

La prescripció social als centres d'Atenció Primària de la Regió Sanitària de Girona

TFM. Màster Promoció de la Salut 2023-2024
Universitat de Girona

Investigadora principal:

Anna Navarro Serra

Tutores:

Dra. Ruth Martí Lluch

Dra. Anna Bonmatí Tomàs

Contingut

Resum	4
Paraules Clau.....	5
Introducció	6
Promoció de la salut i els determinants de la salut	6
Les xifres de la desigualtat a Catalunya	8
Freqüentació dels serveis de salut.....	8
Consum de fàrmacs.....	9
Suport social i benestar emocional	9
Model salutogènic i model d'actius en salut (MAS).....	10
Com s'implementa aquest tipus de prescripció en països amb contextos similars al nostre?	11
L'estratègia catalana per a la prescripció social	12
Objectius Desenvolupament Sostenible 2030 (ODS)	14
Recomanacions dades Història de Salut Digital (HSD)	15
Objectius.....	17
General	17
Específics.....	17
Metodologia	18
Disseny	18
Àmbit o població de referència	18
Criteris d'inclusió i exclusió.....	18
Mida de la mostra i procediment de mostratge	18
Variables.....	19
Recollida de dades i fonts d'informació	19
Anàlisi de dades	19
Consideracions ètiques.....	20
Resultats.....	22
Indicadors de prescripció.....	22
Perfil d'usuari que rep la prescripció.....	23
Edat.....	23
Nombre de diagnòstics dels usuaris que van rebre prescripció.....	24
Perfil d'usuari que prescriu	24
Per rol professional.....	24
Prescripció amb seguiment (S/N) en funció del professional i sexe del usuari	25

Professional que efectua la prescripció segons edat, sexe i nombre de diagnòstics de l'usuari	26
Relació entre índex socioeconòmic compost i nivells de prescripció social	27
Relació entre el nombre de diagnòstics per edat i sexe	29
Discussió.....	31
Conclusions	37
Bibliografia	39

Resum

Antecedents: Els actius en Salut pretenen ser una eina transformadora basada en la utilització dels recursos comunitaris ja existents als diferents municipis. La prescripció social dels actius en salut des dels diferents centres d'atenció primària és un recurs implementat a arreu del territori per a aquells proveïdors de salut que empren eCAP des del 2017 en la línia que proposa l'Organització Mundial de la Salut. D'altra banda manquen dades en relació amb l'ús que es fa d'aquest recurs des de la seva implementació.

Objectiu general: Descriure l'estat de la Prescripció Social als centres d'atenció primària de l'ICS de la Regió Sanitària de Girona de l'any 2023.

Objectius específics:

1. Descriure les característiques de les persones que reben la prescripció.
2. Comparar els nivells de prescripció social en territoris amb nivell socioeconòmic alt respecte territoris amb nivell socioeconòmic baix.

Metodologia: Aquest estudi descriptiu i transversal ha utilitzat dades de prescripció d'actius del sistema eCAP de l'any 2023. Les variables inclouen dades demogràfiques i l'índex socioeconòmic compost disponible més recent (2017).

Resultats: L'anàlisi va trobar que la majoria de les prescripcions socials eren fetes per psicòlegs, principalment dirigides a dones majors de 55 anys amb múltiples problemes de salut. No es va trobar una associació significativa entre la freqüència de les prescripcions socials i l'estatus socioeconòmic, suggerint que les prescripcions socials estan repartides equitativament entre els diferents grups socioeconòmics.

Conclusió: La prescripció social és un recurs infraexplotat que d'acord amb l'evidència té un paper important en la construcció de comunitats més saludables. Això posa de manifest la necessitat de millorar el seguiment d'aquesta eina i obtenir més informació sobre les barreres i facilitadors per a l'adopció de la prescripció social. Una millora en les eines que disposen els professionals per a la consulta d'antecedents, prescripció activa i el registre

estructurat d'actuacions a més formació específica entre els professionals de la salut sobre els beneficis i mecanismes de la prescripció social podria facilitar-ne un ús i valoració de l'eficàcia més generalitzats.

Paraules Clau

Social capital, Community Resources, Community Networks, Social Prescription, Health Promotion, Health inequalities

Introducció

Promoció de la salut i els determinants de la salut

La Carta Ottawa (1986) és el document de referència a l'hora d'assentar les bases de la promoció de la salut [1]. En aquest document es descriu la promoció de salut com aquell "procés que permet a les persones incrementar el control sobre la seva salut i, en conseqüència, millorar-la".

Els eixos fonamentals per a garantir la promoció de la salut giren entorn a la justícia social, l'adopció de polítiques en salut, la participació comunitària, la intersectorialitat i la prevenció de les malalties. A més a més la Carta d'Ottawa posa de manifest que, les principals causes de desigualtat són quelcom evitable, fent especial èmfasi en les desigualtats socials. També posa de manifest la rellevància de la salut comunitària i la participació activa del ciutadà a l'hora de prendre decisions vinculades a la seva salut i fer front als desafiaments sense oblidar-se de la gènesi de les desigualtats.

Anteriorment, al Regne Unit, l'any 1980 s'havia publicat l'informe Black per part del Departament de Salut i Seguretat Social d'aquest país. Aquest va ser creat amb l'objectiu d'investigar les desigualtats en salut que existeixen dins de la societat britànica i proposar solucions per abordar aquesta situació.

El contingut de l'informe Black, malgrat dibuixa únicament el que és relatiu a la idiosincràsia del Regne Unit, és valuós per què destaca la influència de factors socials, econòmics i ambientals en les desigualtats en salut.

Després d'analitzar les proves, estudis i dades disponibles, així com els anàlisis realitzats específicament per al informe, es conclouia que al Regne Unit hi havia diferències significatives en les taxes de mortalitat entre les diferents classes ocupacionals per a tots dos sexes i en totes les edats. Els autors de l'informe van subratllar la importància de combatre les desigualtats en salut amb l'objectiu de garantir un accés equitatiu als serveis sanitaris [2].

L'informe Black afirma que "(...) les desigualtats en salut no són acceptables ni inevitables. Són el resultat de les decisions polítiques, socials i econòmiques que es prenen en diferents nivells de la societat" mentre que a la Carta d'Ottawa es

conclou que "(...) es necessita una transformació de les polítiques públiques, posant l'accent en els determinants socials de la salut, reconeixent la importància de la participació ciutadana en les decisions de salut pública i treballant en xarxa amb altres actors socials."

En aquest sentit ambdós documents comparteixen una visió comuna sobre la necessitat d'abordar les desigualtats en salut i promoure una aproximació holística a la salut pública. Una de les principals connexions entre aquests dos documents és la seva consideració de la salut com un fenomen multifactorial, influït per factors socials, econòmics i ambientals. Altrament, ambdós informes reconeixen que els determinants socials de la salut tenen un paper crucial en les desigualtats observades i defensen la necessitat de prendre mesures per reduir-les. Entre aquestes mesures destaca la importància de la participació comunitària, la necessitat de treballar en consonància amb les comunitats i la col·laboració entre diferents actors per aconseguir un canvi significatiu en les polítiques de salut:

El model conceptual de Determinants Socials de la Salut de Dahlgren i Whitehead [3] identifica aquells determinants socials que influeixen en la salut d'una persona, aquells que són modificables i per tant injustos.

La salut doncs es veu influenciada per les circumstàncies que envolten la vida, la convivència i el treball de les persones, així com pel context socioeconòmic, polític i ambiental. En aquest sentit, per a abordar la condició de salut d'un individu o comunitat, és imperatiu d'analitzar i comprendre de manera exhaustiva els factors contextuais que entren en joc per tal d'identificar-ne els possibles eixos d'intervenció i poder dur a terme un enfocament biopsicosocial.

Tal i com es posa de manifest al document publicat al desembre del 2023 per part del Ministerio [4], la inclusió dels determinants socials de l'individu i del seu entorn familiar en la Història de Salut Digital (HSD) faciliten aquest abordatge, en la mesura en què, possibilita que els equips professionals coneguin i considerin les condicions de vida de la persona a l'hora de formular diagnòstics, seguiments o propostes de maneig, cura o plans d'acció comunitària.



Figura 1 Determinants socials en salut. Basat en Solar e Irwiny Navarro.

