els primers llocs de prescripció.

Magnitud del problema

En relació amb la prevalença de problemes de salut mental a la població general, a Catalunya es disposa d'informació poblacional procedent de dos estudis: l'enquesta de salut de Catalunya (ESCA 2002) i l'estudi MEDEA/SAMCAT, inclòs en l'estudi europeu ESMED/MHEDEA 2000.

L'ESCA va incloure en les entrevistes a les persones que podien respondre per elles mateixes utilitzant el qüestionari GHQ-12. Aquest instrument permet fer una aproximació a la prevalença dels trastorns mentals en la població, mesurada com la probabilitat de ser cas. Detecta fonamentalment dos tipus de trastorns: la incapacitat per continuar amb normalitat les activitats d'un "individu sa" i els fenòmens de nova aparició de naturalesa ansiògena i les alteracions presents en el moment de l'entrevista (problema recent). L'any 2002, la

prevalença de trastorns mentals, mesurada com probabilitat de ser cas, va ser del 17,9% en la població de 15 anys o més (20% en les dones i 15,6% en els homes. Aquest resultats situen Catalunya en un nivell intermedi en relació amb estudis poblacionals d'Espanya i altres països.

Eficàcia i efectivitat de les proves i/o intervencions proposades

La prevenció de la malaltia i la promoció de la salut mental són dues activitats diferents que poden resultar complementàries, l'objectiu de la prevenció primària és evitar i disminuir l'acció dels factors de risc i vulnerabilitat, i la promoció de la salut mental comporta una perspectiva dinàmica i positiva de desenvolupament dels recursos i habilitats per potenciar la població sana, augmentant o reforçant l'acció dels factors de contenció i de resiliència.

d) Deixar de fumar

Justificació

És conegut que el consum de tabac constitueix en els països desenvolupats i en vies de desenvolupament la primera causa de morbiditat evitable; i és el responsable del 16,5% de la morbiditat global a Catalunya .

Fumar continua sent un hàbit socialment acceptat. Entre els motius de l'inici del consum cal destacar l'enorme atractiu que presenta en els adolescents amb el simbolisme sexual i de "fer-se gran" que les campanyes publicitàries de la indústria tabaquera s'han encarregat de difondre. És destacable també l'esforç publicitari dirigit a incorporar les dones al tabaquisme. Respecte al manteniment de l'hàbit i la dificultat per abandonar-lo hem de valorar el poder addictiu de la nicotina, el preu baix del tabac i el constant suport de la publicitat tot i la legislació cada cop més restrictiva en aquest aspecte.

Per tant, hem d'entendre el problema del tabaquisme com una malaltia, en fase d'epidèmia, en la qual intervenen factors d'addicció física i psicosocial.

Magnitud del problema

Actualment el consum en població general (15 anys i més) s'ha estabilitzat entorn al 32,1% (38% en homes i 26,6% en dones) i si considerem la població de 15 a 64 anys aquest percentatge arriba al 37,2%; és a dir, 1 de cada 3 persones fuma.

Es pot observar en els darrers anys una reducció important en els homes adults, que es neutralitza gairebé en la seva totalitat per l'increment del percentatge de dones i joves

fumadors/es (fumen el 38% en nois de 15 a 24 anys i el 42,5% en noies de la mateixa edat). El percentatge global d'ex-fumadors se situa en el 13,9% (el 20,6% en homes i el 7,5% en dones).

Eficàcia i efectivitat de les proves i/o intervencions

Actualment, ningú pot dubtar que deixar de fumar és positiu per la salut, per tant, hem d'utilitzar tots els recursos disponibles per tal de reduir la prevalença en la població d'aquesta drogoaddicció.

El consell mèdic des de les consultes d'atenció primària ha demostrat ser una de les accions més efectives per aconseguir el cessament tabàquic. Els estudis, des dels primers de Rusell et al. De 1979 fins a les revisions de la col.laboració Cochrane més recents, així ho ratifiquen en demostrar un significatiu increment en la *odds ratio* del consell davant del no-consell. En consell per deixar de fumar impartit per infermeria també ha demostrat ser efectiu per ajudar a deixar de fumar: a la seva revisió de la Biblioteca Cochrane de 2001, on es valoren 15 assig clínics, Rice va demostrar que aquesta intervenció té un efecte positiu amb un *odds ratio* de 1,4 (IC 95% 1,2-1,6).

Recomanacions

L'equip d'atenció primària s'ha de comprometre, a través dels òrgans de participació comunitària com ara els consells de salut, a promoure, donar suport i incentivar qualsevol estratègia que tingui com objectiu:

1. Prevenir l'inici al consum de tabac dels joves.
2. Afavorir que les persones deixin de fumar.
3. Protegir els no fumadors del fum del tabac.

e) Prevenció de les infeccions de transmissió sexual i de VIH

Justificació

La infecció causada pel virus de la immunodeficiència humana és i continua sent un problema greu de salut pública amb conseqüències socio-demogràfiques i econòmiques molt importants i en la qual la via de transmissió sexual del virus ha anat guanyant protagonisme en els països industrialitzats (especialment, la via de contagi heterosexual), i és en l'actualitat la principal via de transmissió de la infecció de forma global, arreu del món.

Per tot plegat es fa necessari integrar les activitats de prevenció i control de la infecció del VIH amb les de les ITS, potenciar les activitats de prevenció primària de totes elles a través del consell i l'educació sexual i afectiva, millorar l'accessibilitat i la cobertura a les proves diagnòstiques del VIH i de les ITS a partir de la cerca activa de persones potencialment exposades a ambdues infeccions, assegurar un diagnòstic i tractament correctes de totes elles i establir un sistema eficaç de prevenció, diagnòstic i tractament dels contactes sexuals.

Magnitud del problema

El concepte ITS inclou les infeccions conegudes clàssicament com a malalties venèries i altres malalties causades per diversos agents pertanyents a virus, bacteris, fongs...

De les dades epidemiològiques de què es disposa actualment, s'observa que la incidència de sífilis que s'havia estabilitzat des de 1995 fins 2000, torna a presentar una tendència creixent i que la incidència de gonocòccia que estava mostrant un descens ininterromput fins al 1999, ha experimentat un canvi de tendència i entre 1999 i 2001 el nombre de nous casos s'ha incrementat el 35,7%.

Des de l'inici de l'epidemiologia l'octubre de 1981 fins a 31 de desembre de 2003, s'han diagnosticat a Catalunya 14.484 casos de sida, dels quals el 80,7% són homes i el 19,3%, dones. Per edats, la sida afecta especialment el grup de població de 25 a 39 anys. La via de transmissió sexual és també la més freqüent entre els casos de sida referents a població immigrant, en què el percentatge ha augmentat del 5,5% fins al 15,7% del total de casos de sida l'any 2002; els més afectats són els homes (84,7%) amb una edat mitja de 37,3 anys.

Pel que fa als nous diagnòstics d'infecció pel VIH, a Catalunya s'han notificat 1.497 nous diagnòstics des de l'any 2001 fins a 31 de desembre de 2003.

Eficàcia i efectivitat de les proves i/o intervencions proposades

El consell preventiu sobre VIH i les ITS comprèn una sèrie d'activitats la finalitat de les quals és informar les persones dels mecanismes de transmissió del VIH i les ITS i de les mesures que convé adoptar per prevenir-les, de manera que

les ajudi a modificar aquelles conductes que comporten risc de contagi o transmissió d'aquestes infeccions.

Tot i que el consell preventiu és en si mateix eficaç per a la prevenció de la infecció per VIH i les altres ITS, l'efectivitat del consell mèdic és incerta en relació amb la disminució de la incidència d'aquests processos. No obstant això, l'APS és el nivell idoni per al desenvolupament de les activitats preventives dintre del sistema sanitari i per aquesta raó caldrà cercar estratègies per millorar l'efectivitat del consell preventiu davant el VIH i les ITS.

Recomanacions

D'acord, amb les consideracions prèvies, hi ha arguments suficients per recomanar que els professionals sanitaris incloguin consells per a la prevenció de les ITS i al infecció VIH en la seva pràctica assistencial amb qualsevol persona de més de 15 anys que acudeixi al seu servei, i molt especialment quan es tracti de joves o dones en edat fèrtil.

Dintre de les activitats de consell un aspecte a treballar molt important és el que fa referència a la detecció dels obstacles que impedeixen que la persona adopti mesures de seguretat en la seva vida afectiva i sexual.

	Justificació i Magnitud del Problema	Recomanacions i efectivitat de les intervencions
A	- Canvis en els hàbits dietètics. Més greix animal i menys fibra. Precuinats i fora de casa. - La dieta mediterrània associada a risc menor de malalties.	- Alimentació variada, equilibrada i suficient associat a menys malalties
B	- Disminució de l'heroïna i augment de les altres. - Augment de drogues no institucionalitzades, tot i que alcohol i tabac són els més consumits. - Cànnem: droga no institucionalitzada. 25% la consumeixen de forma habitual. Expansió en tots els àmbits i poca percepció de risc. - Cocaïna: augment de consum i de reaccions agudes i morts. - Drogues de síntesi: últims 2 es disminueix el consum lleument. - Relació amb trastorns psiquiàtrics (patologia dual).	- Consell i cribatge en adolescents com a mesures preventives juntament amb estratègies globals com tallers, xerrades o programes de reducció de danys. També lliurament de material informatiu. - Estratègies d'àmbit educatiu, familiar o laboral. - Consum endovenós: accés ràpid a programes de metadona. I abordatge biopsicosocial del problema. - Consum no endovenós: cribatge per definir el consum i triar estratègia. - Cal formació específica. - Clima de confiança i confidencialitat. No judici moral.
C	- Detecció i elaboració de trastorns mentals lleus a consulta poden evitar l'evolució cap a la gravetat - El 21% d'usuaris de primària usen psicofàrmacs. - 17,9% de la població de Catalunya de més de 15 anys té trastorn mental. Nivell mig europeu.	- Prevenció de la malaltia: disminuir factors de risc. Promoció salut mental: Potenciar la població sana. Factors de contenció i resiliència.

Deixar de fumar	- Tabaquisme: epidèmica amb factors d'addicció física i psicosocial - Tabac: 1a causa de morbimortalitat evitable i causa 16,5% mortalitat de Catalunya - Fumar és hàbit socialment acceptat i és atractiu per adolescents: simbolisme sexual i de "fer-se gran". - Nicotina molt addictiva, preu baix del tabac i suport publicitari. - Legislació més restrictiva - 32,1% de consum en majors de 15 anys - Reducció de consum en homes adults, increment de dones i joves fumadors.	- Consell mèdic o infermer a consultes és efectiu. - Estratègies per prevenir inici de consum a joves, afavorir deixar de fumar o protegir els no fumadors.
VIH i ITS	- VIH: problema greu de salut pública - Principal via de transmissió: sexual - Sífilis i gonocòccia tendència creixent - 14484 casos des de 1981. 1497 nous diagnòstics de 2001 a 2003	- Consell preventius sobre transmissió de VIH i ITS són efectius. Sobretot joves o dones en edat fèrtil. - Important detecció d'obstacles per adoptar mesures de seguretat en sexualitat. - Consell preventiu no relacionat amb disminució d'incidència.

3.1.2 Pla de Salut

a) Obesitat:

La obesitat s'ha convertit en un important problema de salut pública, amb una càrrega de malaltia associada en la població adulta molt important (diabetes mellitus tipus 2, hipertensió, dislipèmia, etc.)

La veritable expressió de l'epidèmia s'ha descrit, però, a la població infantil, en la que s'han detectat increments superiors inclús al de la població adulta i que fan preveure un increment exponencial del problema en les pròximes dècades. Es plantegen diferents explicacions sobre la causa d'aquest augment, com poden ser els estils de vida més sedentaris i l'augment de la ingesta d'aliments rics en calories buides.

D'altra banda, es fa palesa la manca d'efectivitat dels programes preventius de l'obesitat tant en l'edat pediàtrica com en l'adult, i cal realitzar estratègies multifactorials per abordar aquest problema ja des de la primera infància i establir mètodes diagnòstics estandarditzats i reproduïbles.

Magnitud del problema:

La informació sobre la prevalença d'obesitat procedeix de diversos estudis. L'any 1989 es va dur a terme l'estudi sobre factors de risc cardiovascular en la població de més de 15 anys, la prevalença fou del 11,9%, i a l'estudi dels hàbits alimentaris en persones de més de 6 anys de l'any 1992-1993, la prevalença va ser del 11%, i en la població de 18 a 74 anys del 12,8%. Així, es pot dir que la prevalença

d'obesitat a Catalunya es mantingué estable en tota la dècada dels anys vuitanta i principis dels noranta.

Recentment, segons dades preliminars procedents de la segona edició de l'Estudi sobre hàbits alimentaris a la població de més de 10 anys (ENCAT 2002-2003), la prevalença d'obesitat oscil·la entre el 12 i 16%, si bé les dades de l'examen de salut (2002) han estimat una prevalença del 17% en persones de 18 a 74 anys.

L'increment de la prevalença d'obesitat a l'edat pediàtrica, sobretot en nens pre-púbers, ha estat motiu d'anàlisis i preocupació als països desenvolupats i és tema prioritari en l'agenda de salut pública de molts països. Segons l'estudi en Kid (1998-2000), la prevalença d'obesitat a Espanya en el grup de 2 a 24 anys fou del 13,9%, i a Catalunya del 9,5%. Aquests percentatges guarden similitud amb els observats a l'edat adulta i, per tant, es fa palès el fet de que l'obesitat en la infància és un mirall del que succeeix a l'edat adulta.

Catalunya manté les xifres més baixes de tot l'estat, seguida de la Comunitat Balear. Les tendències en aquest col·lectiu són a l'alça i de forma alarmant.

Els factors de risc de l'obesitat infantil identificats a l'estat espanyol han estat: el baix nivell socioeconòmic i cultural del pares, la presència d'obesitat en els progenitors, la manca d'alletament matern, les hores de televisió setmanals, el sedentarisme, el baix consum de fruites i verdures, l'elevat consum de brioixeria industrial i de begudes refrescants i l'omissió de l'esmorzar o un esmorzar inadequat.

Objectiu de salut i de disminució de risc per a l'any 2010:

D'aquí a l'any 2010 caldrà que la prevalença d'obesitat infantil i juvenil no augmenti i sigui <10%.

-Indicador d'avaluació: Prevalença d'obesitat a la població infantil i juvenil.

-Objectius operacionals del Pla de Salut 2002-2005:

D'aquí a l'any 2005 es duran a terme programes de prevenció de l'obesitat en els centres educatius públics i concertats.

-Indicador d'avaluació: Aplicació dels programes.

-Activitats:

Sessions informatives a centres d'Atenció Primària de salut, col·legis professionals, centres educatius i universitaris, i empreses de restauració col·lectiva, sobre la magnitud del problema de l'obesitat a Catalunya.

Programes educatius a l'escola.

Avaluació:

L'avaluació del compliment dels objectius s'ha de centrar en la realització d'enquestes transversals periòdiques que permetin controlar els indicadors antropomètrics de la població catalana i de diferents grups poblacionals.

L'enquesta Nutricional de Catalunya (ENCAT), conjuntament amb l'Examen de Salut (ESCAT) i altres sistemes d'informació facilitaran el seguiment, durant l'any 2010, del compliment dels objectius nutricionals mitjançant els indicadors següents:

-Prevalença d'obesitat (IMC) en edat pediàtrica.

b) Consum excessiu d'alcohol:

L'últim informe de la OMS estableix que l'alcohol és el 5è factor de risc per la salut al món i el 3er en els països desenvolupats.

En el cas dels joves d'entre 14 i 18 anys és especialment rellevant ressenyar que la prevalença de consums alcohòlics en el curs dels darrers 30 dies en les noies (58,3%) és lleugerament superior a la dels nois (57,8%); això constata la progressiva incorporació de la dona al consum habitual de begudes alcohòliques.

Objectiu de salut i de disminució de risc per a l'any 2010:

1. D'aquí a l'any 2010 cal reduir la prevalença de consumidors excessius d'alcohol en la població de 15 a 29 anys en un 10%.

Indicadors d'avaluació: Evolució dels percentatges de joves bebedors excessius, segons les enquestes poblacionals.

Objectius operacionals del Pla de Salut 2002-2005

1. D'aquí a l'any 2005 cal formar als pediatres amb programes específics de prevenció i detecció del consum d'alcohol.

Indicadors d'avaluació: Existència i difusió dels programes de formació per a pediatres.

c) Consum de drogues no institucionalitzades

Degut a la magnitud dels problemes de salut generats pel consum i la dependència de l'heroïna, la cocaïna i les altres substàncies addictives il·legals, l'administració sanitària catalana, seguint les orientacions del organismes internacionals, ha considerat des dels inicis del Pla de Salut, la prevenció i l'abordatge de les drogodependències com un dels àmbits d'intervenció prioritària.

Magnitud del problema:

Diferents indicadors fan possible una aproximació a la dimensió epidemiològica de l'ús de drogues no institucionalitzades a Catalunya.

	1997	1999	2001
Cannabis	4,0	4,3	8,3
Cocaïna	0,9	1,0	1,4
Heroïna	0,0	0,1	0,0
Speed/amfetamines	0,2	0,4	0,6
Èxtasis/drogues de síntesi	0,1	0,1	1,0
Al.lucinògens	0,3	0,3	0,2
Substàncies volàtils	0,0	0,0	0,2

TAULA 1. Evolució del percentatge de consumidors de diferents drogues durant els darrers 30 dies entre la població general de 15-64 anys.

Catalunya 1997, 1999, 2001* (%).

	1994	1996	1998	2000
Tranquil·litzants	2,8	2,7	2,6	2,4
Cannabis	17,1	21,5	22,1	22,3
Cocaïna	0,8	1,9	3,5	2,0
Heroïna	0,2	0,3	0,2	0,05
Speed/amfetamines	2,7	3,5	2,1	1,1
Èxtasis/drogues de síntesi	2,6	3,8	2,3	2,5
Al.lucinògens	3,2	3,6	2,0	1,6
Inhalables	1,1	1,9	1,7	2,0

TAULA 2. Evolució del percentatge de consumidors de diferents drogues durant els darrers 30 dies entre els escolars de 14 a 18 anys (%).

Catalunya 1994, 1996, 1998 i 2000.

Els avenços de la recerca sobre els factors de risc i de protecció associats a l'abús de drogues han fet possible el desenvolupament de programes de prevenció primària de les drogodependències, que sovint s'adrecen a la població infantil i adolescent en el marc de l'escola, la família o la comunitat. Diferents estudis han demostrat que alguns programes de prevenció de les drogodependències poden reduir el risc de desenvolupar un ús problemàtic del tabac, l'alcohol o altres drogues.