Les xifres de la desigualtat a Catalunya

Freqüentació dels serveis de salut

A Catalunya segons les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya del 2022 (ESCA) un 67.7% de la població va fer ús del servei de medicina de família i un 47.8% del servei d'infermeria. Si ens fixem en la província de Girona l'ús dels serveis d'infermeria creix fins al 56.8% sent més freqüent per a les dones (61.7%) que pels homes (51.9%). Pel servei de medicina de família, a la regió gironina l'ús s'enfila fins al 71,6% sent major en les dones (77.1%) que pels homes (66.2%). En aquest sentit la freqüentació en la província de Girona és superior a la mitja de Catalunya [5].

Si deixem de banda el territori i ens fixem en la classe social, la freqüentació que es va fer dels serveis d'infermeria va ser superior per aquelles classes socials més desfavorides (Classe social III). Per a la mateixa classe social, les dones (52.8%) van obtenir xifres superior que es homes (45.7%) de la mateixa classe social. Respecte a la classe social I la freqüentació dels homes va ser del 39.3% i la de les dones del 42.3% denotant un gradient per classe social però també per sexe [5].

En el cas de la freqüentació dels serveis de medicina de família la tendència és la mateixa però el gradient és més acusat: la diferència de les dones de classe social més desafavorida va ser d'un 75.7% mentre que els homes de classe social I suposaven un 63.5% [5].

Consum de fàrmacs

D'altra banda, el consum de fàrmacs prescrits per un facultatiu en els darrers 15 dies, a Catalunya es troba en el 49.2% sent superior en dones (54.1%) que en homes (44.1%). A la província de Girona, malgrat l'ús dels professionals de la salut és superior, no es tradueix en més consum de fàrmacs si no al contrari, el consum és inferior a la mitja de Catalunya. A Girona es situa en un total del 45.1% sent inferior en els homes (40.1%) i situant-se en les dones en el 50% [5].

Per classe social, sense tenir en compte el territori les dones de classe social III indicaven consum de fàrmacs prescrits per un facultatiu en un 58.9%, les de classe I van ser un 42.3%. Pel que fa als homes els de classe III van ser un 48.5% mentre que els de classe I n'eren el 42.3%. En aquest cas també hi ha diferències per classe i per sexe sent les dones de classe més desfavorida les que reben més prescripcions farmacològiques i fan més consum de fàrmacs [5].

Suport social i benestar emocional

En relació amb el suport social un 44.4% dels enquestats refereixen un suport social intermig i un 48.9% un suport social fort. Si ens fixem en la província de Girona les xifres que apunten a un suport social fort augmenten fins a 53.1% i es situen en un 42.8% les respostes que fa referència a un suport social intermig.

Per classe social les xifres de suport social fort en dones de classe III van ser inferiors (46.3%) respecte les de classe social I (56%). En homes la diferència entre classes no és tan acusada, sent del 47.8% en la classe III i del 51.6% en la classe I.

Les xifres de malestar emocional a Catalunya es situen en un 23.2% sent superiors en dones (27.6%) que en homes (18.6%). A la província de Girona es situen lleugerament per sota de la mitjana catalana, en un 18.6% de persones amb malestar emocional. Per sexe s'observa que en dones és superior (21.6%) que en homes (15.6%). Si observem amb independència del territori, tenint en compte la classe social, s'observa que les dones de classe social III (30.9%) pateixen més malestar emocional que les classe I (18.7%). Els homes reporten menys % de malestar emocional tot i que s'observa gradient entre classes socials. Pels de classe I és del 18.4% mentre que pels de classe III és de 22.3% [5].

Model salutogènic i model d'actius en salut (MAS)

La salutotogènesi -model de salut gestat per Aaron Antonovsky- posa l'enfoc en la gènesi de la salut [6]. Aquest model vol posar esforços en aquelles pràctiques que promouen la salut. Les persones i el seu apoderament hi ocupen un lloc protagonista especialment a l'hora de prendre partit en relació amb el manteniment i la promoció de la seva salut, situant-se a l'altre extrem dels models més biomèdics enfocats en el tractament de les malalties però no en les causes.

Aquest model contempla un estat dinàmic de benestar físic, mental i social. A més a més, altres autors han fet patent la necessitat de propagar la salutogènesi als diferents contextos com ara la salut pública, l'atenció sanitària i el benestar en el treball més enllà del propi individu [7].

Aquesta propagació de l'enfoc salutogènic es troba en línia amb l'estratègia "Salut a totes les polítiques" (HiAP) proposada per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) a través de la Comissió sobre Determinants Socials de la Salut [8] amb l'objectiu de promoure la salut i reduir les desigualtats en salut, integrant el benestar en totes les polítiques públiques amb independència del nivell o l'àrea en que es trobi i també en línia del que pretenen el Objectius de desenvolupament sostenible 2030 (ODS).

Entre les estratègies proposades per poder reduir les desigualtats en salut, Morgan i Ziglio van plantejar el model d'actius en salut (MAS) pel qual la persona

sap reconèixer i utilitzar, els seus propis recursos així com els de la comunitat, per tal d'assolir una vida més saludable [9].

Així doncs, els models i les polítiques citades anteriorment, comparteixen el canvi d'enfocament des d'allò més biomèdic a l'abordatge holístic, l'èmfasi a l'hora de destacar els recursos que disposen les pròpies persones actuant de forma proactiva. El fet d'incorporar la comunitat fa que la salut transcendeixi al propi individu i, implica respecte al model salutogènic, una mirada més ampla que passa per reconèixer la possibilitat de poder fer un ús dels recursos col·lectius en un entorn col·laboratiu [10].

Així doncs queda clar que la salut no només rau al centres de salut si no al medi on es relacionen les persones, al allotjament al qual tenen accés, a l'educació o en resum, a la forma en què viuen les persones [11].

Com s'implementa aquest tipus de prescripció en països amb contextos similars al nostre?

Tal i com expliquen Rhodes i Bell la Prescripció Social s'està emprant en altres països amb contextos socioeconòmics similars al nostre -com Anglaterra o Canadà, amb amplia tradició salubrista- amb l'objectiu d'atacar els determinants socials en salut [12].

Les polítiques en el marc del Pla a llarg termini del National Health System (NHS) aposten per rols professionals no clínics, *Social prescribing link workers* (SPs), com a prescriptors però amb coneixements profunds sobre el teixit associatiu local.

D'una banda, estudis com el publicat al *British Medical Journal* [13] justifiquen aquest rol professional entenent que aproximadament el 20% de les consultes realitzades als professionals sanitaris estaven relacionades amb problemes socials i no pas de salut, generant frustració a ambdues parts i pressió assistencial. D'altra banda, sembla que el fet de no tenir en compte la vessant clínica fa que emergeixi la necessitat d'una capacitació més integral i holística,

especialment en el marc de la salut mental tal i com mostraven els resultats de l'estudi de Rhodes i Bell [12].

L'article de Galway, et al realitzat al Nord d'Irlanda, també en el marc del Sistema de Salut del NHS, recull les respostes de les consultes realitzades als experts en relació amb el desenvolupament de la Prescripció Social Digital, en aquest cas els beneficis possibles tenen a veure amb el potencial de les eines digitals per a connectar a més persones i poder incorporar els resultats als repositoris de salut. D'altra banda cal tenir en compte els reptes tenen a veure amb la integració d'aquesta eina, feina que en bona part ja s'ha fet a Catalunya [14].

Malgrat la disparitat en el context sembla que ambdues referències apunten a la necessitat d'explorar més aquest recursos i adaptar-los a les noves tecnologies per tal de fer-los més accessibles i garantir registres de qualitat.

Altres autors reflexionen sobre també sobre el potencial dels diferents rols professionals en la prescripció social indiquen que les receptes *socials són intervencions que intenten satisfer necessitats socials. Tenen el potencial d'aportar felicitat i un propòsit, però també connexió amb la comunitat, bona nutrició, exercici saludable i beneficis.* En aquest sentit situen al metge de família en lloc ideal per tal d'activar aquesta connexió amb els recursos comunitaris i ampliar el cercle d'atenció de l'usuari però en cap moment es parla del rol que juga la infermeria en la detecció, identificació, proposta d'intervenció i seguiment de la mateixa basada en els recursos disponibles al territori [15].

L'estratègia catalana per a la prescripció social

A Catalunya, el projecte "d'actius en salut" està integrat dins el Pla Inter departamental i Intersectorial de Salut Pública (PINSAP), una iniciativa amb l'objectiu d'impulsar la "salut en totes les polítiques" des dels recursos de l'àmbit local i també dins del projecte COMsalut: comunitat i salut. El projecte COMsalut assumeix, igual que Marmot [16], que si els determinants de la salut són en bona part socials, les solucions també hauran de ser-ho: "La salut d'una població depèn, en gran mesura, de les condicions en què viu i treballa la gent, i aquestes condicions són el resultat de decisions polítiques i econòmiques."

Així doncs, la prescripció social pretén ser una eina transformadora basada en la utilització dels recursos comunitaris ja existents als territoris: Recursos culturals, recursos de les diferents associacions, recursos físics o recursos de les pròpies organitzacions. Aquesta eina, a Catalunya, pivota sobre els metges, infermeres i treballadores socials dels centres d'atenció primària que utilitzen els Sistema d'Informació eCAP.

Les variables que es monitoren al realitzar la prescripció tenen a veure amb el test de benestar emocional i amb l'escala de suport social (Oslo 3). En aquest sentit la prescripció social des de l'atenció primària pot considerar-se una eina facilitadora en relació amb la millora dels recursos que disposen les persones i el seu apoderament en els diferents processos de salut, la desmedicalització, la millora del benestar emocional, l'augment de la qualitat de vida o bé en la millora del vincle amb la comunitat i el sistema de salut [17,18].

El sistema de prescripció social alinea Catalunya amb l'estratègia proposada per l'OMS. També amb les necessitats que es descriuen a les xifres obtingudes de l'ESCA 2022. D'altra banda, des de la implementació d'aquest recurs al 2017 [19], no s'ha fet cap anàlisi que inclogui dades relacionades amb el consum que es realitza d'aquest servei inclòs a les estacions clíniques de treball de les estructures d'Atenció Primària que disposen d'un Sistema d'Informació (SSII) eCAP. Tampoc s'han habilitat les eines necessàries per tal que els professionals prescriptors de recursos socials puguin fer-ne un seguiment acurat més enllà dels resultats de l'escala i test citats anteriorment PRE i POST intervenció en cas que s'hagi fet seguiment de la intervenció.

Tal i com han descrit amb anterioritat altres autors és clau realitzar, com en qualsevol prescripció, un seguiment i control a curt termini de la intervenció proposada per tal de conèixer l'eficàcia del recurs. A més a més Nowak i Mulligan, destaquen la importància d'un bon mapeig dels actius del territori ja que, *una derivació sense un seguiment clar pot fer augmentar l'angoixa de les persones que cerquen el suport dels professionals de la salut* [15].

A Catalunya, el primer estudi en què es van analitzar les desigualtats en salut, la utilització de serveis sanitaris i el consum de fàrmacs segons el nivell

socioeconòmic de la població es va dur a terme al 2017 denotant un clar gradient en la taxa de mortalitat segons el nivell socioeconòmic de les persones [20].

D'altra banda, aquest estudi no va tenir en compte els nivells de prescripció social ni els seus efectes ja que encara no s'havia implementat el sistema de prescripció social als SSII catalans.

Al document publicat per en relació amb el registre de la prescripció social a l'atenció primària hi consta: "És recomanable vincular el motiu de la prescripció amb un problema de salut del ciutadà donat d'alta a l'Estació Clínica d'Atenció Primària (ECAP)" [19], obviant que sovint, en promoció de la salut cal treballar la prevenció o el manteniment de l'estat de salut de la persona, fins i tot quan no hi ha un problema de salut instaurat tal i com promouen les institucions de referència en el marc de la salut. A quantes persones sense un problema de salut se'ls ha prescrit algun recurs comunitari?

Sembla necessari posar a disposició dels professionals i dels gestors de serveis i polítiques en salut dades objectives en relació amb l'ús d'aquest recurs per tal d'optimitzar-lo, adequar-lo i proposar-hi millores però sobretot per generar evidència en el nostre context en relació amb l'efectivitat contra les desigualtats en salut que proporciona aquest recurs que a voltes sembla el més costo-efectiu.

Objectius Desenvolupament Sostenible 2030 (ODS)

La promoció de la salut segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS) abasta accions per a enfortir capacitats i competències individuals i comunitàries a més de modificar condicions socials, ambientals i econòmiques afavorint un impacte positiu en la salut individual i col·lectiva [1].

La promoció de la salut i els actius en salut es relacionen amb diversos Objectius de Desenvolupament Sostenible, d'ara endavant ODS. D'altra banda, només es destacaran aquells ODS que s'hi relacionen de forma estreta.

Aquests són principalment:

- ODS 3: "Garantir una vida sana i promoure el benestar per a tots en totes les edats."

- ODS 10: “Reduir les desigualtats.”
- ODS 11: “Fer de les ciutats i dels assentaments humans quelcom inclusiu, segur, resiliènt i sostenible.”

Pel que fa a l'ODS 3, no resulta complicat poder relacionar-lo amb el model d'actius en salut atès que el seu enfocament principal té a veure amb prevenir malalties i millorar els recursos d'afrontament disponibles a través de d'entorns i estils de vida saludables. Aquest abordatge permet passar d'un model basat en les necessitats i els dèficits a un que valora i utilitza els actius existents en les persones i les comunitats per promoure la salut i el benestar. A més a més, el model d'actius en salut, permet a les comunitats augmentar l'equitat en salut i adaptar la seva presa de decisions [10].

En relació amb l'ODS 10 “Reduir les desigualtats entre països”, mitjançant una equitat en atenció sanitària així com reduir les desigualtats sanitàries sembla, com es proposa en altres països que la prescripció d'actius pot actuar com un eina més a tenir en compte a l'hora de pal·liar certes desigualtats.

A banda, la promoció de la salut basada en actius, sustenta també els principis de l'ODS 11, relacionat amb “Promoure que els ciutats i els assentaments humans siguin inclusius, segurs, resiliènts i sostenibles” fomentant comunitats saludables que permetin a la població afrontar amb garanties els diferents desafiaments.

És per això que l'abordatge a nivell comunitari que és planteja dins de la promoció de la salut basada en actius en salut contribueix directament a la consecució dels diferents ODS esmentats.

[Recomanacions dades Història de Salut Digital \(HSD\)](#)

Les darreres recomanacions en relació amb la històrica clínica dels usuaris van dirigides a abordar la integració dels condicionants socials a la Història de Salut Digital (HSD) com a estratègia prioritària per reforçar l'atenció primària (AP) i comunitària, així com la vigilància en salut pública i la salut digital.

El Marc Estratègic per a l'Atenció Primària i Comunitària destaca la importància de reforçar l'orientació comunitària, incloent aspectes com l'abordatge

biopsicosocial des de la consulta d'AP, la promoció de l'educació per a la salut, i l'acció comunitària en salut per abordar els determinants socials de la població.

El Pla d'Acció d'Atenció Primària i Comunitària 2022-2023 busca operativitzar aquest Marc Estratègic, prioritzant l'orientació a la comunitat. Es proposa la inclusió homogènia de condicionants socials i context familiar a la Història de Salut Digital a través d'un grup de treball col·laboratiu entre les Comunitats Autònomes i el Ministeri de Sanitat.

A més, es destaca la creació d'un grup de treball de salut comunitària per part del Ministeri de Sanitat, amb la participació de diverses entitats, per avançar en el reforç de l'orientació comunitària.

En l'àmbit de la vigilància en salut pública, es planteja la definició d'un conjunt mínim de variables socials per a la seva inclusió homogènia a la història clínica electrònica, segons l'Estratègia de Vigilància en Salut Pública del Sistema Nacional de Salut.

El Projecte de Reial Decret sobre la Xarxa Estatal de Vigilància en Salut Pública amplia la vigilància a diversos aspectes d'interès per a la salut pública, destacant la importància de registrar de manera homogènia a la HSD els condicionants socials.

Finalment, des de l'Estratègia de Salut Digital del Sistema Nacional de Salut es reconeix la necessitat d'incorporar informació ambiental i social a la HSD, i es destaca l'objectiu d'avançar en el desenvolupament de la història sociosanitària.

Objectius

General

1. Descriure l'estat de la Prescripció Social a la Regió Sanitària de Girona en l'any 2023.

Específics

1. Descriure les característiques de les persones que reben la prescripció i d'aquelles que prescriuen.
2. Comparar els nivells de prescripció social en territoris amb nivell socioeconòmic alt respecte territoris amb nivell socioeconòmic baix.

Metodologia

Disseny

S'ha plantejat un estudi quantitatiu descriptiu i transversal amb dades extretes de l'eCAP i de l'Índex socioeconòmic compost [21].