Objectiu de salut i de disminució de risc per a l'any 2010:

1. D'aquí a l'any 2010 cal reduir en un 20% la prevalença de consumidors de drogues no institucionalitzades en la població de 15 a 29 anys.

Indicador d'avaluació: Evolució del percentatge de consumidors de drogues en els darrers 30 dies entre la població de 15 a 29 anys a partir dels resultats de les enquestes poblacionals.

Objectius operacionals del Pla de Salut 2002-2005:

1. D'aquí a l'any 2005, cal disposar de material didàctic de suport als Plans Preventius de Drogodependències per a tots els nivells de l'ensenyament obligatori.

Indicador d'avaluació: Existència de material didàctic preventiu de drogodependències per a tots els nivells d'ensenyament obligatori.

2. D'aquí a l'any 2005, el Servei Català de la Salut i el Departament de Sanitat i Seguretat Social hauran elaborat i difós les recomanacions per a la detecció, el control i el seguiment dels consumidors de drogues no institucionalitzades i per a la millora de la qualitat assistencial.

Indicador d'avaluació: Existència de les recomanacions.

3. D'aquí a l'any 2005, s'haurà de disposar d'informació sobre el consum de drogues no institucionalitzades (opiacis, cocaïna i altres estimulants, derivats del cànnabis, al.lucinògens, inhalants, etc.) d'almenys el 50% de la població de 15 a 40 anys atesa pels equips d'atenció primària.

Indicador d'avaluació: Percentatge d'històries clíniques de la població de 15 a 40 anys atesa pels equips d'atenció primària,

que tenen enregistrat el consum de drogues no institucionalitzades.

Activitats:

- Elaboració de materials informatiu i educatiu per a les accions de promoció de la salut i de prevenció de riscos, considerant especialment aquells grups de la població i practiques que suposen especials riscos (menors, minories culturals, etc.).
- Aplicació de les intervencions preventives establertes en els àmbits comunitari, educatiu i sanitari.
- Desenvolupar les actuacions de les administracions públiques dirigides a conciliar la vida familiar, laboral i escolar.
- Iniciar i desenvolupar l'existència de sanitaris escolars de referència, com a punts de contacte amb els adolescents, en els centres d'ensenyament secundaris.
- Desenvolupament i millora del Sistema d'Informació de Drogodependències.
- Actualització de les recomanacions per a la detecció i l'abordatge de les drogoaddiccions en l'àmbit de l'atenció primària de salut.
- Formació dels professionals sanitaris i socials per millorar els coneixements i habilitats en l'abordatge d'aquestes malalties.
- Impulsar la coordinació entre els diferents recursos i professionals en relació amb les malalties associables a les toxicomanies.

Avaluació:

- Estudis poblacionals de seguiment de l'evolució del consum de drogues.
- Elaboració i difusió, per part dels Departaments de Sanitat i Seguretat Social i d'Ensenyament, de material didàctic preventiu.
- Anàlisi de les dades registrades, en les histories clíniques d'atenció primària, sobre consum de drogues en la població atesa de 15 a 40 anys.

Intervencions prioritàries del Pla de Salut 2002-2005:

1. Promoció de la informació i l'educació sanitària sobre el consum de drogues adreçades a la població general, especialment als joves i adolescents.
2. Impuls de les activitats de detecció precoç i consell preventiu per a l'abstinència i la disminució dels riscos associats al consum de drogues.

d) Malalties de transmissió sexual:

La importància de les MTS rau en la seva elevada incidència i en les conseqüències sanitàries i econòmiques que aquesta alta freqüència comporta.

Les MTS es troben entre les causes més comunes de morbiditat per malalties infeccioses en el món.

En aquests anys, les activitats d'informació i d'educació sanitàries han fet èmfasi en els centres d'E.S.O, batxillerat i ensenyament superior, i també en l'àmbit sanitari, especialment dirigides a joves i grups amb comportaments de risc, a través dels centres de prevenció i control de les MTS (actualment, Unitats d'infeccions de transmissió sexual), dels

programes d'Atenció a la dona dels Centres d'assistència primària i de recursos d'informació juvenil.

Un dels principals instruments d'intervenció ha estat l'elaboració i difusió per part del Departament de Sanitat i Seguretat Social, d'aquesta guia de prevenció i control, dirigida als professionals sanitaris.

Objectius operacionals del Pla de Salut 2002-2005:

1. D'aquí a l'any 2005 cal que el 90% dels joves de centres d'E.S.O (cursos 3r i 4t), FP, Batxillerat i Ensenyament universitari coneguin les MTS i les principals mesures per a evitar-les.

Indicador d'avaluació: Proporció de joves en edat escolar i universitària que coneixen les MTS i les mesures per prevenir-les.

2. D'aquí a l'any 2005 cal que el 80% de centres d'FP i Batxillerat realitzin programes d'educació sexual durant el curs escolar.

Indicador d'avaluació: Proporció de centres que apliquen el programa.

3. D'aquí a l'any 2005 cal que el 80% de la població entre 15 i 49 anys conegui les MTS i les principals mesures per a evitar-les.

Indicador d'avaluació: Proporció de persones que coneixen les MTS i les mesures per prevenir-les.

4. D'aquí a l'any 2005 cal que almenys el 95% de la població entre 15 i 49 anys amb risc elevat d'adquirir MTS utilitzi adequadament els preservatius i/o altres mesures preventives.

Indicador d'avaluació: Proporció de persones de 15 a 49 anys que utilitzen adequadament els preservatius.

5. D'aquí a l'any 2005 cal que el sistema de vigilància epidemiològica permeti estimar la incidència de les principals MTS a Catalunya i orientar les accions a emprendre per realitzar un control efectiu d'aquestes malalties.

Indicador d'avaluació: Realització de l'activitat.

Activitats:

La informació i l'educació sanitàries destinades a evitar o a protegir adequadament les conductes sexuals de risc, la detecció precoç i el tractament dels casos, el control dels contactes i la vigilància epidemiològica han demostrat la seva eficàcia i efectivitat en la prevenció i control de les MTS, i permeten actuar contra aquest important problema de salut pública.

Les MTS van unides al comportament humà, i cal una actuació intersectorial (escoles, mitjans de comunicació, llocs de treball, entre d'altres), juntament amb un paper actiu dels serveis i dels seus professionals per a la prevenció, la detecció i el control d'aquestes malalties.

La informació i l'educació sanitària dirigides a la població i als grups amb comportament de risc han d'anar adreçades a proporcionar coneixements sobre els mecanismes de transmissió de les MTS, els primers símptomes i els riscos que s'hi associen, i la prevenció específica. L'educació sanitària ha d'anar destinada a l'adopció de conductes sexuals segures o bé a canvis de comportament que redueixin el risc d'adquirir o transmetre les MTS, com ara el retard en l'inici de les relacions sexuals, la reducció del nombre de companys sexuals, la utilització correcta i sistemàtica del preservatiu en totes les relacions sexuals que no comportin monogàmia mútua amb la parella no infectada, o les pràctiques sexuals de menys risc.

L'atenció primària s'ha configurat com el marc idoni per desenvolupar les activitats de prevenció, detecció i control. La introducció dels consells per a la prevenció de les MTS mitjançant els contactes dels individus amb l'atenció primària de salut segueix essent un dels objectius prioritaris a desenvolupar conjuntament amb la millora dels procediments de detecció i control. Un altre àmbit d'interès especial per a la informació i l'educació sanitària és l'escola. Per aquest motiu es segueix proposant una intervenció específica per promoure hàbits saludables en relació amb les MTS.

Per altra banda, la capacitat d'intervenció dels diferents professionals s'ha de continuar millorant mitjançant activitats de formació continuada.

En concret les activitats proposades per tal d'assolir els objectius de salut per a l'any 2010 a Catalunya són les següents:

- Informació i educació sanitàries a la població general, especialment a joves i adolescents i als grups amb comportament de risc, a través dels contactes amb el dispositiu assistencial implicat.
- En l'àmbit escolar, educació per a la salut i promoció d'hàbits saludables en relació a les MTS, i de manera sistemàtica als alumnes d'FP, Batxillerat i de 3r i 4t d'E.S.O.
- Promoció dels canvis de comportament sexual i de l'ús del preservatiu, especialment d'aquelles persones amb més risc i possibilitat de contraure i/o estendre el MTS.

Avaluació:

- Existència i disponibilitat de la informació sanitària. Activitats de difusió efectuades.
- Evolució del percentatge de joves de centres d'FP, ESO i BUP coneixedors de les MTS i dels mecanismes per prevenir-les.
- Evolució del percentatge de persones entre 15 i 49 anys coneixedors de les MTS i dels mecanismes per prevenir-les.
- Evolució del percentatge de la població de risc elevat que utilitza mesures preventives.

- Accions realitzades per a la informació continuada dels diferents professionals sanitaris encarregats de dur a terme les activitats del Programa de prevenció i control de les malalties de transmissió sexual.

Intervencions prioritàries del Pla de Salut 2002-2005:

Pel Pla de Salut de Catalunya 2002-2005 s'han mantingut les intervencions proposades pel del període 1999-2001, basades en les activitats de prevenció, detecció i control de les MTS, millora de la vigilància epidemiològica i la promoció d'hàbits saludables:

- Informació i educació sanitàries a la població general i als grups amb comportament de risc.
- Elaboració i edició de material d'educació sanitària sobre les infeccions de transmissió sexual més prevalent.
- Cribatge a homes i dones amb comportament de risc.
- Es difondran i aplicaran els criteris per a la prevenció, el diagnòstic i el tractament, especialment en certs grups de població (persones treballadores del sexe comercial, immigrants estrangers....).

	Justificació i Magnitud del Problema	Objectius i Activitats
Obesitat	- Increment a població adulta, però encara més a la infantil. Obesitat infantil 9,5% a Catalunya. - Factors de risc obesitat: baix nivell socioeconòmic i cultural dels pares, obesitat dels pares, no alletament matern, hores de televisió, sedentarisme, baix consum de fruita i verdura, elevat consum de brioixeria industrial o begudes refrescants i esmorzar inexistent o inadequat.	- Objectiu de salut 2010: prevalença obesitat infantil i juvenil estable i <10%. - Objectiu operacional 2005: Dur a terme programes de prevenció de l'obesitat en els centres educatius. - Activitats: Sessions informatives al centre atenció primària, col·legis professionals, centres educatius, empreses de restauració... i programes educatius a l'escola.
Consum d'alcohol	- 5è factor de risc de salut al món i el 3r als països desenvolupats. - Incorporació de la dona al consum habitual. Consum últims 30 dies: noies 58,3%, nois 57,8%.	- Objectiu de salut 2010: Reduir la prevalença de consumidors excessius d'alcohol de la població de 15 a 29 anys en un 10% - Objectiu operacional 2005: formar els pediatres amb programes específics de prevenció i detecció del consum d'alcohol.

65

3.2 El Programa "Salut i Escola"

Abans de definir el Programa "Salut i Escola" (annex 1), caldria definir què és un programa de salut. Flink (1993) el defineix com "els esforços sistemàtics realitzats per aconseguir objectius prèviament amb la finalitat de millorar la salut, els coneixements, l'actitud i la pràctica".

Dins del marc que presenta el Pla de Salut 2002-2005, l'any 2004 es presenta el Programa Salut i Escola, la població diana del qual són els nois i noies de 3r i 4t curs d'E.S.O dels centres públics i concertats de Catalunya ($\cong$ 125.000 alumnes a Catalunya).

Els objectius del PSiE són:

1. Millorar la coordinació entre l'escola i els serveis de salut per tal de donar resposta a les necessitats dels adolescents.
2. Apropar els serveis de salut als centres docents i als adolescents, per facilitar:
 - la promoció d'actituds i hàbits saludables (factors protectors)
 - reduir els comportaments que poden afectar negativament a la salut (factors de risc)
 - detecció precoç dels problemes de salut, a fi d'intervenir-hi el més aviat possible
3. Elaborar un mapa territorial conjunt de serveis sanitaris i educatius, amb l'objectiu de donar una resposta territorial integrada.

El programa pretén actuar en termes de promoció, prevenció i detecció precoç de problemes dels següents àmbits: Salut

afectivo-sexual, salut mental, consum de drogues, alcohol i tabac i salut alimentària.

Les intervencions previstes dins el PSiE són:

- *Tallers de promoció de la salut*
- *Orientació als equips d'assessorament psicopedagògics, psicopedagogs dels centres educatius i professorat sobre temes de salut que poden afectar els alumnes*
- *Difusió entre el professorat dels programes de prevenció, cursos de formació, guies didàctiques, exposicions i altres activitats preventives adreçades a la comunitat educativa*
- *Consulta oberta als adolescents per part d'una infermera de l'Equip d'Atenció Primària de salut (EAP) en els centres docents per apropar els serveis sanitaris a l'àmbit on es troben els joves*
- *Priorització per part dels Equips d'Atenció Primària de salut dels casos derivats*
- *Visites dels Adolescents als Centres d'Atenció Primària de Salut (per familiaritzar els adolescents amb els equips sanitaris i els centres de salut que tenen al seu abast)*

L' EAP de salut, principalment els professionals d'infermeria, serà l'encarregat de dur a terme el PSiE, d'acord amb la priorització del Departament de Salut de potenciar l'atenció comunitària, amb la col·laboració del professorat dels centres docents, els Equips d'Atenció Psicopedagògica (EAPs), els equips de salut escolar dels Ajuntaments i els serveis sanitaris de suport com el Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ), el centre d'Atenció de Salut Sexual i Reproductiva

(ASSIR), els Centres d'Atenció i Seguiment de drogodependències (CAS).

Segons el programa, el perfil del professional referent s'ha de situar en l'àmbit de la infermera comunitària i és important que sempre sigui el mateix professional per tal de garantir la continuïtat i la confidencialitat. Aquest professional ha de ser el referent de l'adolescent, del tutor i professorat de l'àrea i cal que es coordini amb tots els professionals implicats en el PSiE i col·labori amb els EAPs (pedagogia) per la derivació dels alumnes als recursos existents.

Una de les funcions de la infermera comunitària dins de l'àmbit d'atenció primària, és ser referent de salut de la comunitat i fer de gestora de casos, per tal d'orientar i acompanyar els usuaris en el seu camí cap a la salut, a través del sistema sanitari, basant-se en la relació d'ajuda i l'entrevista en profunditat.

Altres funcions de la infermera comunitària són participar en el disseny, organització, execució i avaluació de programes d'educació de la salut.

4 L'AVALUACIÓ DE PROGRAMES

4.1 Avaluació de programes, el procés d'avaluació

"Avaluació" ve del llatí "*valere*" (valorar) que implica atribuir cert valor a una cosa. Scriven (1967) diu que avaluar "suposa la estimació del mèrit d'un objecte". i Tyler (1950) diu que l'avaluació de programes és "el procés de determinar en quina mesura els objectius d'un programa han estat assolits". Per altra banda, Levin (1975) defineix avaluació com "l'examen dels efectes o resultats d'un programa, Però també cal saber com s'ha de fer aquesta avaluació per evitar judicis i opinions i quina és la finalitat de la mateixa.

Units aquests elements, podem definir l'avaluació de programes com la sistemàtica investigació a través de mètodes científics dels efectes, resultats i objectius d'un programa amb la finalitat de prendre decisions sobre ell: continuar-lo, eliminar-lo o fer-hi modificacions.

L'avaluació de programes es pot dividir en tres: avaluació del procés, de l'impacte i dels resultats

En l'avaluació d'impacte i resultats. Es valoren els efectes del programa, però de diferent manera. La primera se centra en la

valoració dels efectes immediats del programa i, en general, correspon als objectius del programa. En canvi, la segona, se centra en els efectes posteriors o a llarg plaç, que acostumen a referir-se a la meta o objectius del programa a llarg plaç es mesuren en resultats de salut

4.2 L'avaluació de procés. Models d'avaluació

L'avaluació de procés és la primera que cal fer. Consisteix en assegurar-se que el programa planificat s'està duent a terme d'acord amb les intencions originals escrites. Mesura fins on ha penetrat en la població diana i la proporció de persones del grup que reben tot el programa o una part d'ell. Mesura també fins a quin punt s'ha executat les activitats del programa i la satisfacció dels participants. Així doncs, l'avaluació de procés inclou la valoració de l'impacte, satisfacció dels participants, compliment de les activitats i rendiments dels material i components del programa. La informació obtinguda mitjançant aquest procés ajuda a millorar el programa i la seva execució. Per aquesta raó també es pot anomenar, *avaluació formativa*.

Només quan l'avaluació de procés indiqui que el programa està funcionant de forma òptima, es podrà passar a l'avaluació d'impacte i resultats. Però cal mantenir algun grau d'avaluació de procés per garantir que el programa segueix funcionant segons la forma prevista. Si l'avaluació d'impacte i resultat indiquen que el programa és útil, les dades de l'avaluació de procés documenten clarament en què és útil. D'aquesta manera, altres persones se'n podran beneficiar ja que tindran tota la informació necessària.

Quan fem l'avaluació de procés, és molt difícil determinar si allò que està passant amb l'execució del programa és òptim o no. Com podem garantir la qualitat? ¿Un 80% de participants es pot considerar suficient? Les solucions proposades acostumen a suggerir comparacions històriques o amb activitats en curs a un altre lloc. De totes maneres, com que sovint no es publiquen els resultats de l'avaluació de procés, pot ser difícil trobar dades per comparar. Llavors cal recórrer al consens entre professionals o experts en altres àrees.

4.3 L'avaluació de satisfacció

Com hem vist al punt anterior, una de les coses que es mesura en l'avaluació de procés és la satisfacció dels participants. Exceptuant alguns programes específics, normalment cal esperar que el programa agradi a la gent o, almenys, que el valorin, abans d'esperar que proporcioni els efectes desitjats.

La satisfacció dels participants en el PSiE es considera un indicador de qualitat molt important i és clau per aconseguir els efectes desitjats del programa.

Esbrinar el grau de satisfacció dels usuaris és un dels instruments més generalment usats per la valoració i gestió del funcionament dels serveis sanitaris. L'objectiu que es persegueix és descriure la conformitat dels pacients amb el servei rebut i la seva importància recau en el fet que és una percepció personal i subjectiva, i no una avaluació objectiva.

Així doncs, cal tenir en compte dos elements: El primer respon a l'expectativa del servei, és a dir, la satisfacció esperada del futur consumidor d'un servei de salut. El segon element és el servei posteriorment percebut per ell. D'aquí doncs, en surt una altra definició de satisfacció del pacient: l'adequació de les seves expectatives amb la percepció final del servei sanitari. Per això és molt important conèixer i objectivar les expectatives de servei del pacient per després poder avaluar i medir el grau de satisfacció.