Àmbit o població de referència

La població de referència serà aquella que ha rebut o bé ha prescrit recursos vinculats a la Prescripció social en l'any 2023 al centres de l'ICS i IAS de la Regió Sanitària de Girona.

Criteris d'inclusió i exclusió

Criteri d'inclusió: Haver rebut una prescripció social inclosa al llistat d'actius en salut dins la Regió Sanitària de Girona i que així consti als Sistemes d'Informació de Salut catalans.

No hi ha cap criteri d'exclusió més enllà de les pròpies limitacions relacionades amb la qualitat de les dades.

Mida de la mostra i procediment de mostratge

En aquest cas el càlcul de la dimensió de la mostra no és necessari ja que es farà un anàlisi descriptiu de les dades de totes aquelles persones que hagin prescrit o hagin rebut una prescripció social.

Aquestes dades només fan referència a les prescripcions efectuades a l'atenció primària donat que la prescripció d'actius no s'ha fet extensible a altres nivells assistencials.

Variables

- Edat (anys) usuaris: Variable quantitativa continua
- Sexe usuaris: Variable dicotòmica
- Data de prescripció social
- Data de tancament de la prescripció social
- Àrea Bàsica Salut (ABS), Unitat Proveïdora (UP): Variable numèrica
- Rol professional: Variable categòrica nominal
- Índex socioeconòmic compost 2017 (per UP): Variable numèrica
- Nombre de recursos actualment actius disponibles al cercadors d'actius en salut per codi postal: Variable numèrica
- PRSSO1- Percentatge de pacients amb prescripció social
- PRSIS02: Seguiment de l'activitat (si/no): Variable dicotòmica

Recollida de dades i fonts d'informació

Les dades relacionades amb la prescripció (inclou prescriptor i usuari que rep la prescripció) s'obtidran exclusivament d'una extracció de dades de l'Estació Clínica d'Atenció Primària, portada a terme per la Unitat de Qualitat i Seguretat de l'Àrea de Gestió Clínica de la Direcció d'Atenció Primària de l'ICS Girona. La unitat dipositarà el fitxer de dades pseudoanonimitzades a una carpeta que tenen compartida amb la unitat de suport a la recerca (USR) de Girona ubicada als servidors de l'ICS.

Les dades en relació amb l'ISC son de domini públic i accessibles així com ho son també les dades en relació amb el nombre de recursos disponibles (actius) per territori.

Anàlisi de dades

Es realitzarà un anàlisi descriptiu de les variables esmentades expressades amb freqüències i percentatges per a les variables categòriques.

Les variables contínues que segueixin una distribució normal es descriuran amb la mitjana i desviació estàndard, i les que no amb la mediana i el rang interquartílic. Per a l'anàlisi que inclou una variable dependent i una sola variable independent s'ha usat la regressió lineal simple. En el casos on s'ha analitzat una variable dependent i diferents variables independents s'ha emprat la regressió lineal múltiple.

Per al processament i anàlisi de les dades s'utilitzarà el paquet estadístic Statistical Package for the Social Science (SPSS) v.22.0 per a Windows i Jamovi. En tots els casos, el nivell de significació (p) considerat serà l'inferior a 0,05. L'interval de confiança per als coeficients serà del 95%.

Consideracions ètiques

Aquest projecte serà avaluat pel Comitè Ètic d'Investigació (CEI) de l'Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAPJGol). Les investigadores de l'estudi vetllaran per a garantir la confidencialitat de les dades i la protecció dels subjectes que participin en el protocol d'estudi, i es regiran per les recomanacions fetes en la Declaració de Hèlsinki i posteriors revisions, així com les recomanacions fetes per l'informe Belmont, les recomanacions internacionals sobre ètica i investigació biomèdica de la CIOMS i les Guies de Bona Pràctica Clínica vigents. Aquest estudi seguirà la normativa del Reglament 2016/679 del Parlament Europeu i del consell del 27 d'Abril de 2016 de Protecció de dades relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa a el tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades (RGPD), i a la normativa nacional, concretament a la Llei Orgànica 3/2018, de Protecció de Dades i garantia dels drets digitals.

La base legitimadora que ofereix el RGPD que aplica per a aquest cas serà la d'interès públic en l'àmbit de la recerca (Article 6.1.e + 9.2.j RGPD).

Les dades per a portar a terme l'estudi s'obtidran exclusivament d'una extracció de dades de l'ECAP, portada a terme per la Unitat de Qualitat i Seguretat de l'Àrea de Gestió Clínica de la Direcció d'Atenció Primària de l'ICS Girona. La unitat dipositarà el fitxer de dades pseudoanonimitzades (disposició addicional 17.2.d LOPD-GDD) a una carpeta compartida ubicada als servidors de l'ICS, on només hi tenen accés la tècnica d'aquesta unitat i el personal de la USR de Girona. La investigadora principal del projecte farà els anàlisis estadístics a la USR-Girona.

El responsable del tractament de les dades és l'Institut Català de la Salut. La investigadora principal de l'estudi serà qui farà el tractament analític de les dades. No hi haurà transferència internacional de les dades.

No hi haurà transferència internacional de dades. D'acord amb l'establert a l'article 35 del RGPD, el projecte no reuneix les característiques necessàries que obliguen a la realització de la corresponent avaluació d'impacte.

D'acord amb el principi de limitació de la conservació (RGPD), les dades es conservaran únicament fins a obtenir els resultats de la investigació. Un cop aconseguida la finalitat per la qual es van recopilar, s'aplicaran les mesures tècniques necessàries per tal d'eliminar-les.

Els resultats de la investigació seran comunicats de manera honesta i clara, sense manipular les dades per aconseguir un resultat desitjat.

Finalment, cal tenir en compte que s'han valorat les implicacions socials i ètiques dels resultats del projecte de recerca.

Resultats

Indicadors de prescripció

El major % en relació amb la prescripció d'actius en salut s'ha donat a la SAP Girona Nord (0.20%). La segueix la SAP Girona Sud on un 0.16% dels pacients assignats han rebut aquets tipus de prescripció. Per últim l'àrea referent a la SAP Marítim ha prescrit actius en salut per a un 0.07% dels seus usuaris (vegeu taula 1).

Taula 1 Percentatge de prescripció d'actius en salut respecte població assignada a cada centre i ISC relacionat

Descriptives

	ID centre	% de prescripció	ISC per EAP 2017
Suma	100	0.261	2.55
	101	0.0459	2.33
	119	0.219	3.24
	124	0.0816	1.31
	125	0.164	2.92
	126	0.0770	1.62
	127	0.0583	2.53
	133	0.356	2.43
	134	0.152	2.70
	171	0.130	2.28
	187	0.355	2.86
	189	0.223	2.82
	199	0.252	3.42
	208	0.0485	2.69
	221	0.140	2.54
	231	0.0407	2.34
	234	0.229	2.99
	267	0.159	2.56
	325	0.0493	3.32
	330	0.0635	2.92
	336	0.182	3.43
	5	0.00934	2.76
	8	0.245	2.86
	80	0.126	2.45
	83	0.243	2.48
	85	0.0631	2.75
	92	0.00	2.67
	93	0.0317	2.49

Perfil d'usuari que rep la prescripció

Edat

S'han analitzat un total de 797 prescripcions on la mitjana d'edat de l'usuari receptor de prescripció social va ser de 56.95 anys.

Si revisem aquesta mitjana per sexes veiem que la mitjana d'edat per les dones que reben la prescripció és lleugerament superior (57 anys) respecte als homes (56.7 anys).

Si ens fixem en com es distribueix la prescripció per edat i sexe veiem que la prescripció predomina en dones de >55 anys:

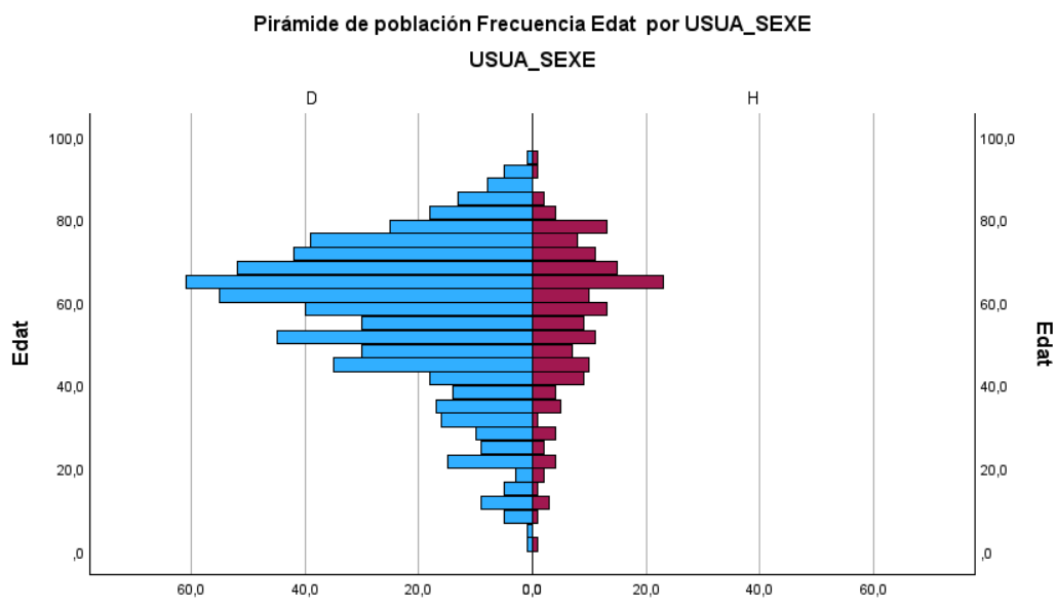


Figura 2 Nivells de prescripció per edat i sexe

En el cas dels homes la prescripció també s'accentua en aquesta franja d'edat però en comparació amb les dones els nivells de prescripció són molt inferiors reduint-se a més de la meitat en quasi tots els trams d'edat en relació amb les dones.

La prescripció que es va realitzar en dones va suposar un 78% del total de les prescripcions realitzades mentre que les homes només van suposar un 22% del total de prescripcions realitzades amb independència del tipus de professional prescriptor.

Nombre de diagnòstics dels usuaris que van rebre prescripció

En relació amb el nombre de diagnòstics dels usuaris que van rebre la prescripció social disposaven de mitjana de 15.7 diagnòstics actius en el cas de les dones i 15.6 diagnòstics actius en el cas dels homes.

Perfil d'usuari que prescriu

Per rol professional

Si posem en el focus en el prescriptor del recurs observem que el rol professional que més va prescriure és el psicòleg/a (51.7% de les prescripcions realitzades); realitzant més de la meitat de les prescripcions realitzades en la província de Girona en l'any 2023 seguit d'infermeria (22.9%), medicina (13%), fisioteràpia (4.7%), treball social (4.5%), dietistes i nutricionistes (2.9%) i pediatria (0.3%) (vegeu taula 2).

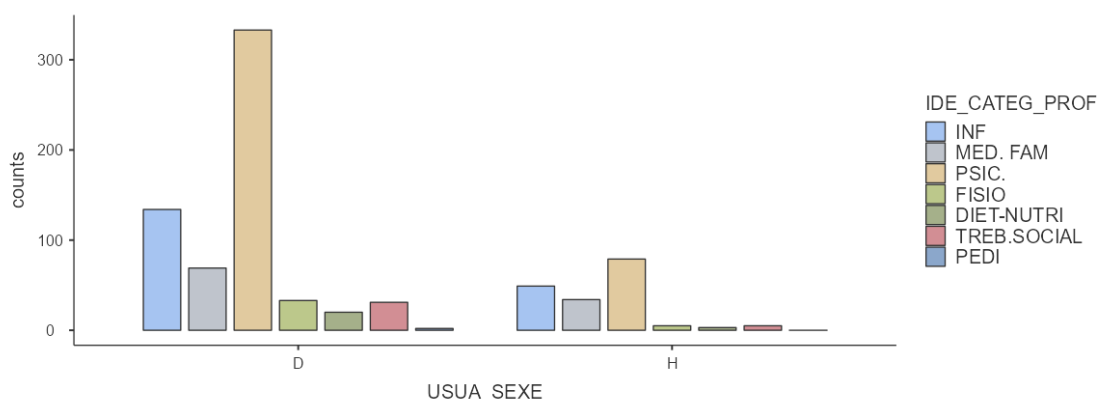


Figura 3: Nivells de Prescripció segons sexe del usuari i rol professional que prescriu

Freqüències de USUA_SEXE

USUA_SEXE	CATEG_PROF	Freqüències	% del Total
D	INF	134	16.8 %
	MED. FAM	69	8.7 %

Freqüències de USUA_SEXE

USUA_SEXE	CATEG_PROF	Freqüències	% del Total
H	PSIC.	333	41.8 %
	FISIO	33	4.1 %
	DIET-NUTRI	20	2.5 %
	TREB.SOCIAL	31	3.9 %
	PEDI	2	0.3 %
	INF	49	6.1 %
	MED. FAM	34	4.3 %
	PSIC.	79	9.9 %
	FISIO	5	0.6 %
	DIET-NUTRI	3	0.4 %
	TREB.SOCIAL	5	0.6 %
	PEDI	0	0.0 %

Taula2 Nivells de prescripció per sexe d'acord amb el professional prescriptor

Prescripció amb seguiment (S/N) en funció del professional i sexe del usuari

La majoria dels usuaris de la mostra estan sota seguiment (60.5%) i aquesta proporció és més alta entre les dones.

Els casos en que el seguiment no es va realitzar de forma explícita representen un 13.8% dels casos mentre que el 25.7% restant no s'ha pogut traçar amb les dades obtingudes.

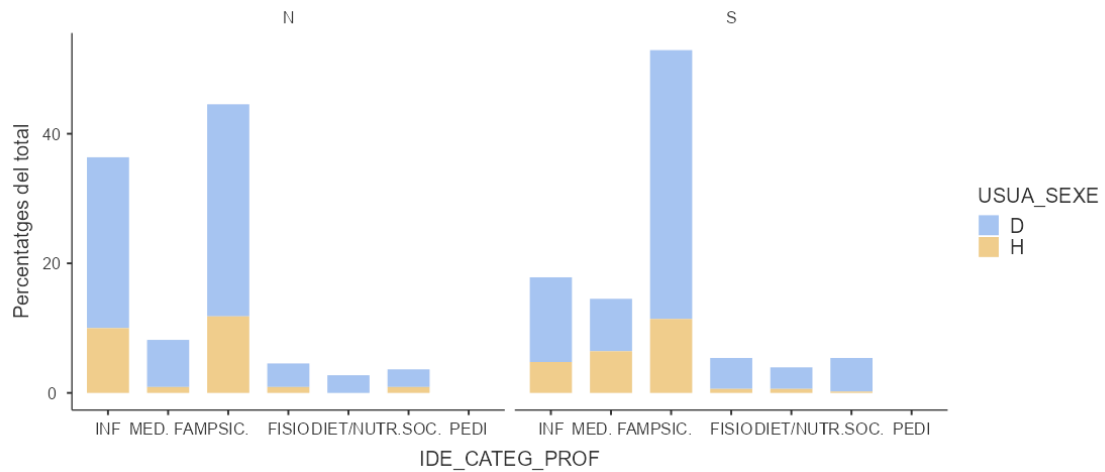


Figura 3 Nivells de seguiment per sexe (usuari) i rol professional

Professional que efectua la prescripció segons edat, sexe i nombre de diagnòstics de l'usuari

Malgrat no hi ha grans diferències entre l'edat mitjana dels usuaris i els diferents sexes en l'abordatge que en fan la majoria de categories professionals, cal tenir en compte que d'acord següent taula s'han detectat algunes diferències (vegeu taula 3):

Taula 3 Professional que efectua la prescripció segons edat, sexe i nombre de diagnòstics de l'usuari

		Descriptives		
	USUA_SEXE	IDE_CATEG_PROF	Edat	N_diagnòstics
Mitjana	D	INF	60.0	15.8
		MED. FAM	53.7	13.3
		PSIC.	55.3	15.4
		FISIO	61.1	19.0
		DIET/NUT	57.5	19.0
		TR.SOC.	68.6	19.0
		PEDI	9.85	12.0
	H	INF	59.8	16.9
		MED. FAM	56.0	12.4
		PSIC.	53.9	16.5
		FISIO	58.6	14.4
		DIET/NUT	66.7	10.0
		TR.SOC.	70.0	14.2
		PEDI	NaN	NaN

Si ens fixem en l'edat, els usuaris atesos per els professionals de treball social són els més grans (68.6 anys per dones i 70.0 anys per homes).