En un estudi de Thomas i Suñol (1995) s'estableixen quatre tipus d'expectatives: a) ideals o desitjos, b) previsibles o basades en la experiència, c) normatives o relacionades amb "el que ha de ser" el servei, i d) inexistència d'expectatives. El que es dedueix de tots aquests estudis és que la relació entre expectatives i satisfacció no és una casualitat mecànica.

Hall i Dornan (1990) relacionen la satisfacció amb un gran número de **variables**, com la qualitat afectiva del proveïdor dels serveis de salut, la quantitat d'informació que usa el proveïdor, l'habilitat tècnica del proveïdor, el temps d'espera i variables sociodemogràfiques com l'edat, el sexe i altres. Per altra banda, Altres autors com Hall, Wilburn i Epstein diuen que existeix una relació significativa entre l'estat de salut i la satisfacció dels pacients i amb el comportament dels professionals de la medicina.

Molts autors relacionen el grau de satisfacció amb la QUALITAT. El terme "qualitat" s'ha convertit en una constant quan es parla de salut i assistència sanitària.

Per altra banda, la opinió dels usuaris està relacionada amb el principi de participació del consumidor reconegut per la OMS. Si l'objectiu principal de la prestació d'un servei sanitari és l'usuari, és necessari conèixer la seva opinió i el seu grau de satisfacció al respecte per tal de poder ajustar en tot el possible el servei que oferim a les seves necessitats reals, expectatives i prioritats. Tot i així, molt sovint, els criteris de qualitat són establerts pels professionals, les prioritats dels quals no sempre coincideixen amb les dels pacients. Per tant, es fa necessari l'anàlisi periòdic de la opinió de l'usuari, ja que ens ajudarà a evidenciar actituds i situacions que sinó serien difícils de conèixer. Això fa que el coneixement del grau de satisfacció dels usuaris sigui un element determinant per mesurar la qualitat d'un servei i una eina útil de cara a optimitzar una futura assistència que sigui més coherent amb les expectatives i necessitats de l'usuari.

En un estudi realitzat a quatre-cents centres d'atenció primària a Catalunya sobre satisfacció dels usuaris (1998), es va trobar una satisfacció de 7,34 sobre 10 separada en diversos apartats a valorar. Aquest resultat coincideix amb un estudi de Ross et al 7,79. Els estudis en general donen satisfaccions entre el 70% i 90%.

4.3.1 Servei infermer

Si volem avaluar el grau de satisfacció d'un servei infermer, cal definir-lo primer. Es pot definir com "el conjunt d'activitats cuidadores decidides per la infermera i executades per ella o altres membres del personal cuidador per promoure la salut, recuperar la malaltia o reintegrar l'individu al seu medi".

4.3.2 Qualitat assistencial

La necessitat de proporcionar un servei de qualitat sorgeix des del mateix moment que es planteja la prestació d'un servei. És més, des d'un punt de vista ètic, és obligatori proposar-se optimitzar la qualitat dels serveis i satisfer els usuaris, sobretot quan, com diu Morder, la curació no és possible o existeixen altres impediments.

Aquest concepte ha evolucionat al llarg de la història. Al principi, només es mesurava a través de mortalitat i morbiditat, el tipus d'educació dels professionals sanitaris i el càlcul dels costos. Durant la dècada dels 70, l'etapa de la Garantia de la Qualitat, es garantitzava la qualitat seguint uns processos cíclics en què s'identificaven les deficiències de l'assistència sanitària i s'establien les mesures per corregir-ho. A finals dels 80 i principis dels 90, van aparèixer els Programes de Millora Contínua de la Qualitat. Aquests incorporen la metodologia de la gestió de la qualitat, que consisteix en oferir un servei que sigui útil, el més econòmic possible i sempre satisfactori pel pacient.

La clau està en conèixer la realitat per saber com millorar-la. Però això no sempre és fàcil i, per tant, el terme qualitat assistencial segueix sent encara molt abstracte.

Vuori desglossa la qualitat en vuit dimensions, una d'elles la satisfacció del consumidor. La resta són: eficiència, efectivitat, adequació, qualitat científic-tècnica, satisfacció del personal, accessibilitat i continuïtat, que es refereix al tractament del pacient com un tot en un sistema d'assistència integrat.

L'objectiu de procurar la qualitat d'un producte o servei és la satisfacció del que ho consumirà. Si un client no està

conforme amb el servei rebut, la continuïtat de la relació client-proveïdor perilla. Per tant, la qüestió que es planteja és com avaluar la satisfacció de l'usuari i, d'aquesta manera, obtenir un bon indicador de la qualitat de les cures infermeres.

4.3.3 Satisfacció de l'usuari

Aquest concepte ha agafat importància els últims anys ja que l'assistència sanitària cada vegada usa més "les cures centrades en els pacients", on el paper de l'usuari agafa més importància i els professionals sanitaris coneixen, entenen i assumeixen el punt de vista del pacient.

Els estudis de satisfacció d'usuaris aporten informació sobre les seves necessitats i expectatives, les quals es convertiran en objectius de qualitat que serviran per reorientar els serveis.

Segons diversos estudis de satisfacció, els components més importants de la satisfacció són:

- Relació interpersonal
- Competència professional
- Accessibilitat i disponibilitat
- Temps dedicat a l'usuari
- Eficàcia
- Continuïtat
- Entorn físic
- Informació administrada

Aquests estudis també tenen inconvenients. Un dels principals és l'aquiescència, que és la tendència a estar d'acord amb els ítems independentment del que es pregunta. S'intenta resoldre amb qüestionaris de disseny "balanceado", on es fan parells de preguntes en sentit invers que permeten detectar els

massa aquiescents. També passa que els usuaris tendeixen a donar respostes socialment acceptables i atorgar puntuacions positives i altes. També pot ser un inconvenient, si no es controla, que els resultats varien molt segons el mètode usat per mesurar-la. A les entrevistes, la gent normalment s'expressa amb més llibertat i amb el seu propi llenguatge. En canvi, amb els qüestionaris, la gent s'ha de limitar a aproximar la seva opinió a quelcom ja escrit i això pot portar a interpretacions errònies.

Altres inconvenient són: l'efecte "sostre", que consisteix a respondre seguint el sentit de la pregunta i en termes extrems; o el fet que sovint no es contemplan prou les expectatives prèvies.

No podem oblidar que la satisfacció és una expressió individual i, per tant, depèn de les característiques personals, socials, econòmiques i culturals de cadascú. Molts estudis demostren major satisfacció quan més edat ja que, normalment, la gent jove és més participativa i menys conformista.

També és una variable significativa el nivell d'estudis: com més nivell cultural, menys satisfacció expressada. En canvi, no hi diferències significatives de grau de satisfacció entre sexes o races. Però sí que augmenta la satisfacció quan augmenta la religiositat i baixa ens els divorciats o solters.

A l'estudi de Esteban de la Rosa (1994) es diu que els hàbits de vida dels usuaris juguen un paper important en el grau de satisfacció. Així doncs, els consumidors d'alcohol, tabac,

medicaments, o que visiten freqüentment ambients contaminats tenen més tendència a manifestar-se insatisfets.

I finalment, també trobem a la literatura que un grau de satisfacció baix pot estar relacionat amb estats de depressió, ansietat i hostilitat. Això confirma que quan la persona té més bon estat de salut, major és el seu grau de satisfacció.

Saber les percepcions dels usuaris i relacionar-les amb les expectatives prèvies és un dels objectius principals dels serveis en general. I el principal mètode usat per mesurar aquestes percepcions és SERVQUAL, instrument desenvolupat per Parasurman que serveix per mesurar la qualitat del servei d'acord amb una escala multidimensional on s'inclouen les dimensions de fiabilitat, interès, garantia i empatia. El model SERVQUAL defineix la qualitat del servei com la diferència entre les percepcions reals per part dels clients dels servei i les expectatives que s'havien format prèviament.

El principal problema del mètode és la necessitat d'adaptar-lo a cada entorn. També senyalen altres problemes tècnics com l'establiment del moment en què s'han de mesurar les expectatives (abans o després del servei) i la definició adequada del procés de formació de les expectatives.

5 DISSENY DE L'ESTUDI

5.1 Objectiu

Conèixer el grau de satisfacció dels alumnes, professors i les infermeres que han participat en el Programa Salut i Escola

5.2 Metodologia

És un estudi post-facto. Aquest estudi es realitza després d'una any de l'inici del programa Salut i Escola a dos Instituts d'Educació Secundària (IES) de la ciutat de Granollers.

S'han elaborat tres enquestes validades (veure annex 2) diferents per alumnes, professors i infermeres que han participat en el programa. També s'ha utilitzat l'entrevista per les infermeres i algunes preguntes obertes també pels professors. Els qüestionaris han estat validats per la Sra. Montserrat Teixidor, el Sr. Esteve Pons, el Sr. Jose Tejada, la Sra. Isabel Recasens, i la Sra. Teresa Massana.

En les enquestes als alumnes s'ha volgut recollir informació de variables com: informació prèvia del PSiE, ús de les consultes d'infermera, accessibilitat, expectatives prèvies i assoliment de les mateixes, valor afegit a la consulta i dades administratives.

Pel que fa a les dues infermeres, s'ha volgut recollir informació sobre el benefici que els hi ha proporcionat el programa, comparat amb l'esforç invertit en la prestació del servei.

5.3 Població i mostra

La població diana són els alumnes de 3r i 4t d'E.S.O de dos instituts d'Estudis Secundaris de Granollers. Això són 427 alumnes. La mostra ha estat de 167 d'aquests alumnes.

També formen part de la nostra població diana les 2 infermeres que han dut a terme el programa en aquests dos IES i els 13 professors .

L'educació Secundària Obligatòria es situa després de l'etapa d'educació Primària i és la darrera etapa de l'educació obligatòria. Hi accedeixen tots els alumnes i les alumnes que han acabat l'escolarització primària i acull els nois i les noies que tenen de dotze a setze anys. Aquest període de quatre anys s'estructura en dos cicles de dos cursos cadascun. Els alumnes que hagin completat satisfactòriament aquesta etapa podran continuar els estudis de secundària postobligatòria: el batxillerat o els cicles formatius de grau mitjà. Els alumnes que no vulguin continuar iniciaran l'etapa laboral.

En acabar l'etapa, els alumnes hauran d'haver adquirit els coneixements fonamentals de la ciència i de la cultura del nostre temps, així com una formació professional elemental. Per tant, coincideix amb els anys de la preadolescència i primera adolescència, una etapa molt important en el procés de maduració de la joventut.

L'E.S.O, en arribar fins als setze anys, permet fer coincidir l'edat mínima laboral amb l'escolarització obligatòria. Per altra part, aposta per un model d'escola comprensiva que evita la segregació prematura dels estudiants. Aquests elements

conduïxen a un model flexible que s'ha d'adequar a la diversitat d'alumnes, tant pel que fa als processos i ritmes d'aprenentatge com les actituds relatives a l'escola.

Existeixen a l'ESO tres tipus de matèries:

Comunes: Són les matèries bàsiques que han de cursar tots els alumnes i que s'organitzen dins les àrees de ciències socials, llengua catalana i castellana, idioma estranger, ciències de la naturalesa, matemàtiques, tecnologia, educació física, música i educació visual i plàstica.

Variables: Són les matèries que tria l'alumne en funció dels seus interessos. El seu nombre progressa quantitativament a mesura que avança l'etapa. Cada crèdit té una durada aproximada de 35 hores. Una altra característica de l'ESO són els horaris trimestrals, ja que cada trimestre s'elegeixen els nous crèdits que s'hauran de cursar.

Síntesi: Es tracta d'un conjunt d'activitats que té per objectiu comprovar si l'alumne és capaç d'aplicar els objectius de les diferents àrees curriculars. Es cursa un crèdit de síntesi a cada curs de l'E.S.O.

Els alumnes que estan a l'E.S.O presenten una complexitat important, degut a l'etapa vital de la vida en la que es troben.

5.3.1 Escola A

L'any 1933 s'instal·len a Granollers. En els primers anys l'escola anà creixent, fins que a causa d'un incendi l'any 1936, durant la Guerra Civil, l'escola fou destruïda.

Un cop acabada la guerra, el 1939, es torna a obrir l'escola. Com a conseqüència del gran augment de la demanda de llocs escolars, l'any 1944 s'inicien les obres d'un nou edifici i de l'església, inaugurats un any després.

Al llarg dels anys 50 i 60, es van inaugurant noves instal·lacions. Les obres de l'actual edifici comencen el 1968 i finalitzen el 1970. En aquell moment en aquell edifici s'hi impartia el parvulari, l'educació general bàsica i el batxillerat unificat polivalent.

El curs 1984-85, l'Escola A es fa càrrec de l'escola de les Germanes Carmelites Vedruna. Això fa que, a partir d'aquell moment a un edifici s'hi imparteixin els estudis d'Educació Infantil i Primària i a l'altre els estudis d'Educació Secundària i Batxillerat. L'any 1989 es va inaugurar un nou cos d'edifici, fet amb la intenció de poder atendre l'alumnat de l'escola de manera més confortable, deixant l'edifici amb la seva fesomia actual.

El curs 1994-95 es construeix un edifici nou en l'espai que ocupava l'antiga capella del col·legi permetent a l'escola impartir els ensenyaments d'educació Secundària, el Batxillerat i també una àmplia oferta de formació no reglada. El fet de que sigui una escola concertada, determina un nivell social, econòmic i cultural mig/alt.

Els alumnes inscrits en aquesta escola en el curs escolar 2006-2007 a l'ESO van ser:

1r.	2n.	3r.	4t.	Total
120	121	121	120	482

5.3.2 Institut d'Estudis Secundaris B

L'IES B és un **institut d'ensenyament secundari públic**, la titularitat del qual correspon a l'Ajuntament de Granollers i que està sostingut mitjançant un conveni singular amb el departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya.

L'IES B s'ha caracteritzat, al llarg de més de setanta-cinc anys d'història, per la seva vinculació amb l'entorn local i comarcal, i també per la seva relació amb el món del treball. Amb una clara vocació educativa, creuen en la formació dels nois i les noies tant des de la dimensió dels valors com des del punt de vista acadèmic. L'IES B és un centre escolar que es declara no confessional i integrador i pel qual esdevé prioritari fomentar la formació de l' alumnat en els valors de la tolerància, del respecte i del diàleg, i que vetlla per la participació activa dels diferents sectors -pares, alumnes i professorat- en la vida escolar, en el marc d'una societat plural, integradora i democràtica.

L'IES B imparteix estudis **d'Educació Secundària Obligatòria, Batxillerat, Cicles Formatius de Grau Mitjà i Cicles Formatius de Grau Superior**. L'oferta d'estudis

postobligatoris que ofereix el centre és atractiva pel ventall d'ensenyaments de secundària als quals un alumne/a pot accedir un cop finalitzada l'E.S.O.

En general existeix una barreja d'alumnes en aquest centre, imperant el nivell econòmic i social mig/baix.

Els alumnes matriculats a l'IES B durant el curs 2005-2006 a l'E.S.O va ser:

1r.	2n.	3r.	4t.	Total
92	90	93	93	368

6 RESULTATS

6.1 Introducció General

L'estratègia per conèixer el grau satisfacció dels alumnes implicats en el Programa Salut i Escola ha estat passar un qüestionari validat als alumnes de 3r i 4t d'ESO de dos centres d'Educació Secundària de Granollers. Per motius de confidencialitat, els hem descrit com Escola A i Escola B. En aquests centres és el segon curs que s'aplica el programa. S'han recollit 167 qüestionaris.

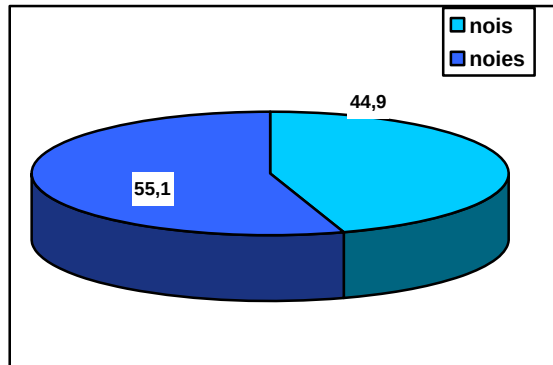
També s'han passat uns altres qüestionaris a les dues infermeres dels dos centres i als tretze professors- tutors dels mateixos.

Per l'anàlisi de la informació recollida s'ha utilitzat el paquet estadístic SPSS (Statistical Package for Socials Sciencies), implicant tan estratègies d'anàlisi descriptiu i inferencial.

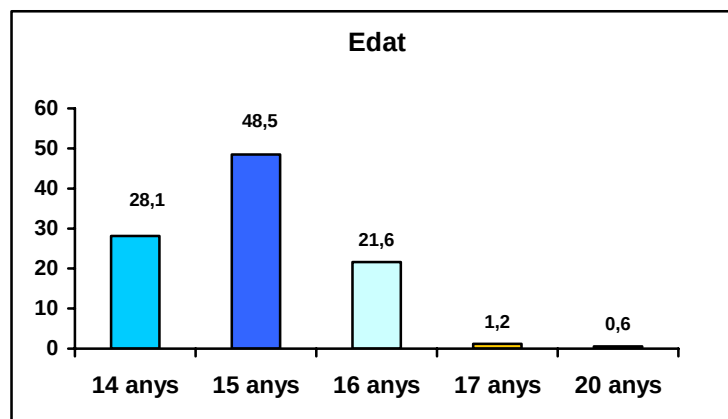
Per una major comprensió dels resultats, s'exposen primer els dels alumnes i després els dels professors i infermeres. Dins de cada apartat, es presenten primer els que caracteritzen la mostra, per després presentar alguns creuaments interessants per la investigació.

6.2 Caracterització de la mostra dels alumnes

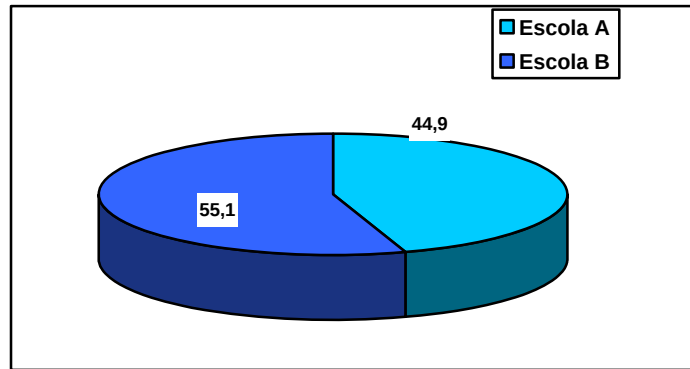
El **gènere** de la mostra queda repartit de forma força homogènia: el 44,9% són nois i el 55,1% són noies:



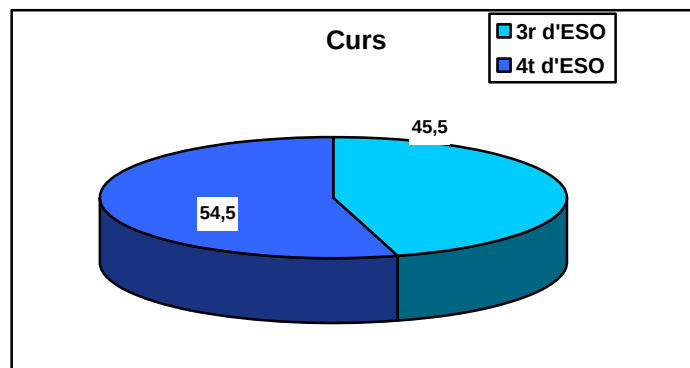
L'**edat** dels enquestats està compresa entre els 14 i els 16 anys majoritàriament. Hi ha 2 enquestats de 17 anys i 1 de 20 anys.



Els alumnes pertanyen a dos **centres d'Educació Secundària de Granollers**: el 44,9% dels alumnes enquestats són de l'Escola A i el 55,1 són de l'Escola B.

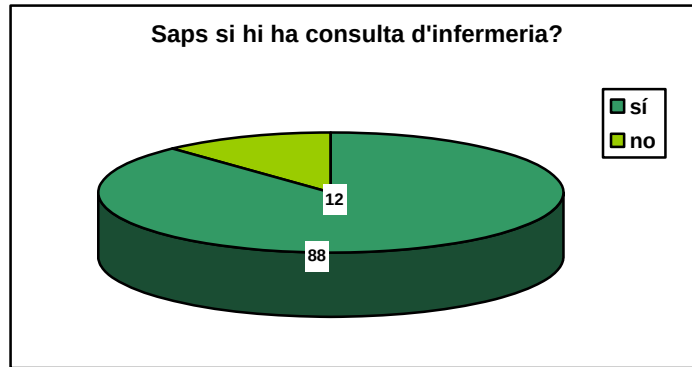


Són de 3r d'ESO el 45,5% i de 4t d'ESO el 54,5%.

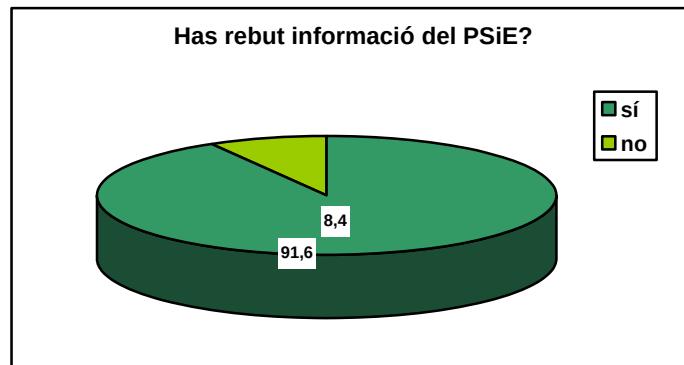


6.2.1 Informació del PSiE

Diuen que coneixen la existència de la consulta d'infermeria al centre el 88% dels alumnes. Aquesta dada ens mostra que el programa arriba a la majoria de l'alumnat.

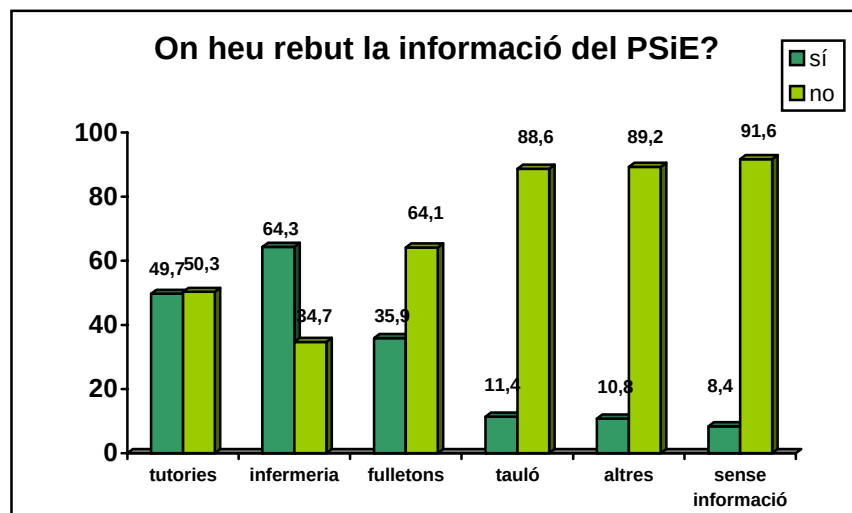


Diuen no haver rebut informació del PSiE el 8,4% dels alumnes.

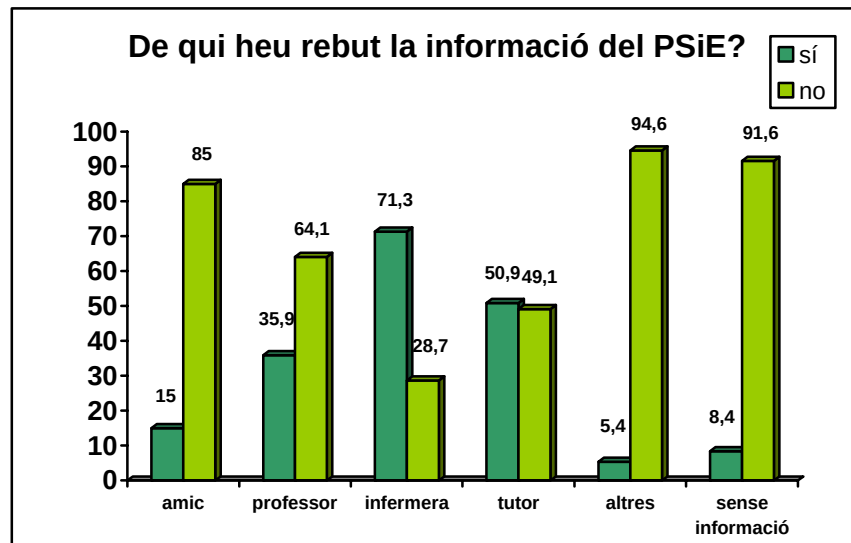


Hi ha un grup d'enquestats, el 3,6 %, que han rebut informació, però no saben que hi ha consulta. Suposem algun error dels enquestat o no han entès la pregunta. Caldria esperar que si tenen informació sobre el PSiE, és que saben segur que hi ha consulta.

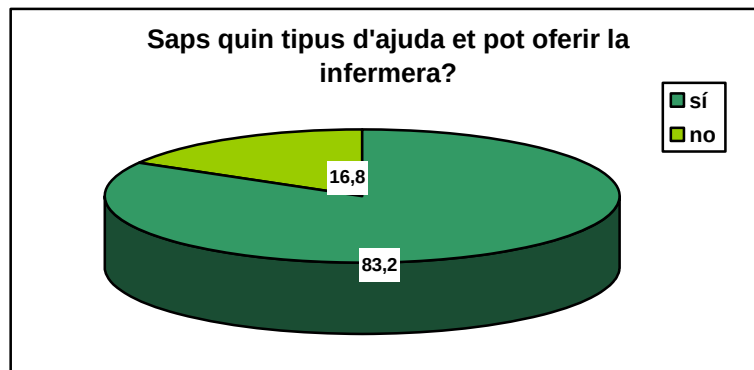
Pel què fa a la informació rebuda sobre el Programa Salut i Escola, el 49,7% han rebut informació a les tutories, el 65,3% han estat informats per infermeria, el 35,9% a través de fulletons, l'11,4% a través del tauló d'anuncis i el 10,8% a través d'altres fonts. Observem que el gran pes de la informació recau sobre les persones (infermeria i tutor), però sobretot sobre la infermera i així és manifestat pels alumnes.



Les persones que els han informat són: un 15% diuen que els han informat els amics, el 35,9% diuen haver rebut informació de professors, el 71,3% de la infermeria i el 50,9% del tutor i el 5,4% d'altres persones. Aquesta pregunta posa de manifest que és percebuda de manera significativa la informació que dóna la infermera, al igual que en la pregunta anterior.

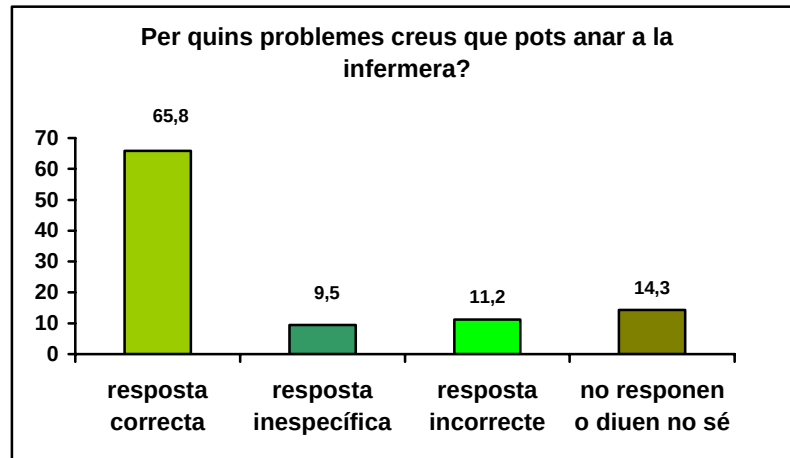


El 83,2% dels alumnes diuen que sí saben el tipus d'ajuda que els pot oferir la infermera.



A la pregunta: “per quins problemes creus que pots anar a la infermera?”, 24 alumnes no responen o diuen “no sé”, 110 alumnes (65,8% de la mostra) expliquen de forma correcta els problemes que poden abordar amb la infermera. En canvi, 16 alumnes (9,5% de la mostra) responen de forma incorrecta: diuen clarament que els problemes que pot abordar la infermera del PSiE són problemes físics del tipus: caigudes, ferides, malestar o vacunes. També hi ha 17 alumnes (11,2%) que responen de forma massa inespecífica per saber si és o

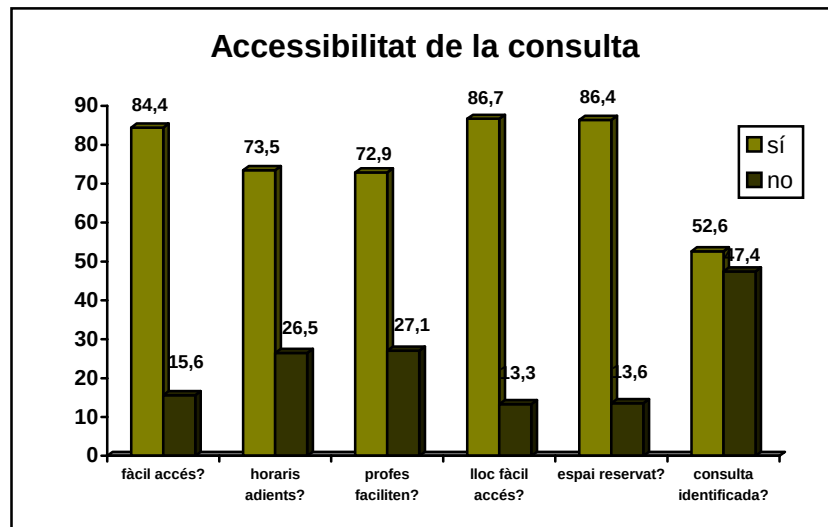
no correcte: “per problemes físics i psíquics, per dubtes, per problemes...”.



Pel que fa a la informació prèvia sobre l'existència del PSiE en general i les consultes d'infermeria, concretament, a les seves escoles, podem dir que ha arribat a la gran majoria dels alumnes. També podem dir que aquesta informació ha arribat de forma correcte al 65,8% d'aquests. La resta, quasi tots coneixen el programa, però no saben prou bé quina utilitat els hi pot donar.

6.2.2 Accessibilitat

Pel què fa a l'accessibilitat, el 84,4% dels alumnes diuen que és fàcil anar a la consulta. El 73,5% diuen que els horaris són adients, el 72,9% creuen que els professors els hi faciliten anar a la consulta, el 86,7% diuen que la ubicació de la consulta és d'accés fàcil, el 86,4% afirmen que la consulta està a un espai reservat. Només el 52,6% creuen que la consulta està ben identificada.



L'accessibilitat, tema que es considera molt important per consolidar qualsevol programa, es satisfactòria i amb nota en tots els alumnes.

6.2.3 Assistència a la consulta d'infermeria

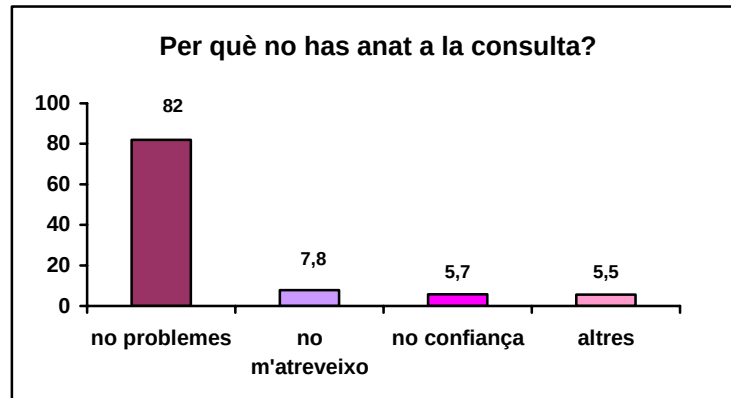
El 24% dels alumnes han anat a la consulta d'infermeria. Això és un total de 40 nois/es.



Considerem que la xifra és prou important, doncs una quarta part de l'alumnat s'ha beneficiat de manera directa del programa.

Dels que no han anat, el 36,2% diuen tenir intenció d'anar-hi algun dia. Mentre que el 63,8% no veuen la necessitat de moment.

Dels que no han anat, el 82% diuen no tenir cap problema a consultar, el 7,8% no s'atreveixen, el 4,7% diuen no tenir prou confiança amb la infermera i el 5,5% restants al·leguen altres motius.

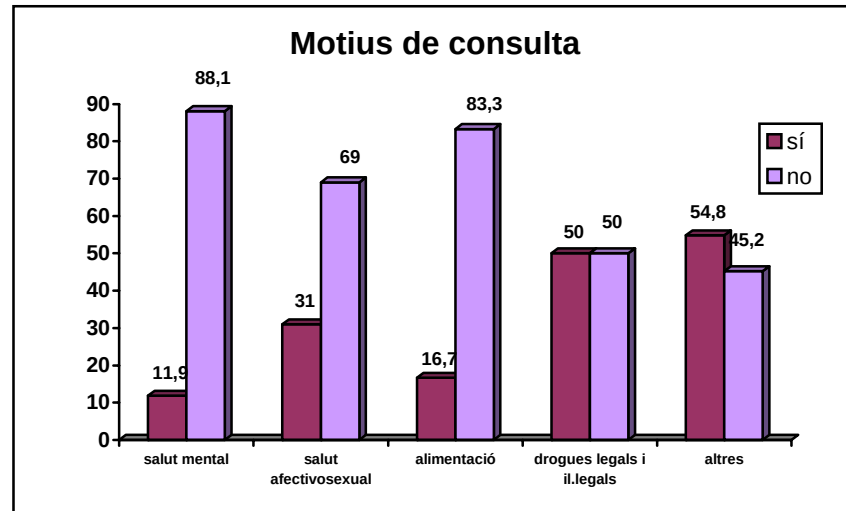


Aquests altres motius són la vergonya, no trobar el dia adient, preferència per consultar els problemes amb amics o resoldre'ls sol o simplement "no vull o no em ve de gust consultar res".

Dels que sí han anat a la consulta, els motius han estat els següents: salut mental, salut afectivosexual, alimentació i drogues legals i il·legals (inclou tabac i alcohol) i altres. Les drogues són, amb diferència, el motiu més habitual de consulta. No és sorprenent que no es consulti massa sobre salut mental, ja que normalment es té poca percepció de problema en aquests casos. Igualment deu passar amb alimentació.

En canvi, sí es té percepció de problema i és més habitual, problemes amb tabac, alcohol i altre drogues. També es té percepció de problema o curiositat amb els problemes

afectivo-sexuals, molt lògic si s'entén la franja d'edat que comprèn el programa.



Els altres motius de consulta són en tres ocasions un error de concepte i coincideixin amb alguns dels que havien respost de forma incorrecte la pregunta número nou “per quins problemes creus que pots anar a la infermera?”: Vacunes, problemes físics o canvis de vena. La resta dels temes consultats són problemes amb amics o personals o amb els pares o altres problemes que es podrien assimilar a la nostra classificació com “cubates” (drogues) o problemes típics de l'adolescència amb nois/es (salut afectivosexual). Hi ha un cas significatiu que consulta per ludopatia.