Les categories de dietètica/nutrició mostren una variació notable en l'edat dels usuaris i, mentre les dones tenen una edat mitjana de 57.5 anys els homes tenen una edat mitjana de 66.7 anys.

Si ens fixem en el nombre de diagnòstics les fisioterapeutes, dietistes/nutricionistes i treballadors socials tenen un nombre mitjà de diagnòstics més alt (19.0 diagnòstics per a dones en totes aquestes categories). Aquest fet denota certa complexitat en relació amb l'abordatge del pacient. D'altra banda, els usuaris atesos pels metges de família tenen el nombre mitjà de diagnòstics més baix (13.3 per a dones i 12.4 per a homes) si deixem de banda la població pediàtrica.

Relació entre índex socioeconòmic compost i nivells de prescripció social

El coeficient de relació indica una relació positiva. En aquest cas la relació, malgrat positiva, és feble (0.265). El coeficient de determinació indica que el 7.02% de la variabilitat en relació amb el % de prescripció pot ser explicada pel model (vegeu taula 4)

Taula 4 Coeficient relació

Mesures de Ajustament del Model

Model	R	R ²
1	0.265	0.0702

Pel que fa a la relació entre els nivells de prescripció amb l'índex socioeconòmic compost i el nombre de recursos actius disponibles, el P valor (0.973) major de 0,05 indica que no hi ha una relació significativa entre ambdues variables.

Si en fixem el p valor relacionat amb l'índex socioeconòmic compost (0.219) podem veure que aquest no afecta al % de prescripció ja que no és significatiu. De la mateixa manera si ens fixem en el nombre de recursos per territori el p

valor obtingut (0.026) indicaria que ni hi hauria evidència estadística per afirmar que el % de prescripció d'actius es veu condicionat per aquest factor (vegeu taula 5).

Taula 5 Relació entre Índex socioeconòmic compost i nombre d'actius per territori amb nivells de prescripció social

Coefficients del model - % de prescripció

Predictor	Estimador	EE	Interval de Confiança al 95%		t	p
			Inferior	Superior		
Constant	-0.00439	0.1272	-0.26627	0.25748	-0.0346	0.973
Nombre de recursos per territori	-6.40e-5	6.81e-4	-0.00147	0.00134	-0.0941	0.926
ISC per EAP 2017	0.05622	0.0446	-0.03560	0.14805	1.2610	0.219

Així doncs, malgrat l'esperable seria trobar més prescripcions ens ABS que presenten un índex de privació més elevat, no es produeix d'aquesta manera.

Els resultats de la gràfica Q-Q indiquen que existeix una distribució normal dels residus corroborant la prova de Shapiro-Wilk que suggereix una distribució normal (vegeu taula 6).

Taula 6 Distribució normal

Prova de Normalitat (Shapiro-Wilk)

Estadístic	p
0.952	0.216

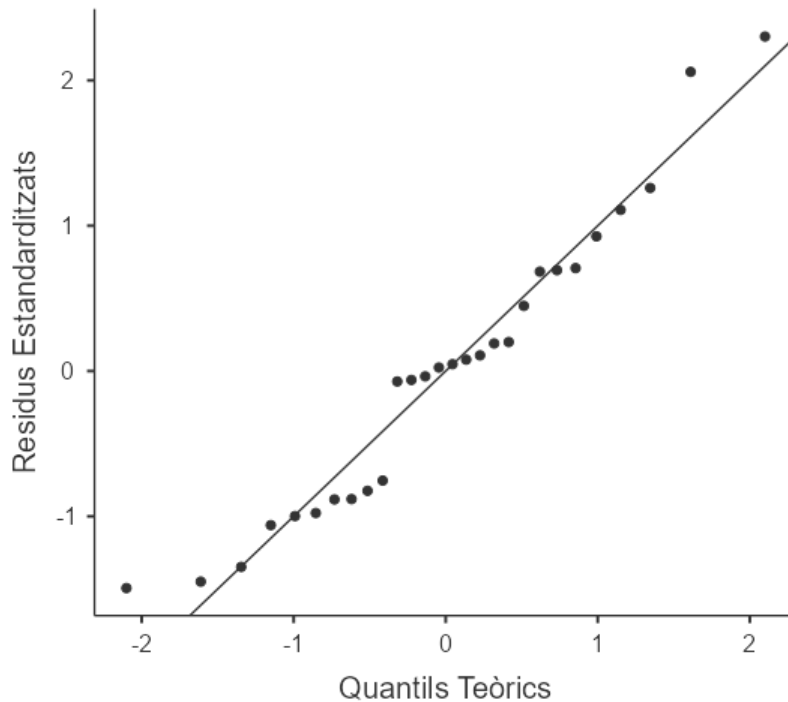


Figura 5 Gràfica Q-Q

Relació entre el nombre de diagnòstics per edat i sexe

L'edat té un coeficient positiu de 0.1861 de manera que per cada any que es suma s'espera un augment de 0,1861 diagnòstics. Podem afirmar que a mesura que augmenta la variable edat el nombre de diagnòstics també augmenta.

D'altra banda el coeficient per a la variable sexe és -0.0895 indicant que, de mitjana, els homes tenen 0.0895 diagnòstics menys que les dones, tot i que la diferència és petita.

El fet que el valor p sigui elevat (0.903) suggereix que no hi ha prou significació estadística per afirmar que el sexe influeix significativament en el nombre de diagnòstics de manera que l'edat sembla estar més relacionada amb un major nombre de diagnòstics que el sexe (vegeu taula 7).

Taula 7 Relació entre el nombre de diagnòstics per edat i sexe

Coeficients del model - N_diagnòstics

Predictor	Estimador	EE	t	p
Constant ^a	5.0994	1.0256	4.972	< .001
Edat	0.1861	0.0169	10.999	< .001
USUA_SEXE:				
H – D	-0.0895	0.7375	-0.121	0.903

^a Representa el nivell de referència

Discussió

Aquesta discussió s'inicia amb una discussió dels resultats aportant propostes de millora.

Els resultats d'aquest estudi han permès realitzar la descripció d'algunes de les característiques que presenta la població que prescriu i també aquella que rep la prescripció d'actius en un moment determinat. En l'anàlisi realitzat on s'han tingut en compte 28 resultats relacionats amb centres de la província de Girona i en cap s'arriba al 1% de prescripció d'aquest en l'any 2023. Durant l'any 2023 a la província de Girona s'han realitzat un total de 797 prescripcions d'actius i s'han realitzat el seguiment d'un 60.5% dels usuaris amb prescripció.

El perfil d'usuari que rep una prescripció relacionada amb actius en salut majoritàriament és una dona (78% del total de prescripcions realitzades) de 57 anys amb una mitjana de 16 problemes de salut actius. Sembla coherent que sigui així tenint en compte com les atrevesen els determinants socials en salut i observant que l'ESCA evidencia que les dones surten més mal parades a l'enquesta respecte els homes. D'altra banda cal continuar explorant per què les dones son perceptores d'aquest recurs en major mesura que els homes tenint en compte que no es mostren diferències significatives en relació amb el nombre de diagnòstics que presenten ambdós sexes (els homes tenen 0.0895 diagnòstics menys que les dones, per tant la diferència és molt petita).

Tenint en compte que el nombre de diagnòstics augmenta amb l'edat i no amb el sexe caldria comprovar si hi ha més prescripció d'actius en salut en territoris on hi ha una població més envellida. D'altra banda, caldria ampliar el nivell de detall en relació amb els seus antecedents i problemes de salut actius per tal de poder detectar patrons segons el perfil d'usuari.

En el cas dels infants s'han reportat nivells de prescripció molt més baixos en comparació als que es donen per a la població adulta, sent una part quasi insignificant del total de prescripcions realitzades a la província de Girona durant l'any 2023. Caldria doncs continuar explorant aquesta franja d'edat i les diferències observades per tal de desenvolupar noves estratègies en aquest grup d'edat. A més a més caldria fer una aproximació qualitativa juntament amb els

professionals per tal de conèixer les raons per les quals no consideren la prescripció d'actius en salut: La manca de coneixement dels recursos del territori, on cada professional dona servei, com es suggereix en altres contextos present en la bibliografia revisada, podria estar condicionant aquestes prescripcions? També caldria analitzar els recursos que es disposen per a la població adulta respecte als que es disposen per a la població d'infants i joves. Hi ha diferències significatives en el nombre de recursos que es llisten al mapa d'actius que puguin explicar aquests resultats?