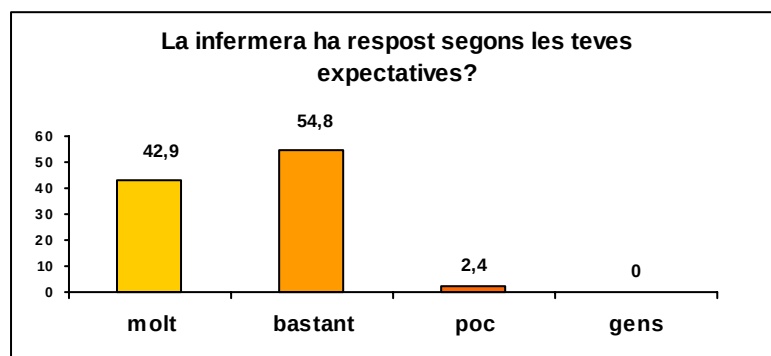
6.2.4 Satisfacció de l'atenció rebuda

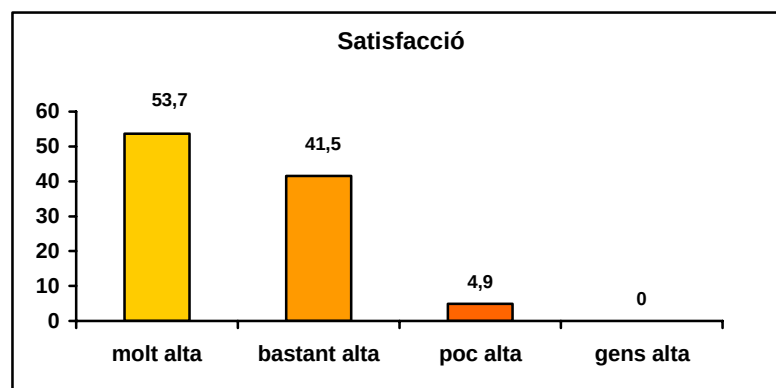
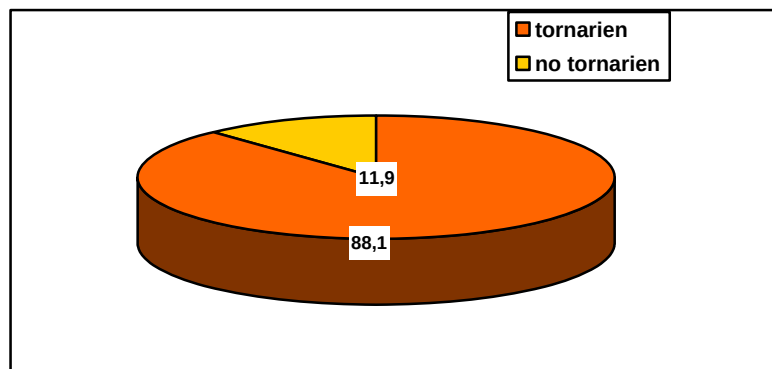
Els alumnes que han anat a la consulta, se'ls ha preguntat sobre els següents temes:

Pel que fa a si s'han complert les expectatives, el 97,7% està entre bastant i molt complertes. Tornarien a la consulta el 88,1% dels alumnes que hi ha anat. La satisfacció del 95,2% està entre molt i bastant alta. S'han sentit molt o bastant compresos per la infermera el 92,5%. I diuen que la informació rebuda és bona o molt bona el 89,7% dels alumnes.

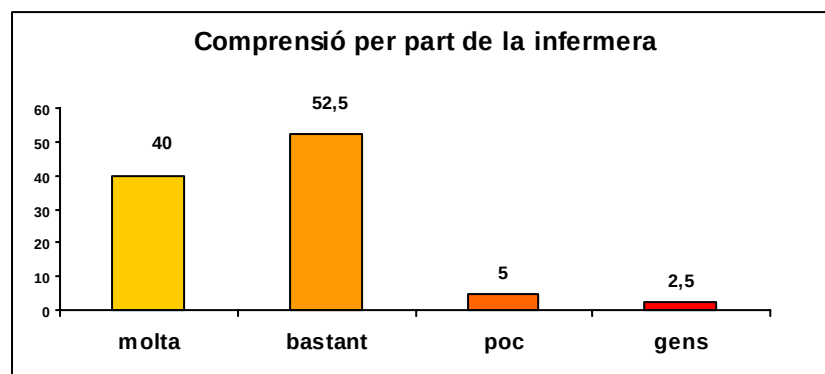
És molt significatiu que el 100% dels alumnes que han assistit a la consulta ho recomanarien a un amic.

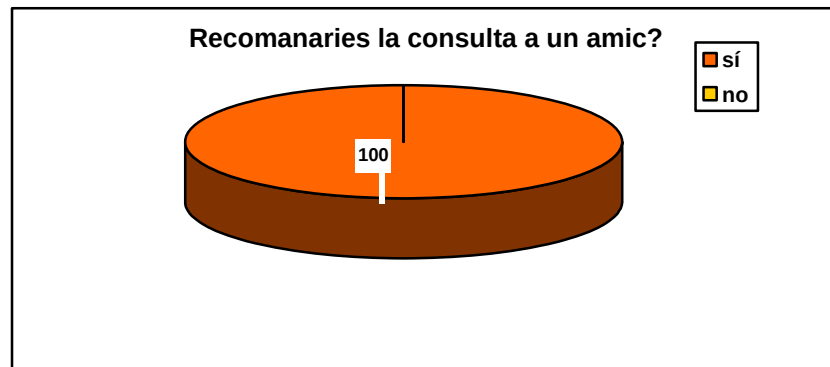
El 80,5% dels alumnes que han anat a la consulta creuen que el temps d'atenció ha estat suficient. I Només el 14,6% els hi ha quedat algun tema pendent a comentar amb al infermera.



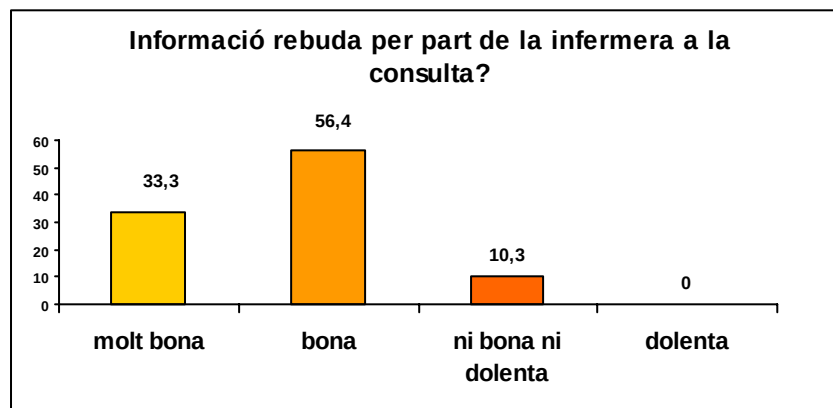


Com es veu en les tres gràfiques anteriors, la infermera ha satisfet de manera molt alta les expectatives dels alumnes. Ha estat molt valorada per tots aquells que han anat a consulta.





El fet que el 100% recomanaria anar a la consulta a un amic, representa la total acceptació de la infermera com a professional que pot ajudar a l'adolescent, dins de l'àmbit educatiu, i que compta amb la confiança dels nois/es per comunicar els seus problemes.



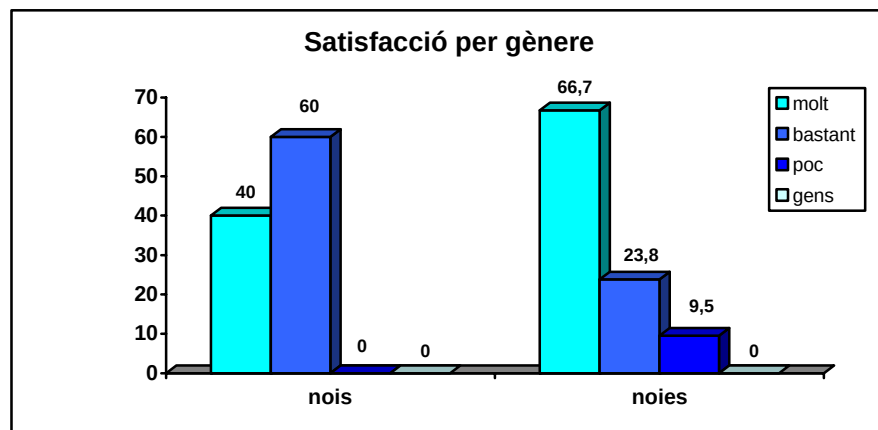
A la pregunta oberta "què és el que més t'ha agradat de la consulta?" han respost de forma molt diversa, però en tots els casos, molt satisfactòria. Els alumnes comenten que han resolt dubtes, que s'han sentit compresos, que la infermera escolta molt bé, que se li pot parlar de tot i que també explica molt bé. La major part dels adolescents destaquen l'escolta activa: confiança, empatia, comprensió, posar-se al costat de l'altre,....així com la capacitat de la infermera per cercar solucions als seus problemes. Donen molta importància al tema de la confidencialitat.

Només el 10,3% dels alumnes han tornat a la consulta de la infermera després de la primera visita.

6.2.5 Comparació per gèneres

Quan comparem les respostes entre els diferents gèneres, no es troben massa diferències.

És una excepció la satisfacció rebuda: surten visiblement més satisfetes les noies que no pas els nois de la consulta, tot i que l'assistència a la mateixa no presenta diferències significatives.

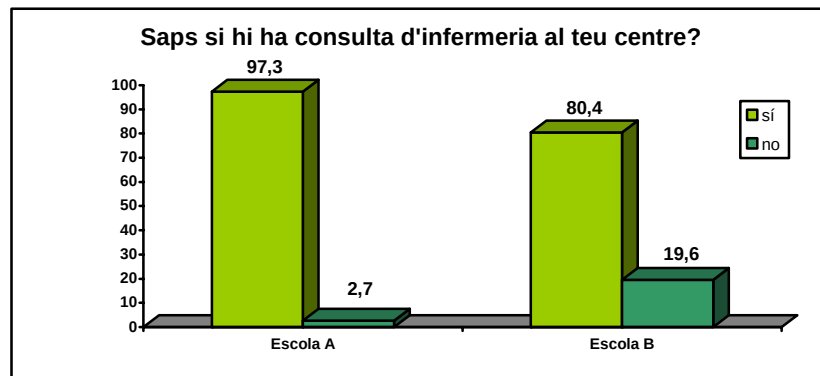


Per altra banda, es llegeix una tendència que ens indica que les noies tenen més informació sobre el programa que no pas els nois.

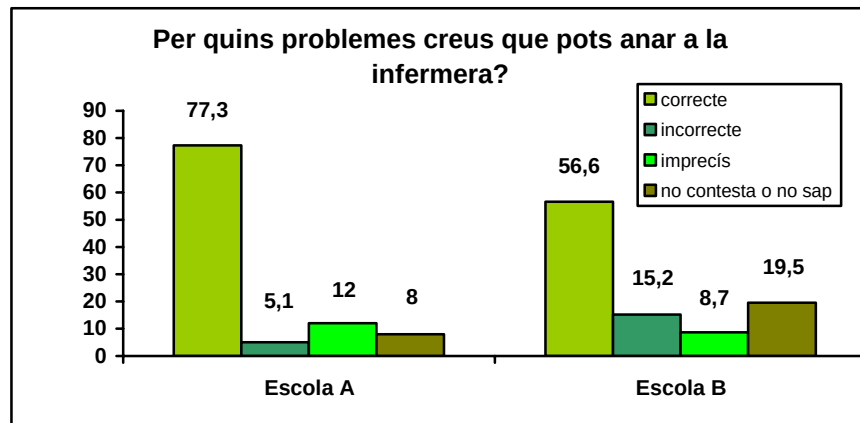
6.2.6 Comparació entre centres: Escola A i Escola B

En aquest apartat és on es troben vertaderament les diferències significatives en el present estudi. A quasi totes les preguntes, han respost amb diferències a l'escola A que a la B.

A la pregunta “Saps si hi ha consulta d'infermeria al teu centre?” els alumnes de l'escola A han respost de forma més afirmativa que els de l'escola B.



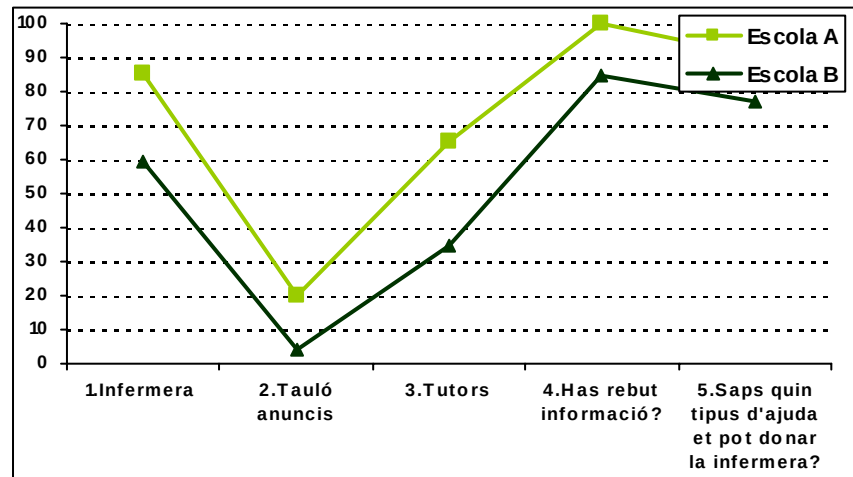
A la pregunta oberta “per quins problemes creus que pots anar a la infermera?”, els alumnes de l'escola A, responen de forma molt més correcta. Són els de l'escola B els que majoritàriament responen que la infermera és al centre per ajudar-te amb temes físics com vacunes, ferides i altres.



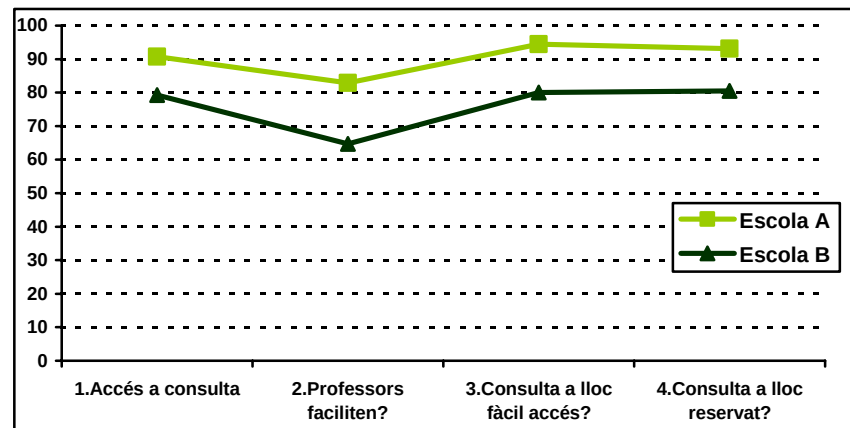
Pel que fa a la informació rebuda, els alumnes de l'escola A diuen haver estat significativament més informats tant pel tutor com per la infermera i també a través del tauló d'anuncis.

També els alumnes de l'escola A afirmen saber més quin tipus d'ajuda els pot oferir la infermera. No hi ha diferències de la informació rebuda a través de professors, fulletons i amics (fonts d'informació menys importants en el gràfic general ja analitzat).

Anteriorment, hem comentat que les fonts d'informació més importants pels alumnes són la infermera sobretot, i el tutor en segon lloc. Ara veiem que són els alumnes de l'escola A els que bàsicament ho valoren així. Podem dir, doncs, que estan molt més ben informats sobre el PSiE que no pas els de l'escola B.

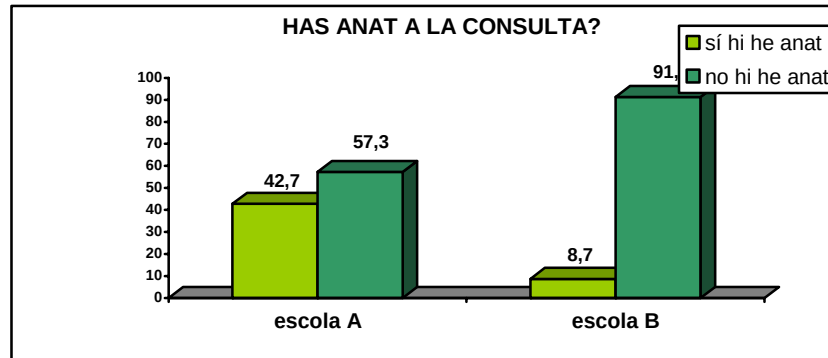


L'accessibilitat també és més fàcil des del punt de vista dels alumnes de l'escola A. És lògic que els més ben informats trobin més accessible la consulta, ja que se'ls hi ha pogut explicar millor. I també és lògic, com veurem a continuació, que siguin aquests els que finalment es decideixin a entrar a la consulta.

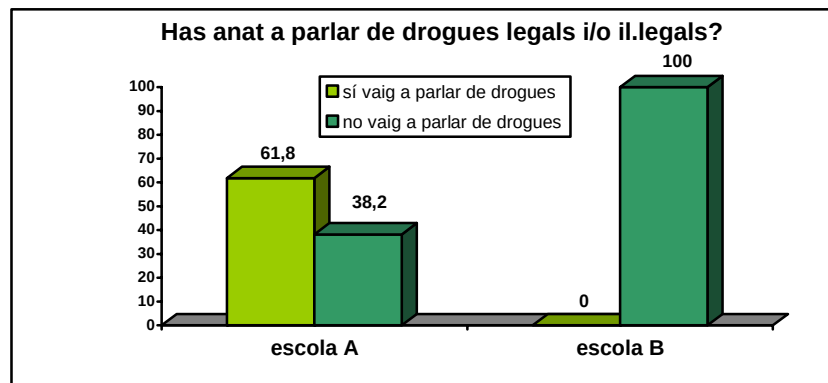


Com dèiem, són els alumnes de l'escola A els que majoritàriament han anat a la consulta de la infermera, ja que són els que tenen més informació al respecte i creuen que aquesta consulta és més accessible. Aquesta si que és una

diferència molt significativa (42,7% versus 8,7 %) i que té una relació directa amb la percepció per part de la infermera de l'acceptabilitat del programa en ambdues escoles.



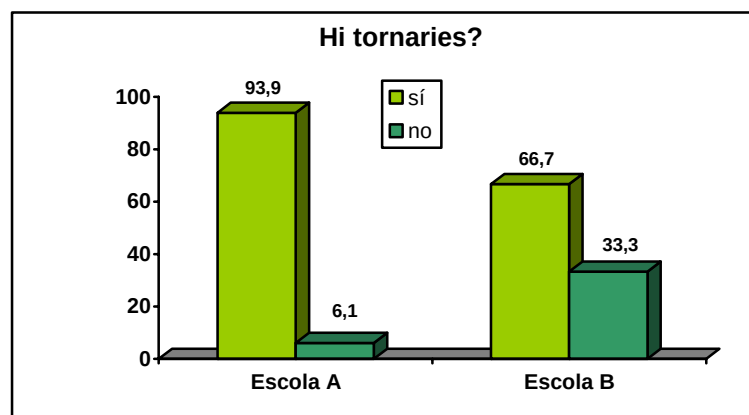
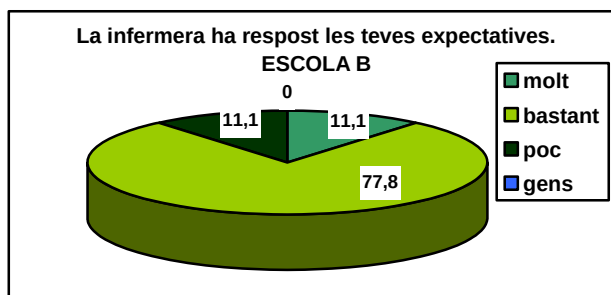
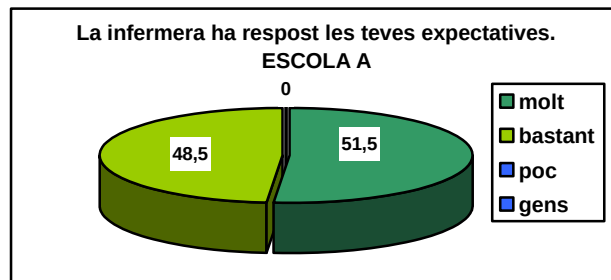
Anteriorment, hem comentat que les drogues legals i il·legals eren el motiu de consulta més habitual entre els alumnes. És lògic, doncs, que hi hagi diferències significatives en aquesta pregunta entre centres: són els alumnes de l'escola A els únics que han consultat sobre aquest tema.