Malgrat al SSII d'Atenció Primària aquesta eina es troba a l'abast dels professionals de la salut, ara per ara sembla que no s'ha valorat l'opció de fer extensible l'eina a les estacions clíniques de treball d'altres serveis no relacionats amb un SSII (eCAP) per tal de propagar i afavorir l'acompliment de l'objectiu plantejat per l'OMS "Salut a totes les polítiques" i dels diferents Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS).

D'acord amb els estudis revisats [9], consta evidència que valida el potencial d'eines, com el mapeig d'actius, com a instrument de suport als professionals quan treballen amb comunitats amb un enfocament basat en fortaleces. D'altra banda també van destacar la necessitat de garantir que el procés d'avaluació de l'eficàcia dels programes i les intervencions s'emmarqui en "indicadors salutogènics". Altres autors també destaquen també la influència del model d'actius en salut a l'hora de complementar i reorientar el model més biomèdic [22].

De nou, els reptes que se'n desprenen tenen a veure amb la necessitat de crear nous indicadors que permetin als professionals de la salut: conèixer i avaluar l'estat de salut dels usuaris, els seus antecedents personals i familiars, els determinants socials en salut que li impacten, els problemes de salut actius i potencials i la seva prescripció (farmacològica i no farmacològica). Això inclou també els resultats (pre i post) de les variables relacionades amb les intervencions que se'ls prescriuen. Podrien noves eines com els Patient-Reported Outcome Measure (PROMs) facilitar aquest registre millorant la qualitat de les dades sense que el professional hagi de dedicar-hi temps efectiu de consulta?

En la mateixa línia a finals del 2023 es publiquen les recomanacions del Ministerio de Sanidad esmentades anteriorment on es llisten els següents condicionants socials i del context familiar que es recomanen incloure en la HSD del usuari. La proposta de determinants a incloure són: Edat, sexe, identitat de gènere, orientació sexual, migració i origen (país de naixement, data d'arribada Espanya, existència de barrera idiomàtica), classe social (nivell de renda, situació laboral actual, nivell educatiu, cribratge de pobresa), territori (codi postal, rural/urbà), discapacitat i dependència (grau de discapacitat i grau de dependència), context social i familiar (suport social, participació social, solitud no desitjada, estructura i composició familiar, cuidadors, genograma, accés a l'habitatge).

A banda d'aquestes recomanacions també s'indica que no es registrarà l'ètnia o la pertinença a grups minoritaris i, en general tampoc s'hi inclourà cap dada que pugui exposar a la persona a judicis de valor. També queda clar que caldrà pactar amb l'usuari l'abast de la compartició entre professionals d'aquestes dades i que, s'empraran codis Z (Z01-Z29 de la Classificació Internacional d'Atenció Primària (CIAP) y Z55-Z65 en el CIE-10) per a registrar condicionants socials que impacten en el procés de salut-malaltia de l'usuari. En últim terme queda constància que cal avaluar permanentment si aquestes dades "(...) estan servint per a millorar l'abordatge biopsicosocial, familiar i comunitari, detectar problemes i proposar solucions" [8].

Actualment, algunes d'aquestes dades -que poden actuar com a indicadors salutogènics- es recullen de forma proactiva pels professionals als SSII d'atenció primària. D'altra banda, no es recull de forma estandarditzada i quan es fa, aquesta informació no es comparteix a la resta de nivells assistencials, generant biaixos entre els abordatges que poden proposar o dur a terme els diferents professionals.

També cal tenir en compte que algunes d'aquestes dades es poden trobar en altres bases de dades pròpies dels ens socials (per exemple). Aquestes, en part, operen de forma aïllada, de manera que cal cercar estratègies per integrar-les de forma transparent pel professional a més de generar interfícies que actuïn

com a facilitadors a l'hora de mostrar i posar a disposició la informació relacionada amb els determinants socials que atravessen als usuaris.

Segons l'Asociación Española de Normalización (UNE) en el marc dels estàndards per a la salut digital "*Estándares para la salud digital*" [23] deixa clar, al exposar els principis FAIR, que els conjunts de dades han de ser quelcom Findable, Accessible, Interoperable, Reusable (FAIR). Així doncs no estariem operant d'acord amb el que proposa l'estàndard quan als nostres SSII permetem dur a terme activitat assistencial o prescriure recursos sense vincular-hi un diagnòstic de salut, entre d'altres pràctiques. Tenint en compte la manca d'indicadors de seguiment i d'impacte podem plantejar un model d'actius en salut sòlid i de qualitat si no disposem d'aquesta informació?

A més a més tal i com plantejaven ja autors com Cofiño et al. cal preguntar-se quin ha de ser l'abast d'aquest model d'actius i sobre qui en recau la responsabilitat: "*¿si implementamos el modelo de activos de forma eficaz no habrá necesidad de que el Estado intervenga ya que los colectivos pueden ocuparse de ellos mismos?*" [10].

Qüestionar-se'n l'abast és un exercici absolutament necessari en termes també de responsabilitat social. És rellevant evitar fer una lectura esbiaixada sobre la responsabilitat de mantenir a les comunitats en salut. Son les mateixes comunitats que han de fer-se responsables de generar recursos especialment en aquells entorns que ens fan emmalaltir?

Cal fugir d'aquest argument pervers que, a voltes eximeix de tota responsabilitat als actors polítics de torn de la mateixa manera que, es demana a la població i al tercer sector que contribueixi a pal·liar de forma desinteressada tota mena de carències estructurals. Cal exigir polítiques que posin a les comunitats al centre, no només sobre el paper.

És imperiós identificar allò que actua com a generador de salut de les comunitats però també allò que les fa emmalaltir i fer-ho aprofitant i tenint en compte -com ja fan altres països del nostre entorn- que els recursos tecnològics poden actuar com a facilitadors en la propagació i adopció de forma estandarditzada del recurs.

Aquest estudi ha permès obtenir dades preliminars per a poder gestar estudis posteriors amb una major qualitat metodològica i per tant un nivell d'evidència més elevat. També ha emergit la necessitat d'emprar mètodes mixtos que incloguin l'anàlisi qualitativa en properes passes. Aquest fet permetrà millorar en la planificació dels serveis i polítiques en salut.

A més vol ser la base que permeti futures investigacions en relació amb la prescripció social a Catalunya i proporcionar informació amb l'objectiu de millorar la salut de la ciutadania i la sostenibilitat del projecte en el temps.

Malgrat això cal tenir en compte que aquest estudi compta amb alguns biaixos d'informació ja que no es compta amb un registre clínic amb dades estructurades i actualitzades.

Cal esmentar també que, en l'anàlisi de dades no s'ha pogut analitzar quants dels usuaris amb una prescripció d'actius activa disposaven d'un registre recent dels determinants socials impacten als usuaris. Per tant, cal continuar treballant per veure com afecta aquest buit d'informació i validar si hi ha un infraregistre dels mateixos. Amb quin criteri es prescriuen els actius si no es disposa d'un registre detallat dels problemes i/o determinants socials que impacten als nostres usuaris? En aquesta mateixa línia cal treballar per tal de facilitar el registre i la visualització d'aquesta informació als professionals per tal de millorar la presa de decisions.

Els psicòlegs i psicòlogues son els perfils professionals que més prescriuen. Ho fan a dones i majoritàriament realitzen un seguiment mentre la prescripció es troba activa.

D'altra banda, caldria completar les dades dels diferents perfils professionals amb dades com l'edat, el sexe o el país on ha cursat els seus estudis per tal d'afinar més aquest perfil ja que per als rols professionals no es van poder obtenir aquestes dades en relació amb el prescriptor.

Malgrat la granularitat en la que es presenten dividits els actius en salut que es poden prescriure és les valoracions que poden realitzar-se vinculades a la prescripció d'actius només passen per valorar la dimensió social i benestar

emocional. Caldria relacionar els diferents recursos amb escales de valoració pertinents i validades per tal de poder-ne fer un seguiment, vincular-hi resultats i valorar-ne l'efectivitat. Monitorar únicament 2 aspectes dels 22 que podem oferir implica continuar prescrivint sense fer-ne un seguiment adequat i, probablement haver prescrit recursos no estrictament lligats a la dimensió social o emocional de la persona, podria explicar els nivells baixos de seguiment per part d'alguns professionals. Aquest fet implicaria que no s'estan posant a disposició les eines per a fer una valoració pertinent de l'efectivitat del recurs prescrit.