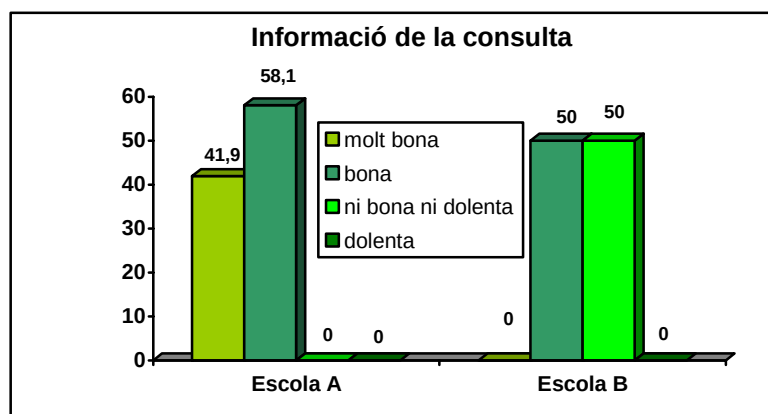
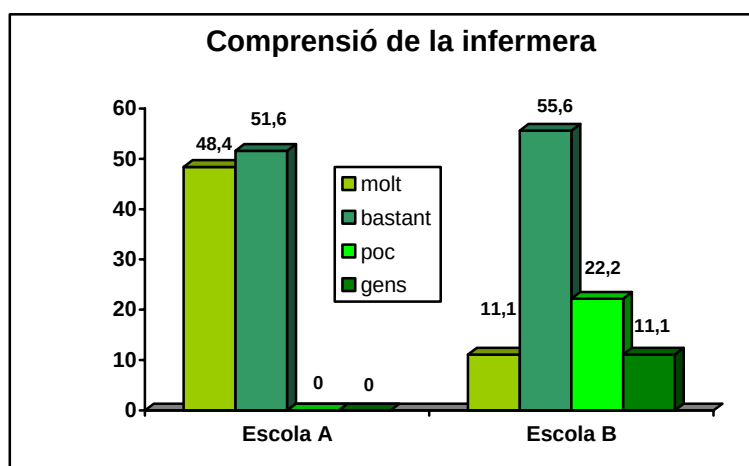
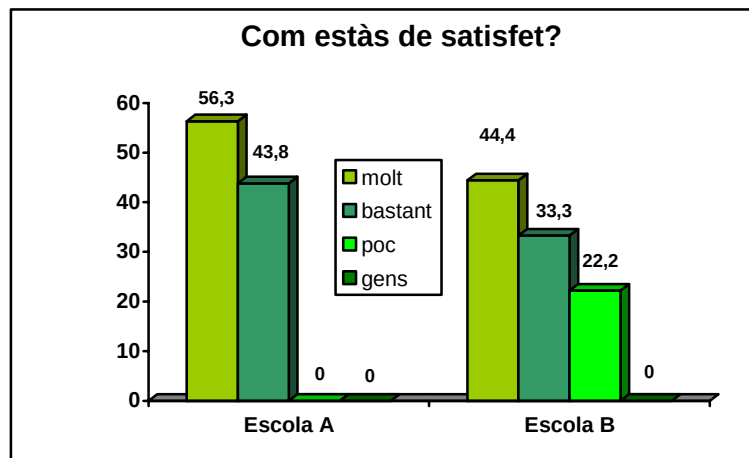


Pel que fa a expectatives complertes, satisfacció i comprensió, l'escola A sempre respon de forma més positiva significativament. Això és molt important, ja que, com hem vist, molt pocs alumnes de l'escola B han anat a la consulta. I tot i així, aquest petit grup sempre es mostra menys satisfet

que el grup nombrós de l'escola A que han visitat la consulta. Probablement existeix un feed-back entre alumnes que fa que, a l'escola A, els alts nivells de satisfacció cridin nous alumnes a visitar la consulta.

La nostra percepció subjectiva quan vam anar a passar les enquestes va ser molt positiva a l'escola A. La figura del director pedagògic en aquesta escola pel què fa a impulsar el programa van considerar que era molt decisiva a l'hora d'impulsar el programa.

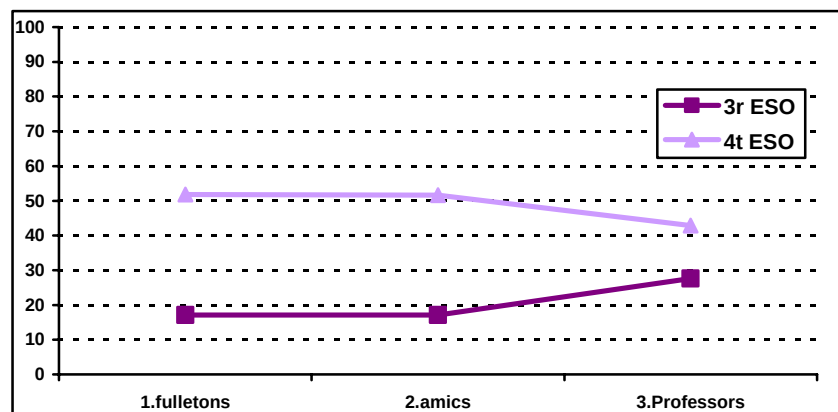


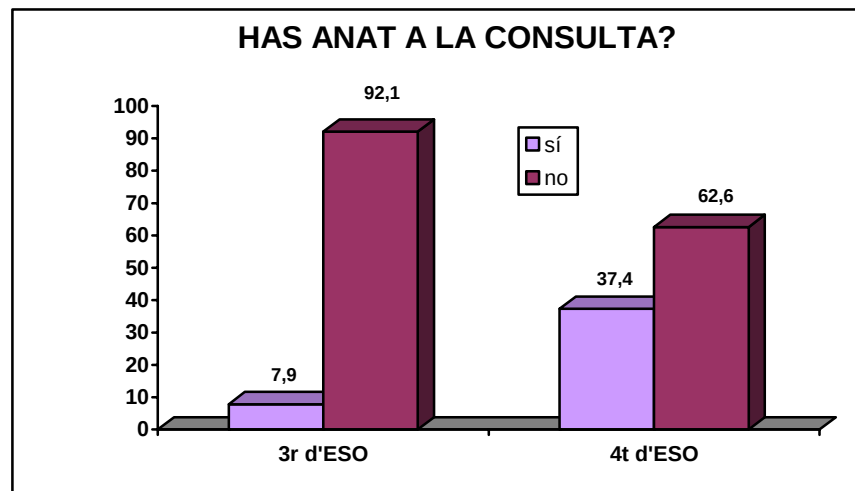
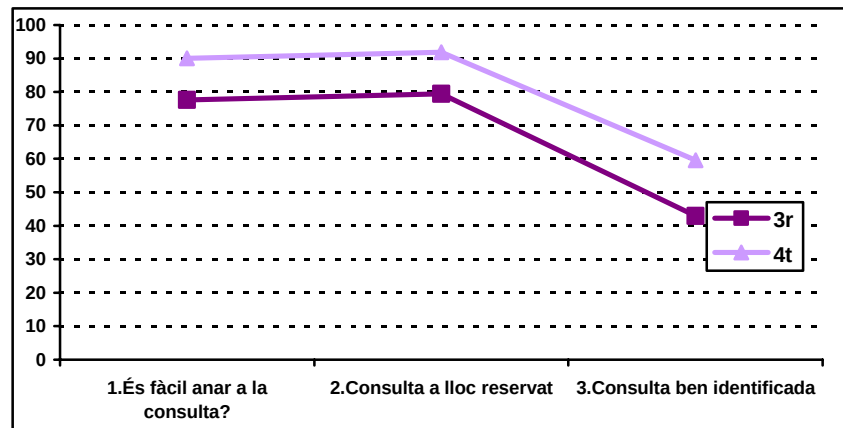


6.2.7 Comparació entre cursos

S'han trobat algunes diferències significatives entre tercer d'ESO i quart d'ESO.

Pel que fa a la informació rebuda sobre el programa, sembla que els alumnes de quart hagin rebut més informació, tant dels fulletons, com d'amics, com de professors. Com hem dit anteriorment, la informació més important la donava la infermera o el tutor. En aquests dos casos, és normal que no hi hagi diferències entre cursos, ja que es dona la informació per igual a les classes i a tots alhora. En canvi, en els models d'informació fora les aules és on reben més informació els de quart. Probablement, els alumnes més grans són més conscients dels seus problemes i estan més interessats en el PSiE. Això es confirma quan veiem que també són els de quart els que consideren més accessibles les consultes i els que, finalment, hi assisteixen més. També hem de tenir en compte que pel que fa als alumnes de 4t, és el segon any que participen en el programa, mentre que pels de 3r és el primer any.

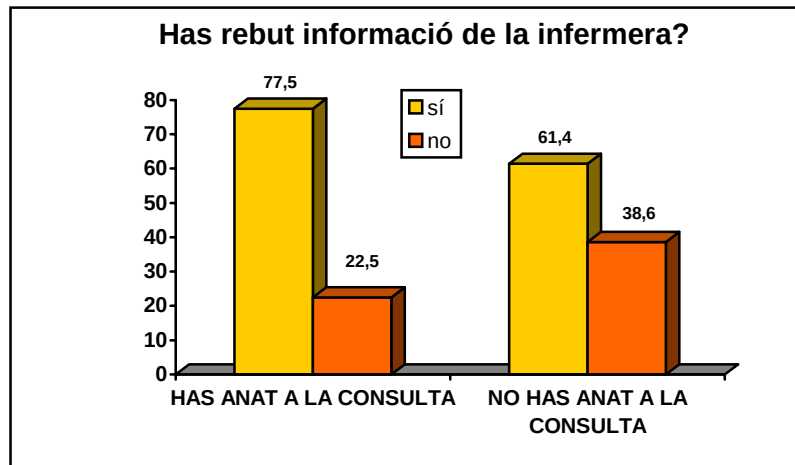




Finalment, cal comentar que no hi ha diferències significatives pel que fa a la satisfacció rebuda a la consulta entre cursos. La satisfacció té una gran relació amb la infermera i aquesta és diferent segons l'escola, però no segons el curs.

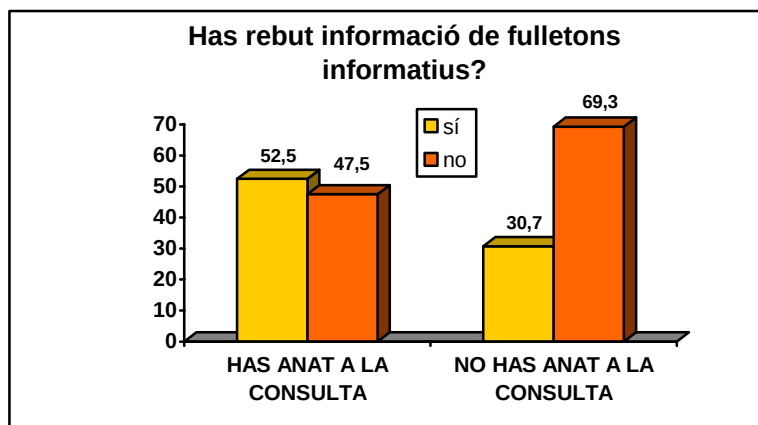
6.2.8 Relació entre la informació rebuda i la pregunta "has anat a la consulta?"

Els que diuen haver rebut informació de la infermera, han anat més a la consulta. O el que és el mateix, els que han anat a la consulta, diuen haver rebut més informació de la infermera sobre el PSiE



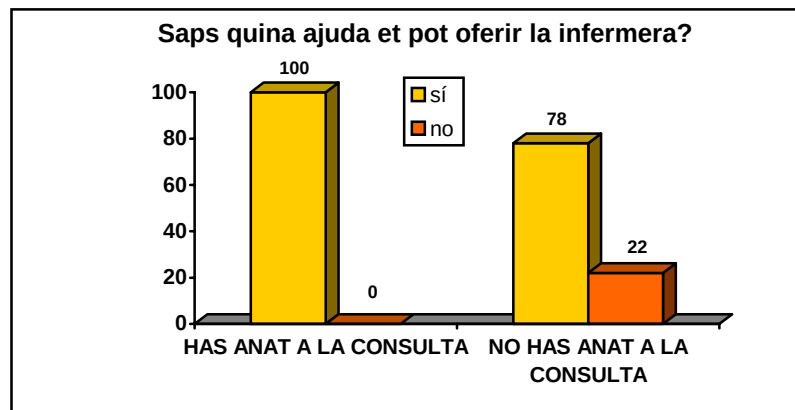
També passa igual pels que han rebut més informació de fulletons. Els que diuen haver rebut informació de fulletons informatius, han anat més a la consulta.

Podem afirmar doncs que hi ha una relació entre les dues variables: una informació ben donada que arribi als alumnes, fa que aquests decideixin provar i anar a la consulta. És més, en el cas que la informació la doni la mateixa infermera fa que els alumnes la puguin conèixer i sàpiguen qui es trobaran si van a consultar. Creiem que conèixer la persona que t'atendrà, facilita la decisió d'anar a la consulta.

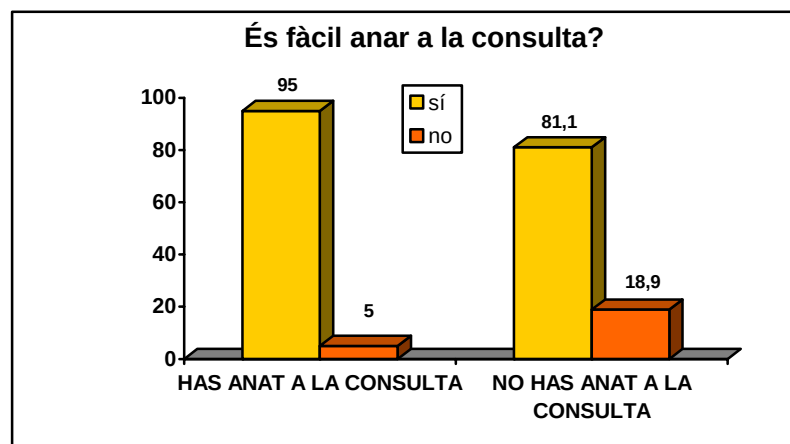


Els que han dit que sí saben quin tipus d'ajuda dona la infermera, han anat més a la consulta. Per altra banda, cap

dels que ha anat a la consulta, desconeix les funcions de la infermera, cosa que d'entrada és evident, ja que si tinguessin alguna idea errònia, la infermera els hagués corregit. El 78% dels que no han anat, no coneixen les funcions de la infermera, no saben el que els pot oferir. Són només un 22% que saben què els pot oferir la infermera i no hi ha anat.



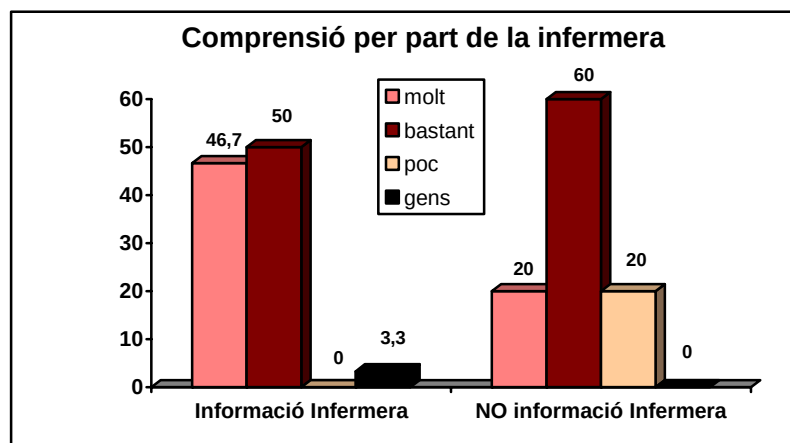
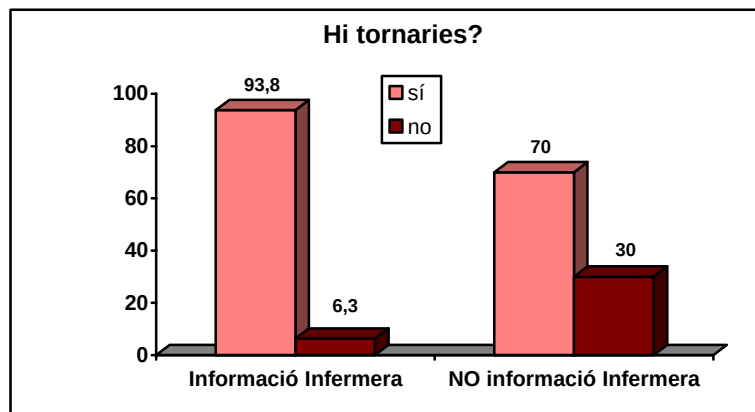
També és lògic que els que ja han anat creguin que és més fàcil anar a la consulta que els que encara no hi ha anat.