Per últim malgrat l'esperable seria trobar majors nivells de prescripció a major puntuació en l'Índex Socioeconòmic Compost no sembla que els nivells de prescripció d'actius en salut estiguin relacionats amb majors xifres en relació amb l'ISC. Així, la variable índex socioeconòmic compost i també la variable nombre de recursos (aquells en estat "actiu") per territori -per si soles- no expliquen la variabilitat en els diferents nivells de prescripció d'actius en salut, caldria tenir en compte altres factors.

Addicionalment caldrà tenir en compte els possibles biaixos temporals tenint en compte que les dades en relació amb els nivells de prescripció d'actius son de l'any 2023 mentre que els càlculs obtinguts en relació amb l'índex socioeconòmic compost daten de l'any 2017. Caldria doncs i explorar de nou aquests resultats amb ISC actualitzat. També cal tenir en compte aquelles prescripcions informals que realitzen els professionals com a consells de salut i que no es registren de forma estandarditzada.

Conclusions

Malgrat la potencialitat que s'ha descrit en relació amb actius en salut per a millorar el benestar dels usuaris en altres contextos, el seu ús a la Regió Sanitària de Girona és molt baix. Les dades posen de manifest que només un petit percentatge de pacients de cada centre ha rebut aquesta prescripció evidenciant una infrautilització en la prescripció dels actius.

L'anàlisi demogràfica revela que la majoria de les prescripcions socials són realitzades per psicòlegs i psicòlogues i estan principalment dirigides a dones majors de 55 anys amb múltiples problemes de salut. Cal destacar que en relació amb infants i joves pràcticament no s'han realitzat prescripcions. Aquesta diferència indica divergències en l'accés a les prescripcions socials segons edat i sexe.

A més, no s'ha trobat una associació significativa entre la freqüència de les prescripcions socials i l'estatus socioeconòmic, indicant una distribució equitativa però amb possibles biaixos en altres factors que caldria identificar.

També emergeix la necessitat de posar a disposició dels professionals dades clares, concises i actualitzades en relació amb els índex de privació, prescripcions actives (no només les farmacològiques) antecedents i determinants i problemes socials o de salut que afecten als ciutadans.

Aquest buit d'informació pot influir de forma negativa en la presa de decisions dels professionals i en la precisió dels resultats obtinguts.

Pel que fa als indicadors de seguiment cal valorar la possibilitat de posar a treballar eines validades i actuals com els PROMs amb l'objectiu millorar el seguiment de les prescripcions per tal de vincular-les amb resultats més específics i valorar-ne l'efectivitat ja que amb les eines actuals només es revisen resultats vinculats a l'escala Oslo 3 i benestar emocional.

En darrer terme emergeix la necessitat de monitorar l'ús que es fa dels diferents recursos comunitaris que consten a disposició dels professionals i dels usuaris per poder adoptar accions de millora i millorar-ne la implementació si escau.

Bibliografia

1. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa, Canada: World Health Organization; 1986. Disponible a:
<https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>.
2. The Black Report. Inequalities in Health: Report of a Research Working Group. Department of Health and Social Security. 1980
3. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991
4. Ministerio de Sanidad. Condicionantes sociales y del contexto familiar que sería recomendable incluir en la Historia de Salud Digital. Madrid, 2023.
5. Enquesta de salut de Catalunya, 2022. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2023.
6. Xavier G, Pérez K, Sánchez E, Montserrat C. Guia per treballar en Salut Comunitària a Catalunya. 1st ed. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2021 [accés 1 de febrer de 2023]. Disponible a:
https://ics.gencat.cat/web/.content/Documents/assistencia/atenciocomunitaria/050221CAT025_GUIA_FINAL_Guia_per_treballar_en_Salut_Comunitaria-a-Catalunya_imatge_nova.pdf
7. Mittelmark, M. B., & Sagy, S. (2013). The Handbook of Salutogenesis. Springer.
8. OMS. Salud en todas las políticas: la salud como bien común. Disponible en línea a:
<https://www.who.int/sdhconference/background/news/es/Salud-en-todas-las-politicas.pdf>. Publicat el 2013.

9. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education*. 2007;14(2_suppl):17-22.
10. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2016 Nov 1;30:93–8. Disponible a: <https://www.gacetasanitaria.org/es-promocion-salud-basada-activos-como-articulo-S021391111630125X>
11. Benach J, Malmusi D, Yasui Y, Martínez JM. "The importance of being wealthy: exploring structural inequality in the determinants of health in a Southern European city." *Health Place*. 2012 Jan;18(1):124-33. doi: 10.1016/j.healthplace.2011.08.006
12. Rhodes J, Bell S. "It sounded a lot simpler on the job description": A qualitative study exploring the role of social prescribing link workers and their training and support needs (2020). *Health Soc Care Community*. 2021;00:1–10. <https://doi.org/10.1111/hsc.13358>
13. Torjesen I. Social prescribing could help alleviate pressure on GPs. *BMJ*. 2016;352:i1436.
14. Galway K, Forbes T, Mallon S, Santin O, Best P, Neff J, et al. Adapting Digital Social Prescribing for Suicide Bereavement Support: The Findings of a Consultation Exercise to Explore the Acceptability of Implementing Digital Social Prescribing within an Existing Postvention Service. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet] 2019;16(22):4561. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16224561>
15. Alex Nowak MD MHSc CCFP D, Mulligan MA PhD K. Social prescribing: A call to action. *Canadian Family Physician*. Febrer de 2021;67:88-91.

16. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005 Mar 19-25;365(9464):1099-104. doi: 10.1016/S0140-6736(05)74234-3. PMID: 15781105.
17. Pilkington P, Loef M, Polson R. Social prescribing for frequent attenders to primary care: a feasibility pilot study. *Prim Health Care Res Dev*. 2014;15(3):262-271.
18. Juvinyà D, Bonmatí A, Vilanova M, Casals C. *Actius per a la salut en el Mediterrani*. Girona; 2015.
19. Ríos A, Brau A, Capella J, Caro I, Cinca T, Correcher O, et al. FV et. Prescripció social a l'atenció primària de salut. Registre a la historia clínica electrònica (ECAP [Internet]. 2018. Disponible en línia a: https://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/prevencio/transtorns_mentals/Prescripcio_social_atencio_primaria_ECAP_ok.pdf
20. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. *Desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització de serveis sanitaris públics en la població de Catalunya. Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població*. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017
21. Departament de Salut. *Observatori desigualtats salut: Dades obertes* [Internet]. Observatori de la Salut. Publicat el 2020. Disponible a: https://observatorisalut.gencat.cat/ca/observatori-desigualtats-salut/dades_obertes/.
22. Pérez-Wilson P, Marcos-Marcos J, Morgan A, Eriksson M, Lindström B, Álvarez-Dardet C. 'A Synergy Model of Health': an integration of salutogenesis and the health assets model. *Health Promotion International* [Internet]. 24 de septiembre de 2020;36(3):884-94. Disponible en línia a: <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa084>

23. Asociación Española de Normalización (UNE). Estándares para la salud digital [Internet]. Madrid: UNE; 2023. Disponible a: https://www.une.org/normalizacion_documentos/Estandares_salud_digital.pdf
24. Woodall J, Raine G, South J, Warwick-Booth L. Empowerment and health and well-being: evidence review. Leeds Beckett University; 2014.
25. South J, Higgins T, Woodall J. Can social prescribing provide the missing link?. *Prim Health Care Res Dev.* 2015;16(4):475-484.
26. A synergy model of health': an integration of salutogenesis and the health assets model. Patricia Pérez-Wilson, Jorge Marcos-Marcos, Antony Morgan, Monica Eriksson, Bengt Lindstro, Carlos Álvarez-Dardet *Health Promotion International*
- Sara Calderón-Larrañaga, Fleur Braddick, De la prescripción social a la recomendación de activos: ¿qué funciona, para quién, en qué contexto y cómo?, *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, Volume 28, Issue 3, Supplement 1, 2021, Pages 3-11, ISSN 1134-072, <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2021.02.002>.()
27. Jordina Capella González, Montserrat Jara Martín, Joan Colom Farran, Angelina González-Viana, La prescripción social en España: el ejemplo de Cataluña, *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, Volume 28, Issue 3, Supplement 1, 2021, Pages 12-20, ISSN 1134-072, <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2021.02.003>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207221000414>)

28. Capella González J, Braddick F, Jara Martín M. Guia de prescripció d'actius comunitaris: Programa de Prescripció Social i Salut (PSS). Barcelona: Sub-direcció General de Drogodependències; 2021.