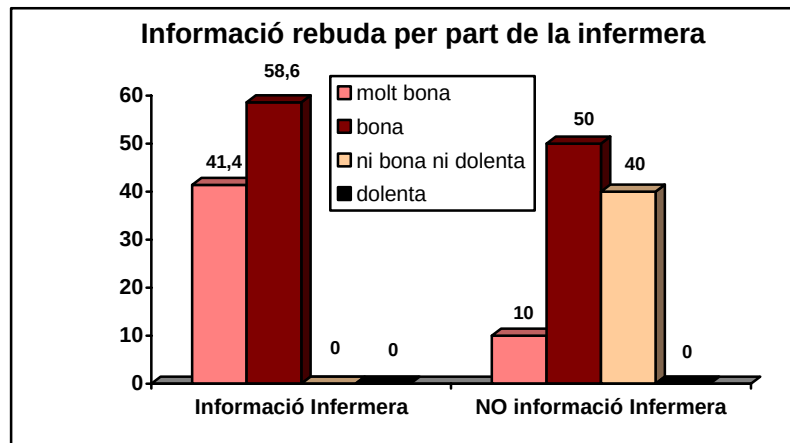


6.2.9 Relació entre la informació rebuda i la satisfacció a la consulta

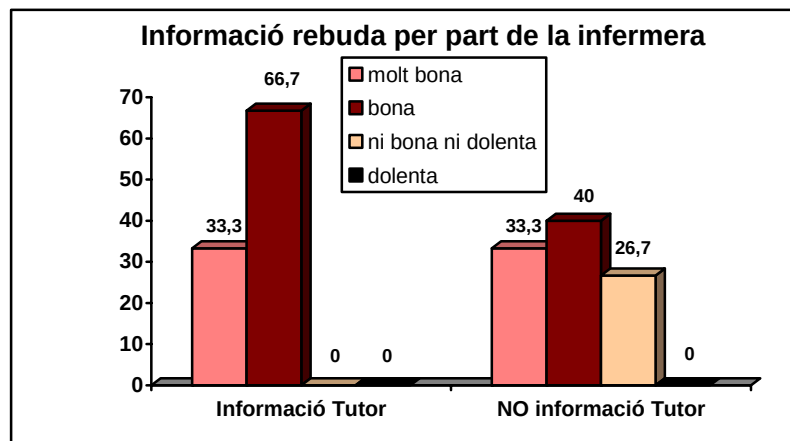
És evident que els alumnes que diuen que no han rebut informació del programa, no han anat a la consulta i, per tant, no han respost les preguntes de satisfacció.

Tot i així, en aquest apartat, trobem una significació repetida en totes les preguntes relacionades amb la satisfacció: els alumnes que estan més satisfets sempre coincideixen amb els que diuen haver rebut informació del PSE a través de la infermera i no d'un altre agent. Això reforça doncs, el paper d'aquesta alhora d'informar ella mateixa sobre el programa i poder-se presentar per tal que els alumnes agafin confiança, vagin a consultar problemes i surtin més satisfets de la consulta.





En una ocasió també surt la informació que dóna el tutor com a significativa en relació a la satisfacció final de la consulta. El tutor doncs, també es perfila com una figura important alhora de donar recolzament al PSiE.

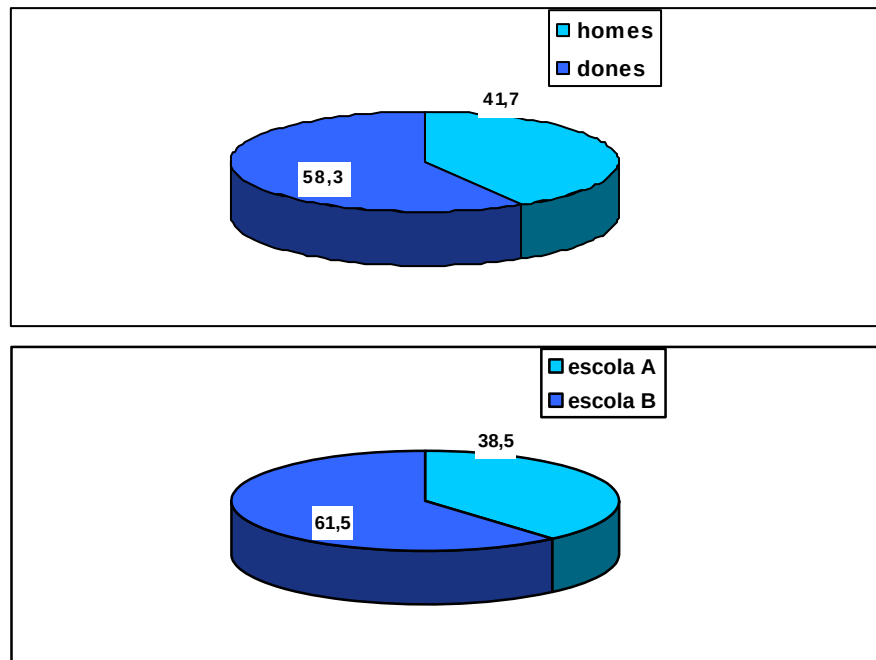


6.3 Caracterització de la mostra de professors i resultats

S'han entrevistat 13 professors, l'edat mitja dels quals és 40,33 anys, compresos entre 27 anys el més jove i 48 anys el més gran. Fa una mitjana de 15,38 anys que fan de professor (mínim 5 anys i màxim 24 anys) i fa una mitjana de 12 anys que treballen al centre actual (entre 3 el més recent i 23 el

més veterà). Podríem dir doncs, que la majoria porten tota la seva vida laboral al mateix centre.

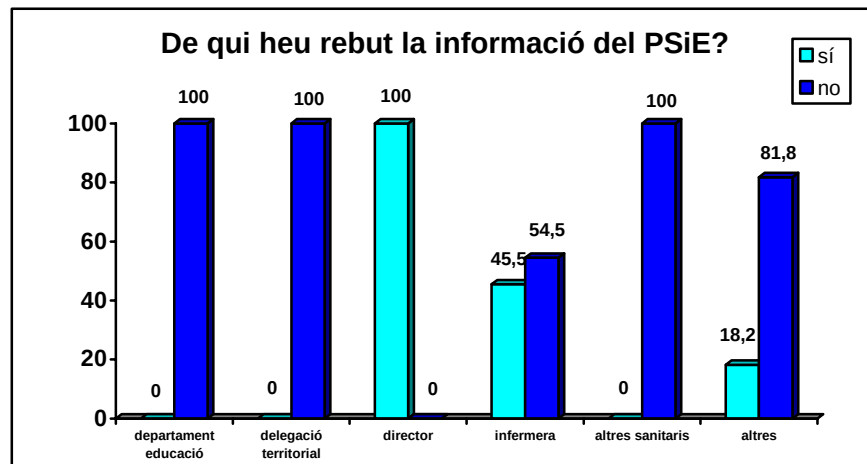
Hi ha 5 (38,5%) professors entrevistats de l'escola A i 8 (61,5%) professors de l'escola B, dels quals 5 (41,75) són homes i 7 (58,3%) són dones. No s'han trobat diferències significatives en cap aspecte preguntat entre els dos gèneres.



El 84,6% dels professors diuen haver rebut informació del programa i tots ells afirmen que ha estat del seu interès. Només dos professors diuen no haver rebut informació, tots dos de l'escola B.

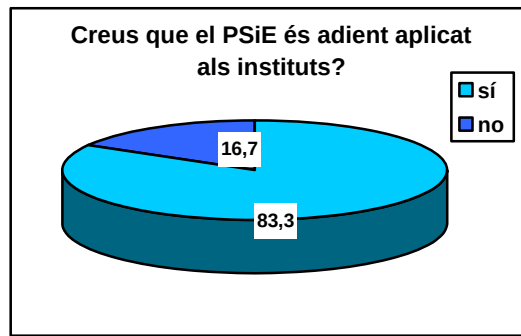
En canvi, el nivell de satisfacció de la informació rebuda sobre el PSiE és de 6,64 sobre 10, sense diferències significatives entre els dos centres. És una avaluació de satisfacció baixa, ja que normalment s'accepta bona a partir de 7.

Sobre l'origen de la informació tots els professors estan bastant d'acord i no hi ha diferències entre centres: ningú no ha estat informat pel departament d'educació ni per la delegació territorial. Tots diuen haver estat informats pel director del centre i només el 45,5% diuen haver rebut informació de la infermera, sense diferències entre centres.



Els dos professors que han posat “altres” es referien a l'Equip d'Atenció Psicopedagògica (EAP) en tots dos casos. Cal tenir en compte la importància d'aquests equips per l'èxit del programa, ja que en són un dels protagonistes principals encara que no estiguessin inclosos en el present estudi.

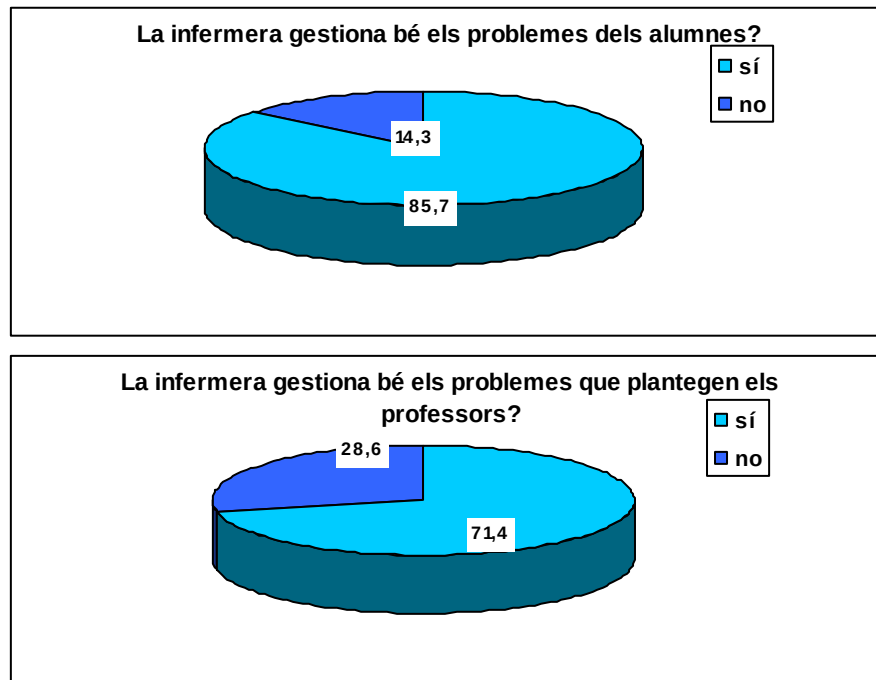
A la pregunta “creus que el PSiE és adient d'aplicar als instituts?”, el 76,9% dels professors diuen que sí i el 15,4% diuen que no.



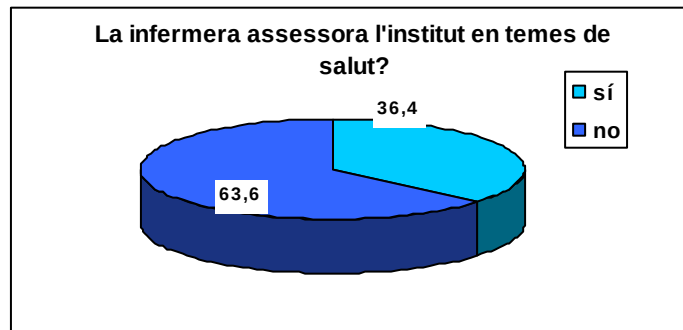
Els que han dit que sí el troben adient diuen que l'institut és el lloc més adient per trobar els adolescents i que el PSiE és una bona manera per ajudar els alumnes amb problemes o per resoldre dubtes i obtenir informació correcta.

Els professors que han dit que no és adient, és perquè no tenen clar que calgui aplicar-lo o perquè pensen que la infermera fa funcions de tutor o funcions que caldria fer des del centre d'atenció primària.

El 85,7% dels professors creuen que la infermera gestiona bé els problemes dels alumnes. En aquest cas hi ha dos professors que diuen que no ho poden saber, ja que no els hi arriba informació al respecte, però no valoren aquest aspecte ni en positiu ni en negatiu. En canvi, només el 71,4% creu que la infermera gestiona bé els problemes que plantegen els professors.



El 30,8% dels professors diuen que la infermera fa d'assessora en temes de salut a l'institut, però la resta diu que no.

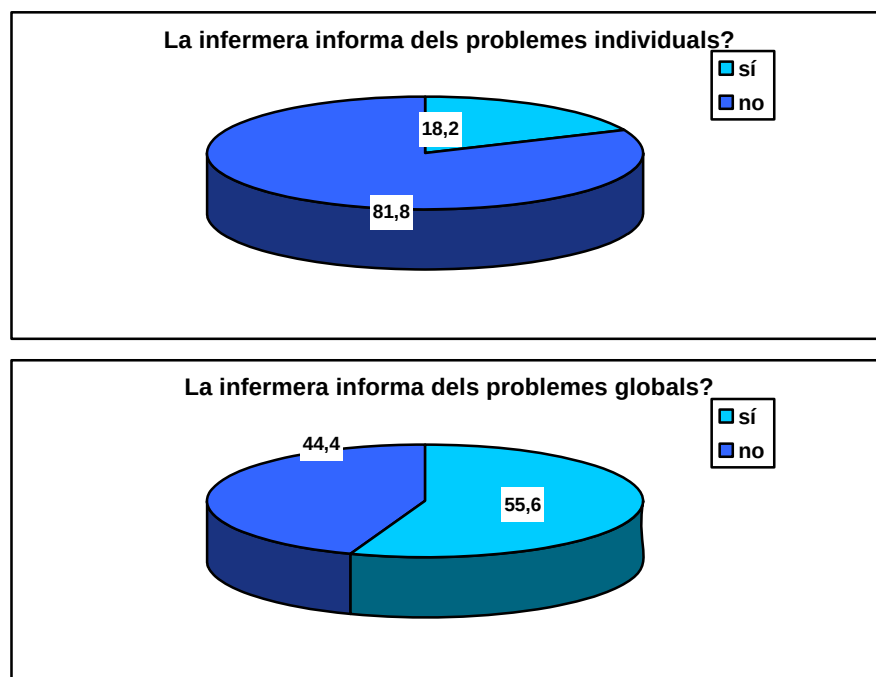


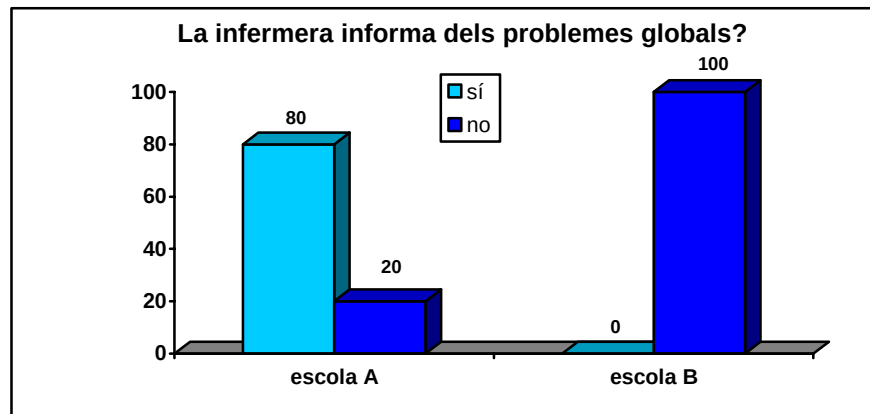
El 18,2% diuen que la infermera informa el centre dels problemes individuals dels alumnes i diuen que ho troben adient. La resta diuen que la infermera no informa o no ho saben i no ho troben adient. Cal dir, doncs, que els professors creuen important que la infermera informi dels problemes individuals dels alumnes el centre, ja que així ho consideren tan els que diuen que són informats com els que no ho són.

Aquí apareix un problema de confidencialitat que caldria abordar més a fons a les comissions dels centres.

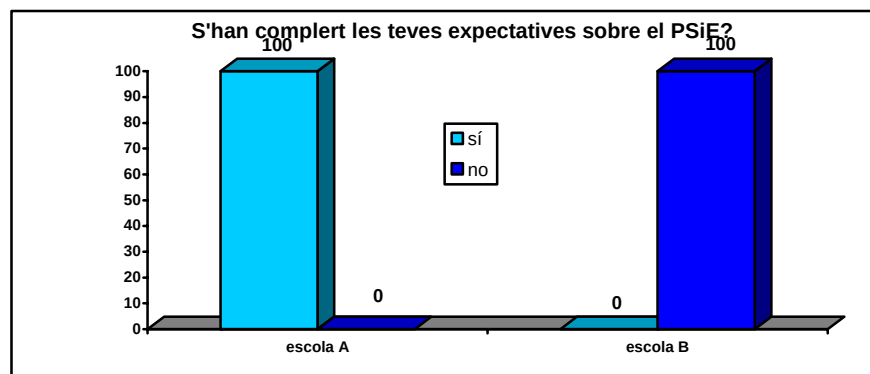
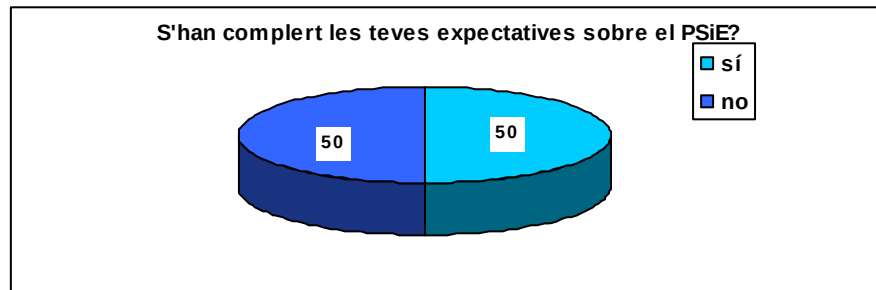
El 55,6 % dels professors diuen que la infermera informa el centre dels problemes globals dels alumnes. I l'altra 44,4% diu que no ho fa. En aquest cas s'aprecien diferències importants entre els 2 centres. Són tots els professors menys un de l'escola A (80%) que diuen que la infermera informa el centre dels problemes globals que detecta en els alumnes, i tots els professors de l'escola B (100%) diuen que no són informats.

La majoria (tots menys dos) troben adient que la infermera informi dels problemes globals o creuen que hauria de fer en el cas de l'escola B.





Finalment, pel que fa a les expectatives, són el 50% dels professors que diuen haver-les acomplert i el 50% que diuen que no ha estat així. El que és important en aquests cas és que són els de l'escola A els que diuen haver acomplert expectatives i, en canvi, són els de la B els que diuen que no han estat acomplertes. Hi ha un professors que no responen i després expliquen que no tenien expectatives.



Quan es pregunta perquè s'han complert o no les expectatives, els professors de l'escola A diuen que els

alumnes troben un espai on poden fer preguntes sense sentir-se qüestionats i que hi ha molts alumnes que han mostrat el seu interès i satisfacció pels problemes plantejats i en el seu moment resolts. Hi ha un cas que diu que les expectatives estan assolides perquè en tenia molt poques. Aquesta mateixa persona comenta que el PSiE és un element aliè a l'estructura educativa que no està integrat a la dinàmica formativa. Diu que no aporta un valor significatiu a la tasca de creixement i maduració dels alumnes i que no permet fer actuacions preventives ni treballar amb els responsables reals dels alumnes, que són els pares.

Els professors de l'escola B justifiquen que no s'han complert les expectatives perquè no els arriba prou informació provinent de la infermera. Un professor suggereix que no s'ha entès el concepte de la confidencialitat, ja que tots són professionals i saben quin ús fer de la informació. Recomanen un contacte més continuat i més treball d'equip i afegixen que ja s'està treballant pera aconseguir-ho.

En aquesta escola un professor suggereix fer un campanya informativa més important per tal que els alumnes aprofitin més aquest servei.

6.4 Resultats de les infermeres

Es va realitzar una entrevista a les dues infermeres que portaven el Programa de les dues Escoles, juntament amb una enquesta que bàsicament demanava el seu grau de satisfacció indicat en una barra de l'1 al 10 (1 gens satisfetes i 10 màxim de satisfacció).

Hi ha certes diferències en l'apreciació de les dues, que com veureu, guarda una relació directa amb els resultats dels alumnes i professors.

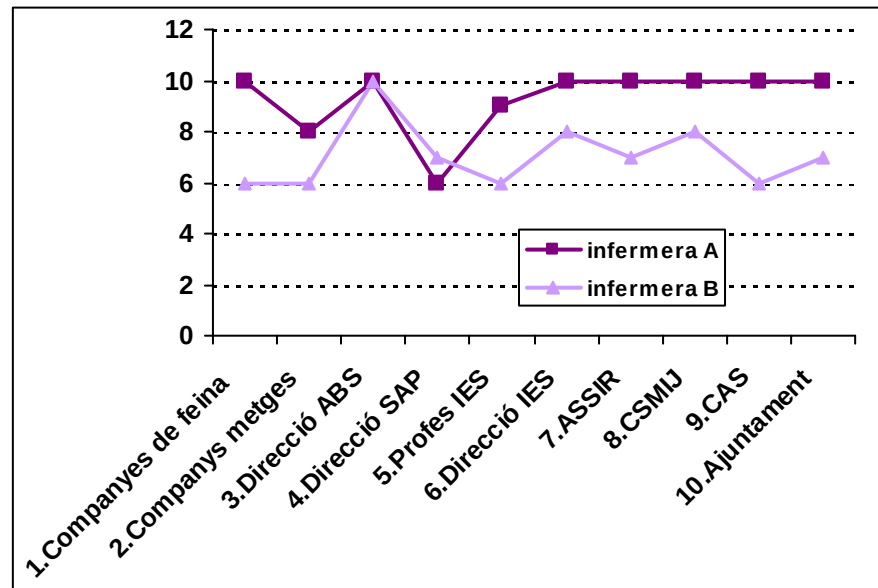
La infermera de l'Escola A té 28 anys, fa 8 anys que va acabar els estudis d'infermera i, d'aquests, 6 anys treballant a l'Atenció Primària.

La infermera de l'Escola B té 53 anys, fa 33 anys que va acabar infermeria i 4 anys que treballa a l'Atenció Primària.

La satisfacció que tenen respecte a la informació prèvia a iniciar el programa la qualifiquen amb un 7 la infermera de l'Escola A i amb un 6 la infermera de l'Escola B. Durant l'entrevista van manifestar que aquesta informació la trobaven insuficient donada la complexitat de l'adolescent, que la teoria del programa era important de conèixer, però que la pràctica i la realitat no s'havia ajustat a aquesta informació prèvia.

A les preguntes de com estaven de satisfetes respecte al suport dels companys de feina, la direcció de l'ABS, els profes de l'IES,.....van contestar el següent:

	Infermera Escola A	Infermera Escola B
1-Suport de companyes infermeres	10	6
2- Suport de companys metges	8	6
3- Suport direcció ABS	10	10
4- Suport direcció SAP	6	7
5- Suport profes IES	9	6
6- Suport direcció IES	10	8
7- Suport ASSIR	10	7
8- Suport CSMIJ	10	8
9- Suport CAS	10	6
10- Suport Ajuntament	10	7



Com es pot veure, la infermera A mostra nivells més alts de satisfacció en quasi tots els aspectes, excepte en la direcció de la SAP (Serveis d'Atenció Primària).

Les dues coincideixen en què els administratius dels equips d'Atenció Primària no coneixen el programa i per tant el seu suport no és valorable. Tampoc coneixen la situació de les respectives AMPAS i no tenen contacte amb elles.

Les dues infermeres reconeixen que el recolzament de la direcció del CAP ha estat molt important per portar a terme el programa i que la informació que els altres membres de l'equip tinguin al respecte és bàsic per qüestionar la nova feina que fan fora del CAP. És un nou model de servei d'infermeria que pot generar incertesa i cal gestionar-la amb eficiència.

Els horaris i l'espai de les consultes és considerat adequat per les dues infermeres.

Tenen la percepció que el programa ha tingut una bona acceptació pels alumnes però no coincideixen en l'acceptació dels professors. Mentre que la infermera de l'Escola A pensa que ha estat bona, la infermera de l'Escola B pensa que ha estat dolenta.

La vivència del que ha representat a nivell professional la participació amb el PSiE per aquestes dues infermeres, ha estat molt diferent. La infermera de l'Escola A, que ha tingut més participació d'alumnes a la consulta, es mostra més satisfeta, més valorada pels professors i amb més suport per la Institució Escolar. La infermera de l'Escola B manifesta més dificultats per portar a terme el programa i s'ha sentit menys acollida per el col·lectiu de professors.

El nivell de formació del que partien el consideren insuficient per iniciar aquesta nova feina. Les infermeres diuen que els hi agradaria tractar els casos que presenten més dificultat, en grups d'experts (soledat professional) i que en algun moment s'han sentit pressionades per les escoles pel tema de la confidencialitat. Pel que fa a la soledat professional de les infermeres, troben molt interessant el treball en grups d'infermeres de la zona que portin el PSiE. També pensen que és important, tenir fàcil accés als serveis especialitzats per consultar dubtes. Han considerat aquest fet molt positiu.

Troben molt necessari poder potenciar les comissions multidisciplinàries dins de cada centre escolar ja que creuen que és una bona manera de reduir resistències entre el professorat i implantar millor el programa. Aquestes comissions són les que han d'ajudar amb temes ètics de

confidencialitat. Si els professors confien en aquestes comissions, confiaran més en el programa.

En general la satisfacció d'haver treballat en aquest programa és alta, a pesar de les dificultats trobades. Cap de les dues ha considerat la possibilitat de deixar d'anar a les escoles durant aquest curs. Les dues continuaran portant la consulta el curs vinent.

Consideren que és un repte per les infermeres i que es pot detectar molta problemàtica que d'un altra manera seria difícil conèixer. També consideren que aprofundir en l'entrevista clínica i motivacional és bàsic per continuar portant la consulta, doncs és l'eina més important de què disposen.

7 CONCLUSIONS

A la vista de l'anàlisi de resultats obtinguts en el nostre treball, ens podem acostar a una sèrie de conclusions, des del punt de vista dels alumnes, les infermeres i els professors-tutors implicats en el PSiE objecte de l'estudi.

7.1 - Alumnes:

En referència a la variable sexe, les noies tenen més informació que els nois, es mostren més satisfetes, però no van més a la consulta. Aquest fet ho considerem molt important, doncs els nois tenen més conductes de risc a aquesta edat i participen per igual de la consulta d'infermeria. L'ajuda que podem rebre de la infermera pot ser molt important.

El 24% dels enquestats han reconegut tenir problemes i/o dubtes i han anat a la consulta i s'han sentit molt i bastant satisfets. Les seves expectatives s'han acomplert en un 97,6%. Tornarien el 88% i recomanarien anar a la consulta a un amic el 100%. Aquestes dades són prou importants i per si soles posen en evidència l'acceptació del programa per part dels alumnes/es. La major satisfacció es percep quan es vol recomanar als altres el viscut per un mateix. Un valor en

satisfacció per sobre de 7 vol expressar que els objectius s'han aconseguit. Creiem que això vol dir que el programa és útil, se li ha de donar continuïtat i, a més, amb la figura actual de la infermera, com a referent del programa, ja que respon a les expectatives que tenen els alumnes quan van a la consulta.

Entenem doncs, que l'impacte del programa ha estat positiu per ajudar a reconèixer dubtes i problemes, així com a ajudar a buscar i trobar respostes.

La informació que han rebut els alumnes del PSiE en les dues escoles, la donada per la infermera es considerada pels nois amb més puntuació que la dels tutors. Aquestes dues són les més importants, per sobre dels fulletons, taulons d'anuncis i altres, fet que també s'ha de tenir en compte en la relació que existeix entre la informació, i la percepció de la satisfacció. A més informació, més satisfacció. Els alumnes de l'escola A tenen més informació, van més a la consulta i estan més satisfets de l'atenció rebuda. Això ens indica que informar sobre el programa a alumnes i professors i a tots els implicats, dóna bon resultat: ajuda a que la gent que li pot ser útil consulti més, que els tutors entenguin més els objectius del programa i facilitin l'accessibilitat, pol·lint resistències pròpies de noves iniciatives. Per tot això poden arribar a la conclusió. Un programa d'aquesta rellevància, sense una bona informació no té sentit. Potenciar la informació és bàsic per obtenir bons resultats del PSiE.

El perfil de la infermera ha estat perfectament identificat pels alumnes que l'han visitada, com a persona que escolta i demostra compressió, "pots parlar del que vulguis", "manté confidencialitat", "dóna atenció personalitzada". Demostra

empatia: "t'ho explica des d'una visió diferent i que sembla que ella hagi passat pels mateixos problemes". Tots aquests aspectes han estat molt valorats pels nois que les han visitades. La confidencialitat també es considerada des del punts de vista dels alumnes com molt ben valorada.

7.2 Infermeres:

Les dues infermeres reconeixen que el recolzament de la direcció del CAP ha estat molt important per portar a terme el programa i que la informació que els altres membres de l'equip tinguin al respecte és bàsic per qüestionar la nova feina que fan fora del CAP. És un nou model de servei d'infermeria que pot generar incertesa i cal gestionar-la amb eficiència.

També han trobat molt positiu i que guarda una relació directa amb el que acudeixen els nois a la consulta d'infermeria, el fet de que la direcció de l' IES recolzi la figura de la infermera davant dels altres profes i en conseqüència, aquestes es sentim valorades per ells. La infermera de l'escola A es sentia molt més valorada i havia tingut menys dificultats en l'acollida a l'escola que la infermera de l'escola B. El número de nois/es que van consultar a l'escola A va ser més alt que els que van consultar a l'escola B. Evidentment que hi ha una relació entre acollida i el compliment dels objectius.

El nivell de formació del que partien ho considerant insuficient per iniciar aquesta nova feina. Les infermeres diuen que els hi

agradaria tractar els casos que presenten més dificultat, en grups d'experts (soletat professional) i que en algun moment s'han sentit pressionades per les escoles pel tema de la confidencialitat. Pel que fa a la soledat professional de les infermeres, troben molt interessant el treball en grups d'infermeres de la zona que portin el PSiE. També pensen que és important, tenir fàcil accés als serveis especialitzats per consultar dubtes. Han considerat aquest fet molt positiu.

Troben molt necessari el potenciar les comissions multidisciplinàries dins de cada centre escolar ja que creuen que és una bona manera de reduir resistències entre el professorat i implantar millor el programa. Aquestes comissions són les que han d'ajudar amb temes ètics de confidencialitat. Si els professors confien amb aquestes comissions, confiaran més en el programa.

En general, la satisfacció d'haver treballat en aquest programa és alta, a pesar de les dificultats trobades. Cap de les dues ha considerat la possibilitat de deixar d'anar a les escoles durant aquest curs.

7.3 Professors - tutors:

La major part dels tutors als que vàrem passar l'enquesta, troben que l'ajuda que pot oferir la infermera als alumnes amb problemes pot ser important, però en general s'han mostrat crítics amb el programa. Diuen que tenen informació del mateix, però cal des del departament d'Ensenyament i de Salut informació de més qualitat del PSiE. Cal un feed-back més intens amb la infermera, doncs una informació de qualitat genera menys reticències. Els professors volen saber de les problemàtiques tractades i resoltes, no de casos.

En algun cas es queixen de la manca d'informació que tenen els alumnes del programa, en concret en l'escola B: "Trobo que s'hauria de fer un campanya informativa més important per tal que els alumnes aprofitessin més aquest serveis. Potser no saben ben bé de què poden parlar amb la infermera". A una classe d'aquesta escola, la tutora va demanar a la entrevistadora que expliqués el programa als alumnes, doncs tenia la percepció de que no el coneixien, ja que sovint trobava a la infermera amb la porta oberta de la consulta, sense ningú.

El programa va dirigit als alumnes, però no es pot oblidar que els professors són part molt important de l'acceptació del programa. Ells són els que han de facilitar l'accessibilitat i, fins i tot, derivar casos si fos necessari.

Un professor ens ha manifestat: “No deixa de ser un element aliè a la estructura educativa que no està integrat a la dinàmica formativa. No aporta un valor significatiu a la tasca de creixement i maduració dels alumnes. És un bolet que no permet fer actuacions preventives ni treballar amb els responsables reals dels alumnes que són els pares”. Aquestes resistències s’han de tenir presents i no es poden obviar. Treballar-les dins del sistema educatiu és fonamental si es vol que el programa tingui força i arrel en la població escolar. No manifestar-les o bé amagar-les només ens portaria a ocultar resistències i a un desconeixement de la realitat.

També hi ha algú que ens diu: “Els alumnes troben un espai on poder fer preguntes sense sentir-se qüestionats”. Dins de la comunitat educativa s’ha viscut i es viu aquest nou programa amb gran disparitat de criteris i actituds envers el mateix.

Un professor de l’escola B suggereix fer un campanya informativa més important per tal que els alumnes aprofitin més aquest servei. Pensem que la iniciativa seria molt interessant, però que la informació també es podria dirigir al professorat per llimar resistències.

8 PROPOSTES DE MILLORA

8.1 - Alumnes:

Realment, els alumnes són els principals protagonistes del programa, i l'objectiu del mateix, és arribar a la gran majoria d'ells, sobretot als que presenten conductes de risc.

La informació ha estat valorada molt positivament , sobretot si ha estat impartida per la pròpia infermera. Per tant és bàsic que la informació que reben els alumnes s'hagi treballat prèviament i s'incideixi molt en aquest punt. El jove té una conducta principalment pràctica de tocar i experimentar i ha d'acceptar la infermera que portarà el programa per poder confiar en ella. La manera de transmetre la informació ha de ser de molta qualitat. És imprescindible no improvisar i treballar el tema de la presentació amb profunditat.

8.2 Infermeres:

Caldria tenir un pla de formació continuada per les infermeres referents i afavorir els grups de treball d'infermeres i d'altres professionals que participen en el programa. Aquesta ha estat la demanda amb més força que van expressar les infermeres entrevistades.

És bàsic també que tot l'equip directiu sanitari s'impliqui en el seguiment del programa i reforcin a les infermeres per evitar situacions de conflictes amb la resta de personal sanitari.

8.3 Professors::

Els professors també han de tenir una informació suficient i correcta, doncs la manca d'informació o la informació errònia ocasiona resistències, mals entesos i falses expectatives.

Implantar el PSiE en un centre educatiu ha de comptar sempre amb la sensibilitat i defensa del PSiE per part de tot l'equip directiu del centre d'ensenyament. També és clau el recolzament de l'equip directiu per tal que la infermera responsable del PSiE pugui formar part del centre d'ensenyament de forma normalitzada i per poder treballar conjuntament els temes que es derivin de la confidencialitat i altres problemàtiques.

8.4 Programa Salut i Escola:

Caldria fer una avaluació de l'impacte del PSiE a nivell de tota Catalunya i difondre-la. També es necessita avaluar el seguiment dels casos derivats, tant a l'Atenció Primària com a l'especialitzada: quines derivacions s'han fet i resultat de la seva efectivitat. Per tal que aquestes derivacions funcionin, s'haurien d'establir circuits de derivació ràpida, per evitar pèrdues, i que infermeria pugui fer la derivació directament

No es pot implantar el PSiE correctament si no ha estat treballada la informació prèviament tant a les escoles i als centres d'atenció primària. Les resistències s'haurien de poder llimar o disminuir.

És necessari establir en el mateix programa la vinculació de les dues institucions a fer reunions periòdiques de seguiment continuat del programa i unes altres de seguiment de problemes d'alumnes. Caldria també definir com es dóna la informació de les problemàtiques detectades en les consultes als professionals de referència de l'adolescent, preservant la confidencialitat.

També seria útil elaborar protocols d'actuació en la detecció de problemes que poden comportar un problema de salut pública (consum drogues, malalties contagioses, perill per la pròpia vida..)

També es podria fer una valoració de la quantitat d'activitats que s'han començat amb adolescents en els centres docents

referides a problemes de salut a partir del l'implantació del PSiE

Finalment, es podria proposar un estudi de la viabilitat de començar el programa en edats més joves (1r ESO) ja que segons els diferents estudis realitzats com més aviat es comencen activitats d'educació per la salut més bons resultats s'obtenen. O també un estudi d'hàbits dels adolescents per poder incidir millor en les seves problemàtiques

BIBLIOGRAFIA

Ministerio de Sanidad y Consumo. *La evidencia de la eficacia de la promoción de salud. Configurando la Salud Pública en una nueva Europa.*

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Pla de Salut de Catalunya 2002-2005*

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Llibre Blanc sobre les Activitats Preventives a l'edat adulta.* 2005.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (ed). (1995). *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud.* Madrid: Editorial Síntesis.

ESPELT, P. FERRE, I. (2004). *Millora del nivell de salut dels adolescents a les comarques de Tarragona.* Barcelona: EUI Santa Madrona.

MARTÍN-ZURRO, A. et al. (1996). *Curso a distancia de prevención en atención primaria.* Barcelona: Renart Edicions.

Agència Salut Pública Barcelona. *Adaptación del cuestionario ESFA/FREC del año 2004 para el Programa Salut i Escola. Los adolescentes y la salud.*

LÓPEZ PALENZUELA, A. (2005). "La satisfacción de los usuarios: un determinante de la calidad asistencial", *Metas de enfermería*, volum 8, núm. 1, 53-56.

GONZÁLEZ PASTOR, J.C. et al. (1998). "Satisfacción de los usuarios en atención primaria", *Atención Primaria*, volum 22, núm 8, 514-520.

COSTA FONT, J. (1999). "Evaluación de la satisfacción de los servicios sanitarios: qué entendemos por satisfacción del paciente?", *Jano Medicina y humanidades*, volum LVI, núm 1285, 68-72.

CASAS ANGUITA, J. et al. (2003). "La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento de los datos (II)". *Atención Primaria*, volum 31, núm 9, 592-600.